

Ärzteblatt Sachsen

Inhalt 9/2003

Berufspolitik	Berufspolitik bleibt Schwerpunkt für neuen Vorstand	392
	Struktur und Bedeutung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung	393
	Arbeitsbedingungen, Weiterbildungssituation, Ärztemangel	395
	Ausschuss „Junge Ärzte“ mit neuer Frontfrau	397
	Hochwasser in Sachsen – ein Jahr danach	398
	Das Hausarztssystem der Zukunft?	398
Gesundheitspolitik	Präventivprogramm bei Ess-Störungen	400
	M. Scholz	
	Ess-Störungen im Kindes- und Jugendalter – ein Präventivprogramm für Sachsen	400
	Influenza-Impfung für medizinisches Personal 2003	402
	Infektionsgefahr durch Salmonellen in Fenchel-, Anis-, Kümmeltee	402
Medizinrecht	M. Kirsch, J. Trilsch	
	Die ärztliche Schweigepflicht	403
	Impressum	409
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Reinhard Springer, Mensch und Landschaft	412
	Ausstellungen	412
	Internetecke	412
	2. Leipzig Research Festival	412
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	413
Buchbesprechungen	Die sächsische Medizin der Nachkriegsjahre in einer Lebensgeschichte	414
	Fachsprache der Medizin – Wissen ist Verstehen	414
	Rehabilitation Amputierter	415
	Momentaufnahmen eines Chirurgen	415
	Aushangpflichtige Vorschriften für Einrichtungen des Gesundheitswesens	426
Medizingeschichte	Adrian Ludwig Richter (1803 bis 1884) und seine Augenerkrankung	416
Reisebericht	Medizin im Land der Steine	419
Personalia	Dr. med. Lutz Liebscher zum 60. Geburtstag	420
	Unsere Jubilare im Oktober	420
Tagungsbericht	13. Sächsische Balint-Studentagung	422
Originalie	A. Heilmann, K. G. Krishnan, G. Heubner, Th. Pinzer, G. Schackert, M. Gahr	
	Therapeutisches Vorgehen bei geburtstraumatischer Plexus brachialis-Läsion	423
Beilage	Fortbildung in Sachsen – November 2003	

Die Sächsische Landesärztekammer und das „Ärzteblatt Sachsen“
sind im Internet unter <http://www.slaek.de>, per E-Mail: dresden@slaek.de,
die Redaktion: presse@slaek.de und der „Sächsische Gesundheitslotse“
unter www.gesundheitslotse-sachsen.de zu erreichen/abrufbar.

Berufspolitik bleibt Schwerpunkt für neuen Vorstand



Auf seiner ersten Sitzung hat sich der neu gewählte Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer auf die Schwerpunkte seiner Arbeit für die kommenden vier Jahre verständigt. Als Hauptaufgabe wird wie bisher die gesundheits- und berufspolitische Vertretung der sächsischen Ärzteschaft auf Landes- und Bundesebene betrachtet. Der Prozess der Gesundheitsreform erfordert die Konzentration auf diesen Bereich, um die Gesamtinteressen der Kammermitglieder und auch der Patienten wirksam zu vertreten und die Politik konstruktiv zu beraten. Eine sechsköpfige Arbeitsgruppe des Vorstandes wird dazu Stellungnahmen und Bewertungen zur Gesundheitspolitik erarbeiten. Gleichzeitig werden neben dem Präsidenten auch weitere Vorstandsmitglieder die Sächsische Landesärztekammer in den Gremien der Bundesärztekammer vertreten. Bereits in der vergangenen Wahlperiode hatte der damalige Vorstand die Berufspolitik mehr und mehr in den Mittelpunkt seiner Tätigkeit gestellt. Die Moderation und Begleitung des Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen bleibt in diesem Zusammenhang ein weiterer wichtiger Punkt. Nachdem im Juli 2003 die Bündnismitglieder einer Fortführung der gemeinsamen Arbeit zugestimmt hatten, wird es nun umso wichtiger, dass die über 30 Vertreter von Körperschaften, Verbänden und

Selbsthilfegruppen ihre Positionen zur Gesundheitspolitik nach außen tragen und Einfluss auf die laufenden Gespräche nehmen. Dazu wurde unter Federführung der Sächsischen Landesärztekammer bereits Ende Juli ein Informationsfaltblatt herausgegeben, in welchem Patienten über die Folgen der Gesundheitsreform informiert werden. Die Zusammenarbeit der Sächsischen Landesärztekammer mit anderen Körperschaften und Verbänden wird vor dem Hintergrund einer Gesundheitsreform und des Ärztemangels als besonders produktiv eingeschätzt. Die stärkere Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung in Sachsen erscheint deshalb als eine Aufgabe für das geschlossene Auftreten der sächsischen Ärzteschaft nach außen. Aber auch Gespräche zur Gesundheitsreform mit anderen Berufsverbänden und Fachgesellschaften sind zwingend für die Durchsetzung und Abstimmung von Positionen. Für eine übergreifende Vernetzung von Ideen, Aufgaben und Prozessen hat der Vorstand gemeinsame Tage der Berufs- und Fachpolitik vorgeschlagen.

Der Schwerpunkt Berufspolitik wird aber nicht dazu führen, dass andere wichtige Themen und Aufgaben in den Hintergrund gedrängt werden. Die Umsetzung der (Muster-) Weiterbildungsordnung auf Landesebene steht bevor und erfordert eine zügige und fachlich fundierte Bearbeitung. In den Händen des zuständigen Weiterbildungsausschusses wird diese Aufgabe vorbereitet und vom Vorstand begleitet. Zum 14. Sächsischen Ärztetag am 25./26. Juni 2004 wird die Kammerversammlung die sächsische Weiterbildungsordnung beschließen.

Weitere wichtige Arbeits- und Aufgabengebiete sieht der Vorstand in der Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit, dem Rettungsdienst und der Prävention sowie der Gesundheitsförderung. Die Entwicklung und Beteiligung an Präventionstagen und Gesundheitswochen durch die Kammer ist, wie in den vergangenen Jahren, ebenfalls wieder vorgesehen. Für die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung wird die weitere Verbreitung des freiwilligen Fortbildungszertifikats angestrebt. In Zukunft sollen Ärzte, welche dieses Zertifikat erhalten, das auch durch eine geeignete Plakette auf ihrem Praxisschild

kenntlich machen können. Die bewährten Fortbildungssemester sind mit Blick auf den geplanten Nachweis der Ärzte über ihre Fortbildungen auch ein Schwerpunkt der Akademie und des Vorstandes.

Für die Qualität und Effektivität der Kammertätigkeit ist auch die Arbeit der Kammerratsausschüsse entscheidend. Gleichzeitig wird die Sächsische Landesärztekammer von Ausschussvorsitzenden bei den Gremien der Bundesärztekammer vertreten. Eine Straffung der Ausschussarbeit, eine verstärkte Ergebnispräsentation, die Transparenz nach Innen und jährliche Treffen der Ausschussvorsitzenden wird vom Vorstand für eine Optimierung der Kammertätigkeit als sinnvoll erachtet. Zusätzlich sollen die Ausschüsse verstärkt Beschlussvorlagen für den Vorstand erarbeiten. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit betrachtet der Vorstand die Information der Presse und der sächsischen Ärzte über die Aktivitäten der Landesärztekammer, vor allem aber Positionen zur Berufs- und Gesundheitspolitik, über regionale Schwerpunkte und über Sonderthemen als wichtige Aufgabe. Für Patienten sollen ebenfalls Informationen gezielt angeboten oder vorgehalten werden. Gleichzeitig wird ein Augenmerk auf neue Mitglieder, Berufseinsteiger sowie der Senioren gerichtet, um auch für diese Kammermitglieder bewährte oder besondere Veranstaltungen anbieten zu können. Ein Anfang wird mit einem Empfang für neue Kammermitglieder im September 2003 gemacht. Ein Informationsheft über die Sächsische Landesärztekammer wird demnächst erscheinen. Darin sind die Grundlagen, die Aufgaben und die Geschichte der Sächsischen Landesärztekammer kurz und übersichtlich dargestellt. Eine inhaltliche Verbesserung des „Ärzteblatt Sachsen“ ist ein weiteres Ziel des Vorstandes. Dies ist natürlich auch durch die Mitarbeit der sächsischen Ärzte denkbar, indem sie interessante Artikel bei der Redaktion einreichen. Die Überarbeitung und Neugestaltung der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer (www.slaek.de) ist ebenfalls schon in Vorbereitung.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Struktur und Bedeutung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung

Die Bedeutung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung für eine praktikable, transparente und qualitätsvolle Qualifizierung der Ärzte in Praxis und Klinik

Der diesjährige Deutsche Ärztetag hat eine neue (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beschlossen. Auf 181 Seiten regelt diese „Bildungsordnung“ künftig die Spezialisierung der Ärzte nach dem Medizinstudium.

Die MWBO ist der Versuch einer Anpassung an den voranschreitenden medizinischen Fortschritt. Sie schlägt eine bundeseinheitliche Ordnung vor, die die Qualität und Vergleichbarkeit sichern und zugleich die Flexibilität zwischen ambulantem und klinischem Bereich garantieren soll.

Gegenüber der alten MWBO von 1992 (!) gelang eine erfreuliche Kürzung der Gebiete von 41 auf 32 sowie eine Reduzierung ärztlicher Weiterbildungsbezeichnungen von 161 auf 104.

Zur Struktur

Die MWBO gliedert sich in drei Abschnitte:

- Abschnitt A enthält den Paragraphenteil mit den allgemeinen rechtlichen Bestimmungen.
- Abschnitt B benennt die 32 Gebiete einschließlich 50 Facharzt-Bezeichnungen sowie 10 Schwerpunktbezeichnungen und definiert deren zeitliche und inhaltliche Mindestanforderungen.
- Abschnitt C regelt den Erwerb der 44 Zusatz-Weiterbildungen.

Diese neue Gliederung zeigt, dass gegenüber der bisherigen Weiterbildungsordnung nur noch die drei Ebenen der Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildungen existieren. Die Fachkunden und Fakultativen Weiterbildungen sind als eigenständige Qualifikationsebenen entfallen – die derzeit bereits ausgewiesenen Titel sind teilweise in den Abschnitten B und C aufgefangen worden.

Dem Abschnitt B wurden „Allgemeine Bestimmungen“ vorangestellt, die alle diejenigen Inhalte der Weiterbildung aufzeigen, welche zwar von jedem Arzt/jeder Ärztin während der Weiterbildung erlernt, aber nicht mehr gesondert in jedem einzelnen Weiterbildungsgang dargestellt werden müssen. Beispielhaft sollen hier nur die ärztliche Begutachtung oder die Maßnahmen der Qualitätssicherung erwähnt werden.

Weitere wesentliche Neuerungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung sind:

- die Differenzierung zwischen der Gebietsdefinition und den innerhalb der Gebietsgrenzen zu erwerbenden Kompetenzen (Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildung). Die Gebietsgrenzen ergeben sich nicht mehr wie bisher aus der Summe der in den einzelnen Weiterbildungsdisziplinen aufgeführten Inhalte. Vielmehr beschränkt sich die Weiterbildung auf die wesentlichen Kernelemente der Facharzt-Weiterbildung, die während einer Mindestweiterbildungszeit erlernt werden müssen, während sich das gesamte Gebiet viel umfassender darstellt. Die neuen wissenschaftlichen Entwicklungen lassen es nicht mehr zu, dass alle Inhalte eines Ge-

bietes während einer im Durchschnitt 5- bis 6-jährigen Weiterbildung vermittelt bzw. erlernt werden können.

- die so genannte „common-trunk-Weiterbildung“.

Hierunter versteht man die als gemeinsame Basisweiterbildung festgelegten Weiterbildungsinhalte verwandter Facharztweiterbildungen, die über eine definierte Weiterbildungszeit erworben werden. So konnten unter dem Dach einer gemeinsamen Gebietsbezeichnung, z. B. im Gebiet Chirurgie, die verschiedenen Facharztbezeichnungen wieder zusammengeführt werden.

Erstmals wurden bei dieser Novelle 4 common-trunk-Gebiete in den Fächern: Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Pathologie

und Pharmakologie eingerichtet. Weitere werden bei zukünftigen Novellierungen sicherlich folgen.

Besondere Aspekte einzelner Bezeichnungen:

• *Innere Medizin und Allgemeinmedizin*
Die bisherigen Gebiete „Allgemeinmedizin“ und „Innere Medizin“ werden in der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung zu einem gemeinsamen Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ zusammengeführt. Durch dieses neue Konzept soll das teils konkurrierende Nebeneinander von Allgemeinärzten, hausärztlichen Internisten, fachärztlichen Internisten und Schwerpunkt-Internisten abgelöst werden.

Das neue Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ stellt sich in einer zweigliedrigen Struktur dar, welche über die gemeinsamen internistischen Weiterbildungsinhalte sowohl für den hausärztlichen als auch für den fachärztlichen Versorgungszweig verbunden sind.

Für den Erwerb der Facharztbezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin“ (Hausarzt) wird nach der 3-jährigen stationären internistischen Weiterbildungszeit, von der 12 Monate Weiterbildung auch in einem anderen Gebiet der Patientenversorgung abgeleistet werden können, eine zweijährige Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung gefordert. Die Gesamtmindestweiterbildungszeit zum Hausarzt beträgt 5 Jahre.

Im Rahmen der Weiterbildung zum Fachinternisten mit zusätzlichem Schwerpunkt beträgt die Gesamtmindestweiterbildungszeit 6 Jahre. Hierbei sind zusätzlich zu den 3 Jahren stationäre internistische Weiterbildung weitere 3 Jahre Weiterbildung für die Spezialisierung im Schwerpunkt erforderlich.

• *Chirurgie*

Die ursprünglichen Schwerpunktbezeichnungen Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie und Visceralchirurgie gehen neben den bereits jetzt als eigenständig ausgewiesenen Facharztbezeichnungen Herzchirurgie, Kinderchirurgie und Plastische Chirurgie in dem gemeinsamen Gebiet „Chirurgie“ auf. Dabei wurden zugleich der bisherige Schwerpunkt Unfallchirurgie und die Facharztweiterbildung Orthopädie zum neuen Facharzt „Orthopädie und Unfallchirurgie“ zusammengeführt.

Der Unfallchirurgie und Orthopädie wurden folgende vier Zusatz-Weiterbildungen zuge-

ordnet: Kinder-Orthopädie, Spezielle Orthopädische Chirurgie, Orthopädische Rheumatologie und Spezielle Unfallchirurgie. Der bisherige Bereich Handchirurgie ist weiterhin als Zusatz-Weiterbildung erwerbbar.

• *Kinder- und Jugendmedizin*

Die in den Landesärztekammern bereits vollzogene Umwandlung der Bezeichnung „Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“ wurde vom Deutschen Ärztetag bestätigt. Neben den bereits existierenden Schwerpunkten Kinder-Kardiologie und Neonatologie wurden 2 neue Schwerpunktbezeichnungen eingeführt: Kinder- Hämatologie und -Onkologie und Neuropädiatrie.

Um analoge Spezialisierungsmöglichkeit wie in der Inneren Medizin vorhalten zu können, wurden folgende neue Zusatz-Weiterbildungen für die Kinder- und Jugendmedizin etabliert: Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie, Kinder-Gastroenterologie, Kinder-Nephrologie, Kinder-Pneumologie und Kinder-Rheumatologie.

• *Psychiatrisch/psychotherapeutisch/psychosomatische Fachdisziplinen*

In der neuen Weiterbildungsordnung werden folgende Weiterbildungsbezeichnungen aufgeführt:

- Gebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit Schwerpunkt „Forensische Psychiatrie“
- Gebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (bisher „Psychotherapeutische Medizin“)
- Gebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“
- Zusatz-Weiterbildung „Psychotherapie – fachgebunden –“
- Zusatz-Weiterbildung „Psychoanalyse“

Zudem werden psychosomatische Grundlagen für alle Weiterbildungsbezeichnungen in den allgemeinen Bestimmungen gefordert.

Es wird zu prüfen sein, inwieweit in der Zukunft auch hier eine common-trunk-Weiterbildung für die genannten Facharzt-Weiterbildungen als sinnvoll erachtet wird.

• *Frauenheilkunde und Geburtshilfe*

Die bisher im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe erwerbbaeren 3 Fakultativen Weiterbildungen wurden in Schwerpunktbezeichnungen, die bisherige Fachkunde Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie in eine Zusatz-Weiterbildung umgewandelt.

• *Radiologie*

Die Gebietsbezeichnung „Diagnostische Radiologie“ wurde in die Bezeichnung „Radiologie“ umgewandelt. An der bisherigen Struktur des Gebietes mit den Schwerpunktbezeichnungen Kinderradiologie und Neuroradiologie ändert sich hierdurch nichts.

Neben der Gebietsbezeichnung Radiologie wurden folgende zwei Zusatz-Weiterbildungen für Fachärzte mit anderen Gebietsbezeichnungen eingerichtet:

- Röntgendiagnostik – fachgebunden –:
der Deutsche Ärztetag hat festgelegt, dass die komplette Weiterbildungszeit von 12 bis 18 Monaten auch während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden kann.
- Magnetresonanztomographie – fachgebunden –:
zur Erlangung dieses Weiterbildungsganges muss von den erforderlichen 24 Monaten eine 12-monatige Weiterbildungszeit bei einem weiterbildungsbefugten Facharzt für Radiologie abgeleistet werden. Die anderen 12 Monate können bei einem Weiterbildungsbefugten für Magnetresonanztomographie des entsprechenden Fachgebietes absolviert werden.

• *Zusatz-Weiterbildungen:*

Neben den bestehenden Bereichsbezeichnungen (jetzt Zusatz-Weiterbildung bzw. Zusatzbezeichnung genannt) und den bereits oben erwähnten Zusatz-Weiterbildungen wurden folgende neu eingeführt:

Akupunktur, Andrologie, Dermatohistologie, Diabetologie, Geriatrie, Hämostaseologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Labordiagnostik – fachgebunden –, Medikamentöse Tumorthherapie, Notfallmedizin (entspricht im Wesentlichen der bisherigen „Fachkunde Rettungsdienst“), Palliativmedizin, Proktologie und Schlafmedizin.

Die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung kann auch auf der Internet-Seite der Bundesärztekammer unter:

www.bundesaerztekammer.de,
Themen A-Z, Weiterbildung
abgerufen werden.

Dr. med. Annette Güntert,
Bundesärztekammer
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze,
Sächsische Landesärztekammer

Arbeitsbedingungen Weiterbildungssituation Ärztmangel

Der Ärztemangel ist seit einiger Zeit zunehmend in das öffentliche Bewusstsein und in die breite Diskussion gerückt. Außer kurzfristig wirksamem Aktionismus sind langfristig wirksame Konzepte zur Behebung des Problems derzeit allerdings nicht erkennbar.

Zur Entwicklung einer langfristigen Konzeption muss eine Auseinandersetzung mit den Arbeits- und Lebensvorstellungen der jungen Kollegen stattfinden. Offensichtlich entspricht der Beruf des Arztes mit seinen verschiedenen Belastungen nicht diesen Vorstellungen. Eine Schlüsselstelle ist hierbei in der Weiterbildungszeit zu sehen. Hohe Arbeitszeitbelastungen und das Gefühl, zunächst eine preisgünstige Arbeitskraft zu sein führen zu Unzufriedenheit der jungen Kollegen während dieser Phase.

Zur Verbesserung der Arbeitszeit und der Arbeitsbedingungen engagieren sich seit etwa zwei Jahren die Interessenverbände und Standesorganisationen in verstärktem Umfang. Besonders auf der Basis des EuGH-Urteils vom 3. 10. 2000 zur Anerkennung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit wurden umsetzbare Verbesserungen erwartet. Mittlerweile sind die Interessenverbände und Standesvertretungen allerdings eher auf dem Rückzug, denn durch eine Umsetzung des EuGH-Urteils würde der Ärztemangel zunächst verstärkt. Dabei wird nur in der kurzfristigen Perspektive gedacht. Durch Aussitzen und Verschieben wird die Arbeitszeitproblematik nicht gelöst und der Arztberuf wird nicht attraktiver. Während der Weiterbildungsphase sollten die jungen Kollegen das Gefühl haben, dass sie als Fachpersonal gesehen werden, das durch eine gut strukturierte Weiterbildung kontinuierlich weiter qualifiziert wird. Aktuell entsteht ein ganz anderes Bild, dass auf der Basis ausgewählter Ergebnisse aus Befragungen von Weiterbildern (2001) und Weiterzubildenden (1999) durch den Ausschuss „Junge Ärzte“ in Sachsen analysiert worden ist.

In anonymisierten Fragebogenaktionen wurden sowohl die Weiterzubildenden (1999) als auch die Weiterbilder (2001) befragt. Von den befragten 500 Weiterzubildenden beantworteten 29,2 % und von den befragten Weiterbildern beantworteten 53,6 % den Fragebogen. Zwischen den Antworten beider Fragebögen, nämlich der Weiterbilder und Weiterzubildenden gibt es zum Teil übereinstimmende Aussagen, zum Teil aber auch erhebliche Differenzen.

Die **Bewertung der Weiterbildungssituation** soll exemplarisch an einigen Fragen und den zugehörigen Auswertungsergebnissen umrissen werden. Zu der Frage, ob in der Klinik ein detaillierter Weiterbildungsplan existiert, geben 54% der Chefärzte an, die Ärzte im Praktikum und Ärzte in Weiterbildung nach einem **detaillierten Weiterbildungsplan** weiterzubilden. Dagegen bestätigen das nur 31% der Weiterzubildenden. Die Ursachen für die Diskrepanz zwischen der Antwort der Chefärzte und der Weiterzubildenden kann in der mangelnden Information der jungen Ärzte über einen solchen Plan oder in der Nichtexistenz eines solchen Planes liegen.

Ähnliche differente Aussagen gibt es über die **Praktizierung eines Rotationsprinzips** innerhalb der Klinik für die Weiterbildungsassistenten. Hier bestätigen 55% der Chefärzte/Weiterbilder die Durchführung eines Rotations-

prinzips, während nur 34% der Weiterzubildenden das bejahen.

Weitgehende Übereinstimmung bzw. ähnliche Aussagen gibt es in den Fragen, ob ein **namentlich Verantwortlicher für die Weiterbildung** in der Klinik benannt wurde (etwa 40 %), ob **abteilungsinterne Fortbildungen** monatlich oder häufiger (etwa 55 %) und ob **abteilungsübergreifende Fortbildungen** monatlich oder häufiger stattfinden (etwa 33 %). **Spezielle Weiterbildungsinhalte** können nach Auffassung von nur 16 % der Befragten beider Gruppen in vollem Umfang in der Arbeitszeit erworben werden. Diese Ergebnisse lassen folgende Aussagen zu:

- Für mindestens jeden zweiten Weiterzubildenden gibt es keinen detaillierten Weiterbildungsplan.

- Höchstens jeder zweite Weiterzubildende ist in ein Rotationsprinzip eingebunden.

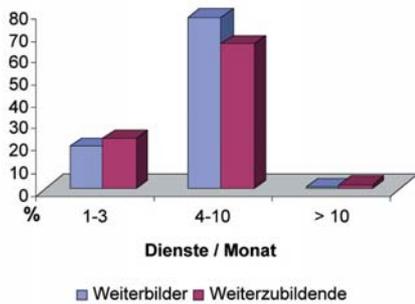


Abb. 1: Anzahl der Bereitschaftsdienste/Monat

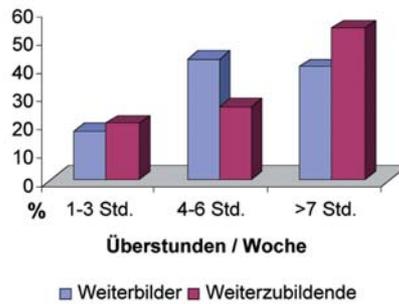


Abb. 2: Geleistete Überstunden/Woche

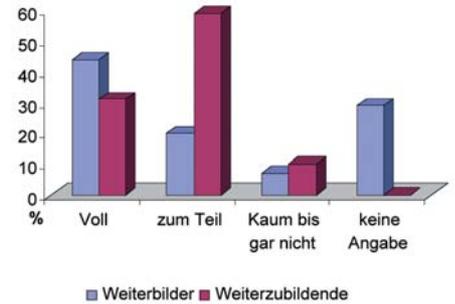


Abb. 3: Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes

■ Höchstens jeder zweite Weiterzubildende kennt einen namentlich Verantwortlichen für Weiterbildung.

■ Nur etwa jeder zweite Weiterzubildende kann monatlich wenigstens einmal an abteilungsinternen Fortbildungen teilnehmen, an abteilungsübergreifenden Fortbildungen kann monatlich nur jeder Dritte teilnehmen.

■ Spezielle Weiterbildungsinhalte werden überwiegend in der Freizeit erworben.

Ob diese Aussagen den Zielvorstellungen der Weiterbildungsordnung von einem „geregelten Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten“ entsprechen, darf bezweifelt werden.

Die Vorstellungen zur Veränderung der Weiterbildungsordnung der beiden befragten Gruppen zeigen unterschiedliche Ansätze und sind in der folgenden Übersicht, absteigend nach Häufigkeit der Nennung, dargestellt.

Bei den Weiterbildern steht scheinbar eine stärkere Verschulung der Weiterbildung mit finanzieller Anerkennung der Weiterbildungs-

tätigkeit im Vordergrund, während sich die Weiterzubildenden vorrangig eine klare Fixierung im Arbeitsvertrag und geringere Weiterbildungskosten wünschen.

Auch bei der Arbeitszeitbelastung gibt es teilweise unterschiedliche Einschätzungen durch die betroffenen Weiterzubildenden im Vergleich zu den Weiterbildenden. Aus den Abbildungen 1-3 lassen sich folgende Aussagen zusammenfassen:

- Die Mehrzahl der Weiterzubildenden leistet 4-10 Dienste im Monat, den Weiterbildern ist diese Tatsache bekannt (Abbildung 1).
- Etwa die Hälfte der Weiterzubildenden leisten mehr als 7 Überstunden pro Woche. Den Weiterbildern ist diese Größenordnung bekannt (Abbildung 2).
- Nach überwiegender Auffassung der Weiterzubildenden erfolgt die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes nur teilweise. Der überwiegende Teil der Weiterbilder bewertet dagegen das Arbeitszeitgesetz als umgesetzt, wobei ein großer Teil dieser Gruppe bei dieser Frage keine Angabe machte (Abbildung 3).

Diese ausgewählten Ergebnisse deuten auf eine hohe Arbeitszeitbelastung hin, die in der Mehrzahl der Fälle nicht konform mit dem derzeit geltenden Arbeitszeitgesetz zu sein scheint. Die Konsequenzen aus dem einschlägigen Urteil des EuGH und einer entsprechenden Anpassung des Arbeitszeitgesetzes sind dabei noch nicht berücksichtigt. Als Mindestanforderung ist die Einhaltung geltenden Rechtes und damit die Umsetzung des bestehenden Arbeitszeitgesetzes erforderlich. Hierzu sind neue Arbeitszeitmodelle nötig, die zum Beispiel mit Arbeitszeitkonten oder Schichtsystemen funktionieren. Zwischen den einzelnen Fachgruppen und abhängig von der Größe des jeweiligen Krankenhauses gibt es dazu sicher unterschiedliche Vorstellungen, die in einzelfallspezifischen Lösungen berücksichtigt werden können.

Zur langfristigen Behebung des Ärztemangels muss der Beruf für junge Menschen attraktiv sein. Dazu gehören neben menschlichen Arbeitsbedingungen auch strukturierte und transparente Weiterbildungszeiten und -inhalte. Dem jungen Mediziner sollte während der Weiterbildungszeit nicht die Freude am Beruf verdorben werden, sondern das Interesse an der Patientenversorgung gesteigert werden. Nur so kann eine langfristige Behebung des Ärztemangels erreicht werden.

Die häufigsten Wünsche der Weiterbilder zur Veränderung der Weiterbildungsordnung	Die häufigsten Wünsche der Weiterzubildenden zur Veränderung der Weiterbildungsordnung
<ul style="list-style-type: none"> • Vermehrte Vermittlung von Weiterbildungsinhalten in Kurssystemen • Finanzielle Anerkennung hochqualifizierter Weiterbildung • Eine zeitliche und inhaltliche Festlegung der Weiterbildungsinhalte im Arbeitsvertrag 	<ul style="list-style-type: none"> • Eine zeitliche und inhaltliche Festlegung zur Weiterbildung im Arbeitsvertrag • Preiswertere Weiterbildungsangebote • Eine stärker strukturierte Weiterbildung

Ausschuss „Junge Ärzte“
Kornelia Kuhn,
Gabriele Schulz,
Friedemann Reber,
Klaus Lorenzen,
Christian Wirth

Ausschuss „Junge Ärzte“ mit neuer Frontfrau



Ärztin Mascha Lentz

In den nächsten vier Jahren wollen die Jungen Ärzte im gleichnamigen Ausschuss mit der neuen Vorsitzenden Mascha Lentz durch öffentliche Diskussion und Vernetzung der Aktivitäten von Kollegen eine Verbesserung des Berufsalltages und der Zufriedenheit im Beruf bei AiP und Ärzten in Weiterbildung erreichen. Es soll keine Tabus geben; offen, kritisch und wenn nötig kämpferisch will der Ausschuss Junge Ärzte Dis-

kussionen über die Belange von Jungen Ärzten anstoßen und an die Öffentlichkeit tragen.

Es geht darum, die diversen Themen mit Pro und Contra darzustellen und eventuell mögliche Lösungswege, die in verschiedenen Krankenhäusern gefunden wurden, aufzuzeigen (Vernetzung). Unser wichtigstes Kommunikationsmittel soll hierbei das Sächsische Ärzteblatt sein.

Die Kampffelder für die Ärzteschaft sind groß (Arbeitszeitregelungen, Vergütungen, berufliche Perspektiven, Einflussmöglichkeiten auf die Gesundheitspolitik), wir wollen mit den Entscheidern darüber reden, bevor die Unterversorgung in Sachsen Realität ist. Wir wollen Moderatoren sein zwischen denen, die anfangen im Beruf und denen, die schon lange in der Verantwortung stehen.

Wir wollen deshalb viel von Euch, den jungen Ärzten in Sachsen, hören, was Ihr zum Thema „Arzt sein Heute und in Zukunft“ meint und welche Erfahrungen Ihr gemacht habt. Über die Anschrift der Landesärztekammer Ausschuss Junge Ärzte und per E-Mail: jungeaerzte@web.de könnt Ihr mit uns Kontakt aufnehmen.

Mitglieder des Ausschusses sind:

Mascha Lentz, Dresden, Vorsitzende, Ärztin im Praktikum, A
 Kornelia Kuhn, Dresden, FÄ für Innere Medizin, N
 Dr. med. Friedemann Reber, Dresden, Arzt in Weiterbildung
 Dr. med. Antje Bergmann, Dresden, FÄ für Allgemeinmedizin, A
 Thomas Heidler, Dippoldiswalde, Arzt im Praktikum, A
 Uta Katharina Schmidt-Göhrich, Dresden, Ärztin in Weiterbildung, A
 Lars Schirmer, Aue, Arzt im Praktikum, A
 Dr. med. Wolfram Lieschke, Leipzig, FA für Augenheilkunde, N

A = Angestellter Arzt, N = Niedergelassener Arzt

Hochwasser in Sachsen – ein Jahr danach



August 2002 – das Wasser der Weißeritz und anderer Nebenflüsse der Elbe zerstörte zahlreiche Gebäude und so manche Existenz. Der anschließend stetig steigende Pegel der Elbe verursachte weitere Schäden. Noch heute, über ein Jahr danach, sind nicht alle Spuren besei-

tigt. Wir haben darüber mehrfach im „Ärzteblatt Sachsen“ berichtet.

Trotz der vielen Spenden und anderer Zuwendungen gibt es auch bei den sächsischen Ärzten immer noch große Restschadenssummen. Umso mehr ist es eine Freude, dass auf dem Spendenkonto der Sächsischen Landesärztekammer noch bis zum Ablauf dieses Kontos im Juli 2003 weitere Spendengelder eingegangen sind. Das Konto wurde bereits im August 2002 eingerichtet und auch nach der Auszahlung von Spendengeldern nach Weihnachten 2002 weitergeführt, weil weiterhin Einzahlungen zu verzeichnen waren. Der Kontostand per 5. Juli 2003 betrug 91.458,23 EUR. In seiner ersten Sitzung am 10. Juli 2003 hat der Vorstand über die Verwendung dieser restlichen Spendengelder ent-

schieden. Die betroffenen sächsischen Ärzte, die in ihrer Praxis noch einen Restschaden über 100.000 EUR gemäß den vorliegenden Unterlagen der Sächsischen Landesärztekammer haben, wurden in diese Spendenverteilung einbezogen. Die konkrete Spendensumme für den einzelnen Arzt ist gemäß des Anteils der Restschadenssumme quotiert ermittelt worden. Insgesamt erhielten danach 14 Ärzte Spendensummen zwischen 3.023 EUR und 11.591 EUR. Damit konnte diesen besonders betroffenen Ärzten noch einmal finanziell geholfen werden. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer bedankt sich im Namen dieser Ärzte bei den Spendern. Sie haben mit Ihrem Beitrag sicherlich dazu beigetragen, Existenzen wieder aufzubauen.

kö

Das Hausarztsystem der Zukunft?

Der Hartmannbund hat sich schon in der Vergangenheit mehrfach gegen das Primärarztssystem ausgesprochen. Die Beweggründe für die Ablehnung waren und sind die Erfahrungen der Nachbarländer (zum Beispiel Großbritannien, Niederlande). Die Gefahren und Nachteile der Versorgung im Rahmen eines Gate-Keeper-Systems sind hinreichend evaluiert und bekannt. Der Hartmannbund weist insbesondere auf folgende Aspekte hin:

- Der Hausarzt degradiert zum „Patientenverteiler“ und zum „Dokumentationsassistenten“. Die Erbringung eigentlicher medizinischer Leistungen am Patienten tritt in den Hintergrund und wird mehr und mehr auf andere Versorgungsstufen verlagert.
- Die Zugangsbeschränkungen zur Facharztschiene führen nicht nur zu vermehrten Wartezeiten, sondern bergen darüber hinaus auch die Gefahr der Verzögerung oder gar

Verhinderung notwendiger Diagnostik und Therapie.

- Die Aufgabenstellung als „Gate-Keeper“ führt zu einer Erhöhung des Haftungsrisikos des Hausarztes.
- Das Hausarztsystem führt nicht zwangsläufig zur Kostenersparnis im System. Soll vor jedem Facharztbesuch zusätzlich der Hausarzt aufgesucht werden, fallen allein schon vor der Ausstellung einer qualifizierten



Überweisung zusätzliche Honorare an, die mindestens als Gebühren für Untersuchungs- und Beratungsleistungen in Rechnung gestellt würden.

- Die Zugangskontrolle durch den Hausarzt führt zur Einschränkung der freien Arztwahl für den Patienten und zu einer Abhängigkeit der fachärztlichen Versorgungsschiene von der Zugangsregelung der Primärärzte.
- Die Zugangskontrolle im Rahmen eines Hausarztssystems kollidiert mit den gesetzlichen Vorgaben in § 7 Absatz 2 der (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO), in dem es heißt, „Der Arzt achtet das Recht seiner Patienten, den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln. [...] Den begründeten Wunsch des Patienten, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.“

Der Allgemeinarzt sollte grundsätzlich durchaus erster Ansprechpartner der Patienten sein. Dies entspricht auch dem tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten der überwiegenden Zahl der Patienten. Aus einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage des Instituts für Sozialforschung und Kommunikation (Soko), die im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Zeitraum von Ende Dezember 2002 bis Mitte Januar 2003 durchgeführt wurde, geht hervor, dass 87 % der Patienten bei allgemeinen gesundheitlichen Problemen zunächst ihren Hausarzt aufsuchen – und das auch ohne Bonusleistungen oder Prämien. Dieses Ergebnis zeigt, dass eine zwangsweise Bindung an einen Allgemeinarzt völlig überflüssig ist, da ein Großteil der Patienten sowieso ihren Hausarzt des Vertrauens als ersten Ansprechpartner konsultiert.

Der Hartmannbund lehnt eine zwangsweise Bindung des Patienten an einen Primärarzt grundsätzlich ab, weil Zwang nicht zu dem erforderlichen Vertrauen zwischen Patient und Arzt führt. Eine zusätzliche Regulierung und Reglementierung des Patienten-Arzt-Verhältnisses verursacht nur unnötigen zusätzlichen Verwaltungsaufwand und zusätzliche Kosten.

Aus unserer Sicht sollte der Hausarzt neben seiner ärztlichen Tätigkeit verstärkt als Koordinator, Kommunikator und Berater/Lotse – nicht als Gate-Keeper – tätig werden. Der Hausarzt sollte in dieser Funktion vor allem:

- eine patientenbezogene Dokumentation zusammenführen und auswerten,
- den Patienten in Bezug auf Präventions- und Rehabilitationsleistungen beraten und diese durchführen; dass heißt Krankheitsfrüherkennungs-/vorsorgeuntersuchungen anregen und durchführen, auf gesunde Lebensführung hinweisen und den Patienten zur Compliance motivieren,
- eine Arzneimittelberatung durchführen und die Kombination der verordneten und eingenommenen Arzneimittel (inklusive Selbstmedikation des Patienten) überwachen,
- eine persönliche, zeitnahe, wohnortnahe Betreuung des Patienten in seinem häuslichen Umfeld sicherstellen.

Diese umfassende Aufgabenstellung erfordert eine spezielle Qualifikation des Hausarztes unter anderem in psychologischer und soziologischer Hinsicht, zumal die Beratung nicht nur die Inanspruchnahme medizinischer, sondern auch nicht-medizinischer Leistungen umfassen muss. Aus diesen Gründen kann der Hartmannbund nur einer freiwilligen Bindung des Patienten an einen Hausarzt ohne Zwang zur Einschreibung zustimmen. Dem Patienten muss in begründeten Fällen jederzeit die Möglichkeit zum Wechsel des gewählten Hausarztes und grundsätzlich der direkte Zugang zum Facharzt erhalten bleiben.

Durch eine prozentuale sozialverträglich ausgestaltete Selbstbeteiligung der Patienten an allen ambulanten ärztlichen Leistungen wird die Eigenverantwortung der Patienten gestärkt. Dieser Steuerungsmechanismus führt automatisch zu einem überlegten Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten und macht eine Regulierung durch hohen Bürokratie- und Verwaltungsaufwand, der darüber hinaus noch zusätzliche Kosten verursacht, obsolet. Ein an eine Bonusregelung gekoppeltes Hausarztmodell ist daher nicht erforderlich. Darüber hinaus konterkariert ein Bonussystem das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. Zudem bleibt das von den Patienten sehr geschätzte und entsprechend hoch eingestufte Recht auf freie Arztwahl uneingeschränkt erhalten und damit auch die Zufriedenheit der Patienten mit dem Versorgungssystem. Das Steuerungsinstrument der Selbstbeteiligung wird auch von der Mehrheit der deutschen Versicherten bevorzugt. Wie eine repräsentative Befragung der Unternehmensberatung BBDO Consulting in Zu-

sammenarbeit mit dem Meinungsforschungsinstitut EMNID im Februar 2003 ergab, wären 82 % der deutschen Versicherten dazu bereit, mehr Eigenverantwortung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu tragen und eine höhere Eigenbeteiligung in Kauf zu nehmen.

Fazit:

Hausärzte

... betrachten sich als Teil der ärztlichen Gemeinschaft.

... sehen ihre Interessen in den Körperschaften der ärztlichen Selbstverwaltung besser gewahrt als bei staatlichen Institutionen.

... sind für eine Stärkung der Rolle des Hausarztes bei der integrierten Versorgung.

... sind für eine faire innerärztliche Honorarverteilung.

... sind Ärzte, wollen als solche arbeiten und nicht mittelfristig zum „Billiglotsen“ unseres Gesundheitswesens werden.

... sehen in den Fachärzten Kollegen mit denen sie gut zusammenarbeiten und kooperieren.

... sind für ein System, bei dem der Patient die Möglichkeit hat freiwillig, den Hausarzt seines Vertrauens mit der längerfristigen Betreuung und Koordination ihrer medizinischen Versorgung zu betrauen und über einen entsprechenden Wahltarif der Krankenkasse abzuschließen.

... sind gegen die Einführung eines Eintrittsgeldes beim Arztbesuch und gegen die Einführung von Malus-Systemen.

... sehen Sicherstellungsauftrag und Qualitätssicherung als ureigene Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung.

... sind für ein europataugliches Modell des Facharztes für Allgemeine und Innere Medizin.

Hartmannbund – Landesverband Sachsen
Prof. Dr. med. habil. Peter Leonhardt,
Dr. med. Thomas Lipp

Präventivprogramm bei Ess-Störungen

Geleitwort von Frau Staatsministerin Helma Orosz zum Präventivprogramm gegen Bulimie und Anorexie

Sehr geehrte Damen und Herren, immer mehr Menschen, insbesondere Mädchen und junge Frauen, erkranken an Ess-Störungen. Etwa ein Drittel der Essgestörten bleibt chronisch krank, einige sterben sogar an ihrer Krankheit. Deshalb müssen wir alles daran setzen, dass schon das Entstehen von Ess-Störungen soweit wie möglich verhindert wird, und dass bereits Erkrankte so früh wie möglich behandelt werden. Wir müssen primäre und sekundäre Prävention voranbringen. Ausgehend von Gesprächen mit magersüchtigen

Mädchen und den von ihnen geäußerten Bedürfnissen hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales gemeinsam mit weiteren Kooperationspartnern ein Programm zur Vorbeugung der Ess-Störungen Bulimie und Anorexie entwickelt, das nun konkrete Züge angenommen hat.

Bei Kinder- und Jugendärzten, bei Beratungslehrern und anderen Personen, die mit Jugendlichen arbeiten, besteht ein hoher Fortbildungsbedarf. Dem wird mit entsprechenden Fortbildungen Rechnung getragen. Für Ärzte sowie für Freunde und Angehörige wurden kurze, einprägsame Faltblätter entwickelt, die diese Zielgruppen ansprechen.

Betreute Wanderausstellungen zum Thema Magersucht werden ab November in sächsischen Schulen zu sehen sein.

Ich bitte Sie, Ihren Beitrag zur Prävention der Ess-Störungen Anorexie und Bulimie zu leisten, auch dadurch, dass Sie sich anwendungsbereites Fachwissen aneignen. Die Schwere der Schicksale betroffener Mädchen und Jungen und deren Familien gebietet dies.

Mit freundlichen Grüßen

Helma Orosz
Sächsische Staatsministerin für Soziales

M. Scholz

Ess-Störungen im Kindes- und Jugendalter – ein Präventivprogramm für Sachsen

Ess-Störungen in der Altersgruppe von 15 bis 30 Jahren zählen in Europa und Nordamerika zu den häufigsten und schwerwiegendsten Erkrankungen von Mädchen und Frauen. Veränderte gesellschaftliche Bedingungen, der in vielen Ländern nahezu unbegrenzte Überschuss an Nahrungsmitteln und die extremen, zum Teil ins Krankhafte gehenden Schönheitsideale mit einer Hochkonjunktur von Schlankheitsdiäten und Fitnessprogrammen haben auf der einen Seite des Gewichtsspektrums bereits im Kindesalter zu einer Zunahme der Fettsucht (Adipositas), auf der anderen Seite zur Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie) geführt. Besonders Frauen und Mädchen glauben, unter einem fragwürdigen Einfluss der Medien, in unserer Gesellschaft nur noch etwas wert zu sein, wenn sie extrem schlank und körperlich getrimmt sind. Davon sind zunehmend auch männliche Jugendliche betroffen. Man denke nur an die Idealisierung des „Waschbrettbauchs“.

Bei einer Mortalität von 10 bis 18 % gehört derzeit die **Anorexie** zu den folgenschwersten psychischen Erkrankungen. Zudem verschiebt sich das Ersterkrankungsalter, das noch vor wenigen Jahren um das 15. Lebensjahr lag, bei der Anorexie schon auf die 10- bis 12-Jährigen. Selbst 8-jährige schwerst kranke Mäd-

chen sind in den Kliniken keine Seltenheit mehr. Auch die **Bulimie** begann früher um das 20. Lebensjahr und tritt heute bereits bei 15-jährigen Mädchen auf, oft gepaart mit schwerer depressiver Komorbidität und hoher Selbstverletzungsneigung. Sie wird lange kaschiert, Symptome von der Familie, der Schule nicht erkannt, zumal die Mädchen zunächst nach außen ein scheinbar unauffälliges Essverhalten zeigen und heimlich immense Kalorienmengen verschlingen, um sie dann mit großer Scham und Selbstverachtung wieder zu erbrechen. Die schwerwiegende Sucht lässt die Betroffenen in ihrer Not selbst vor kriminellen Handlungen nicht zurückschrecken, um über Ladendiebstähle ihr triebhaftes Verlangen nach Nahrung zu befriedigen. Die **Adipositas** stellt schon im Kindesalter eine ernst zu nehmende Erkrankung dar, deren Behandlung so früh wie möglich und unter intensiver Einbeziehung der Eltern erfolgen sollte. Kostenaufwändige Diätikuren ohne Veränderung der familiären Essgewohnheiten, ohne langfristige Nachbetreuung führen meist nur kurzfristig zu Gewichtsreduktionen.

Die gefährlichste aller psychogenen Ess-Störungen ist die Anorexie, die gekennzeichnet ist durch einen oft extremen, selbst verursachten Gewichtsverlust durch Nahrungsre-

duktion (restriktive Form) oder durch Erbrechen (Purging-Form). Durch die Körperschemastörung, die wahnhaftige Überzeugung, trotz extremen Untergewichts zu dick zu sein und die Illusion, sich erst mit einem noch niedrigeren Gewicht wohl zu fühlen, setzt ohne rechtzeitige Therapie ein Circulus vitiosus ein, der in eine lebensbedrohliche Kachexie münden kann (BMI unter 14, Bradykardie, Mineralstoffwechselstörungen und schwere depressive Verstimmungen). Der entscheidende Prädiktor für eine ungünstige Prognose und die Mortalität ist ein niedriges Gewicht bei Erstaufnahme, gepaart mit sozialen und psychischen Problemen (Katamnese von 83 Frauen über 21 Jahren).

Die Körperschemastörung, das gravierendste Basissymptom, verhindert jede Krankheitseinsicht und lässt sich trotz vielfältiger therapeutischer Bemühungen bei einer Anorexie erst bei Erreichen eines gesunden Mindestgewichts beeinflussen.

Klassische Behandlungsmethoden wie Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie können aufgrund einer bei niedrigem Gewicht regelmäßig auftretenden Gehirnatrophie ihre Therapieeffekte nicht oder nur wenig entfalten. So ist das vordringlichste Ziel zunächst die

Gewichtsnormalisierung auf natürlichem Wege. Parenterale Ernährung oder die weit verbreitete Sondenernährung führen zwar kurzfristig zu Gewichtsverbesserungen, werden von den Patientinnen in der Regel auch ohne Schwierigkeiten akzeptiert („Eine Sache, die ich nicht schlucken muss, geht mich nichts an.“), fördern jedoch die Abspaltung und Verdrängung des Essensproblems und verhindern so die therapeutisch notwendige Auseinandersetzung der Patienten mit der eigenen aktiven Essensbewältigung. Die Basistherapie ist somit unter stützender und gleichzeitig Grenzen setzender Führung eine ausgewogene Ernährung mit zunächst fünf bis sechs Mahlzeiten mit ca. 2.000 kcal täglich. Eine vegetarische Diät, die von vielen Patientinnen und durch sie induziert auch von den betroffenen Eltern mehr oder weniger notgedrungen realisiert wird, ist Ausdruck der schweren Krankheit und sollte, bis die Patientin wirklich über den „anorektischen Berg“ ist, keinesfalls toleriert werden. Die Gewichtsnormalisierung kann bei schweren Fällen unter stationären Bedingungen erfolgen. Da jedoch bei etwa 30 % aller Patienten auch mit Erreichen des Zielgewichts die Körperschemastörung und damit auch die Gewichtspublie langfristig persistiert, die Krankenkassen in Deutschland derzeit nur nach wiederholten ärztlichen Begründungen einen stationären Aufenthalt allenfalls bis zum Erreichen eines Zielgewichts finanzieren, verlieren die Patienten beim Wegfall der Schutz und Halt gebenden Atmosphäre einer Station schnell an Gewicht, wenn nicht die Familie intensiv in die Therapie einbezogen wird. Londoner Studien konnten übrigens zeigen, dass die Familientherapie bei Anorexien im Kindes- und Jugendalter im Vergleich zu tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und klassischen Methoden auch langfristig die erfolgreichste Therapie ist. Das Ziel dabei ist, die Familie zu befähigen, sie aus ihrer lähmenden, depressiven Hilflosigkeit herauszuführen, ihr eine störungsspezifische Kompetenz zu vermitteln bei gleichzeitiger Stärkung der Versöhnungs-

und Bindungsfähigkeit innerhalb der Familie. Eltern erfahren, dass sie sehr wohl in der Lage sind, bei intensiver Zuwendung dem Kind Grenzen zu setzen und über regelmäßige Mahlzeiten auch zu Hause für eine Gewichtszunahme zu sorgen.

Bei der Neigung aller psychogenen Ess-Störungen zur schnellen Chronifizierung, dem enormen therapeutischen Aufwand (nach Langzeitstudien benötigen 50 % aller Patienten mit einem niedrigen Ausgangsgewicht eine lebenslange Therapie), dem hohen Rezidivrisiko bei Patienten mit extrem geringem Gewicht und frühem Beginn liegen die Konsequenzen in einer Prävention und bei Erkrankung in einer sofortigen intensiven Behandlung. Eine primäre Prävention verspricht allenfalls bei der Adipositas erfolgreich zu sein, wegen der Besonderheiten des Verlaufs aber kaum bei der Anorexie und der Bulimie. Dagegen sind die sekundäre Prävention und eine frühzeitige Behandlung unter Einbeziehung der Familie im Kindes- und Jugendalter Mittel der Wahl.

Prävention und rechtzeitige kompetente Behandlung mit langem Atem können der Chronifizierungsneigung, der hohen Rückfallquote mit den Folgen einer oft lebenslangen massiven Einschränkung der Lebensqualität vorbeugen. Besonders bei der Anorexie und der Bulimie wird bei den Betroffenen, so lange sie nicht wirklich geheilt sind, ein Großteil der psychischen und sozialen Energie über Jahre gebunden, weil sich ihre Gedanken und ihr Verhalten, ihre gesamte Lebensgestaltung nur um das Essen drehen. Häufig werden heutzutage noch Patienten im Kindes- und Jugendalter mit Ess-Störungen nicht rechtzeitig erkannt. Häufig wissen Eltern, Freunde und Lehrer nicht, wie sie auf bemerkte Veränderungen im Äußeren und im Essverhalten reagieren sollen.

In Zusammenarbeit mit den Ministerien für Soziales und Kultus und vielen anderen

Einrichtungen in Sachsen entstand ein Präventivprogramm für Sachsen, das durch Aufklärung, Gesundheitsbildung in den Schulen, frühzeitige Erkennung und Einleitung einer effizienten Therapie die Erkrankungsrate, die Prognose und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern soll. Im Namen der Arbeitsgruppe „Prävention von Ess-Störungen im Kindes- und Jugendalter“ rufe ich deshalb alle Kinder- und Hausärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater und Psychotherapeuten, Schulpsychologen, Lehrer und Eltern auf, sich an dem auf mehrere Jahre angelegten Projekt zur Prävention von Ess-Störungen in ganz Sachsen zu beteiligen. Zu diesem Projekt gehören Multiplikatorenschulungen für Lehrer, Schulpsychologen, Sozialarbeiter, eine Wanderausstellung über Ess-Störungen, Plakatwerbung in den Schulen und Praxen und die Einrichtung eines **Beratungstelefon**s für betroffene Eltern, Lehrer und Ärzte (03 51) 4 58 31 31. Faltblätter (zum einen für Eltern, Lehrer und Betroffene, zum anderen für Ärzte) werden auf Anfrage durch das Sozialministerium verschickt.

Ein wichtiger Baustein dieses Projekts ist die Vermittlung aktueller Erkenntnisse über Früherkennung, Diagnostik und Therapie an behandelnde Ärzte und Psychologen. Auch Lehrer sind dazu eingeladen. **Die Einführung in das Präventivprogramm findet am Mittwoch, dem 17. 9. 2003, von 15.00 Uhr bis 18.30 Uhr im Dekanats Hörsaal des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden, Fiedlerstraße, statt.** Hier können Sie sich umfassend und praxisbezogen informieren sowie alle Fragen intensiv diskutieren.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
 Prof. Dr. med. Michael Scholz
 Klinik und Poliklinik für Kinder- und
 Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
 Goetheallee 12, 01309 Dresden
 Tel.: 03 51/4 58 22 44; Fax: 03 51/4 58 57 54
 E-Mail: Ki.Jugendpsych@mailbox.tu-dresden.de

Influenza-Impfung für medizinisches Personal 2003

Wie in der vergangenen Influenzasaison starteten die Arbeitsgemeinschaft Influenza und das Robert Koch-Institut auch dieses Jahr wieder eine gemeinsame Aktion für die Erhöhung der Influenza-Impfrate bei Beschäftigten in medizinischen und pflegerischen Berufen. Die Ständige Impfkommission des Robert Koch-Institutes (STIKO) stuft neben medizinischem Personal auch „Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr“ als besonders gefährdet für eine Influenzainfektion ein. Diese beruflich exponierten Personen haben nicht nur ein erhöhtes Risiko, an Influenza zu erkranken, sondern stellen dadurch auch eine mögliche Infektionsquelle für die betreuten Patienten oder Kontaktpersonen dar. Auch das Personal in Altenpflegeeinrichtungen bedeutet eine mögliche Infektionsquelle für die von ihm betreuten Senioren. In der Regel ist die Erkrankung an Influenza durch plötzlich auftretendes hohes Fieber über 39 °C, Schüttelfrost, Muskelschmerzen, Schweißausbrüche, allgemeine Schwäche, Kopfschmerzen, Halsschmerzen und trockenen Reizhusten gekennzeichnet, kann aber bei jüngeren, gesunden Menschen auch asymptomatisch oder ohne typische Symptome verlaufen.

tomatisch oder ohne typische Symptome verlaufen.

Daher tragen viele im Medizin- und Pflegebereich Tätige während der Saison unwissentlich zeitweise das Grippevirus mit sich. Ältere und chronisch oder akut kranke Menschen werden durch Kontakt mit den Trägern des Influenzavirus besonders gefährdet: sie tragen das höchste Risiko für unter Umständen lebensgefährliche Komplikationen durch eine Grippeinfektion. Die Influenzaschutzimpfung für medizinisches und Pflegepersonal kann die Gefahr solcher Infektionen mit möglicherweise schweren Komplikationen bei den betreuten Patienten oder Senioren deutlich vermindern.

Die Wirkung der Influenzaschutzimpfung ist dreifach. Sie bedeutet:

- Schutz der zu betreuenden Patienten, Senioren und Kontaktpersonen
- Schutz der Angehörigen beruflich exponierter Personen
- Persönlichen Schutz von Personen mit beruflich bedingter Exposition

Die Influenzaschutzimpfung ist in der Regel gut verträglich und bietet in den allermeisten

Fällen eine gute Übereinstimmung mit den saisonal auftretenden Influenzaviren.

Das Robert Koch-Institut und die Arbeitsgemeinschaft Influenza appellieren an Sie: Lassen Sie sich gegen Influenza impfen, um die Ihnen anvertrauten Patienten und Senioren, Ihre Familie und sich selbst wirkungsvoll vor Influenza zu schützen. Ab Mitte September werden Krankenhausbetriebsärzte umfangreiches Informations- und Aufklärungsmaterial zur Influenza-Schutzimpfung und Durchführung von Impfaktionen erhalten. Auch die niedergelassenen Ärzte werden dazu aufgefordert, dieses Jahr wieder Impfaktionen für Mitarbeiter durchzuführen.

Weitere Informationen zum Thema „Influenza“ und „Influenzaschutzimpfung“ finden Sie im Internet unter www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM

Dr. med. Karl Schenkel
Robert-Koch-Institut
Abteilung für Infektionsepidemiologie
Seestraße 10, 13353 Berlin

Infektionsgefahr durch Salmonellen in Fenchel-, Anis-, Kümmeltee

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales bittet um nachfolgende Veröffentlichung:

In den vergangenen Monaten sind bei Säuglingen in einigen Fällen Infektionen aufgetreten, die durch den Erreger *Salmonella agona* verursacht worden waren. Es wird vermutet, dass in einem Teil der Fälle die Infektionen auf Fenchel-Anis-Kümmeltee zurückzuführen sind. Die sächsischen Lebensmittelüberwachungsbehörden führen in diesem Zusammenhang Untersuchungen von Tees auf Salmonellen durch. Bisher hat die Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen drei positive Befunde mitgeteilt. Die betroffenen Produktionschar-

gen wurden aus dem Verkehr genommen. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich salmonellenbelasteter Fenchel-Anis-Kümmeltee beim Verbraucher befindet, empfiehlt das Sächsische Staatsministerium für Soziales dringend, die folgenden Verhaltensregeln zu befolgen, um Salmonelleninfektionen vorzubeugen:

Tee auch in der warmen Jahreszeit immer mit kochend heißem Wasser überbrühen und ausreichend lange bedeckt ziehen lassen. Mit dem Abkühlen sollte erst nach dem Ziehen begonnen werden. Auf keinen Fall darf der Tee nur lauwarm aufgegossen werden, um ihn möglichst schnell verfügbar zu haben. Nur so kann mit hinreichender Sicherheit ge-

währleistet werden, dass eventuell vorhandene Salmonellen zuverlässig abgetötet werden.

Bei der Zubereitung von Tees für Säuglinge und Kleinkinder ist besondere Sorgfalt angebracht. Insbesondere sollten nie Nuckelflaschen mit Wasser und Teebeutel in der Mikrowelle erhitzt werden. Wasser aus Kaffeemaschinen sollte ebenfalls nicht zur Zubereitung von Tee verwendet werden.

Bei Beachtung dieser Regeln ist auch kein Risiko für Kinder zu befürchten.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales

gez. Gundula Thomas gez. Dr. Winfried Oettler
Referatsleiterin Referatsleiter

M. Kirsch, J. Trilsch

Die ärztliche Schweigepflicht

Die Einhaltung der Schweigepflicht verlangt vom Arzt mehr als nur Gesetzeskenntnisse.

Die wirklich komplizierten Fallgestaltungen schreibt das Leben, und zwar insbesondere dann, wenn dem Arzt schwierige Güterabwägungen abverlangt werden, die weit mehr als nur die formale Abhandlung von Rechtsproblemen sind. Die Nöte und Gewissenskonflikte wird nur derjenige errahnen können, der diese Situation aus eigener Erfahrung kennt. Der Arzt muss sich jedoch auch selbst schützen können.

Die richtige Entscheidung – die ihm niemand abnehmen kann – wird der Arzt nur dann treffen können, wenn er die Rechtslage zumindest in den Grundzügen kennt.

1. Allgemeines zur ärztlichen Schweigepflicht

Nach allgemeiner Ansicht liegt der Ursprung der ärztlichen Schweigepflicht im Eid des Hippokrates.

Im 19. Jahrhundert entwickelte sich die Schweigepflicht von einer Berufspflicht in eine Rechtspflicht, und zwar durch die mit Verabschiedung des Strafgesetzbuches von 1871 geschaffene Einführung der strafrechtlich sanktionierten Pflicht des Arztes, die Schweigepflicht einzuhalten. (1)

Heute finden sich Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht neben der Strafbestimmung des § 203 StGB insbesondere in den Berufsordnungen der auf Landesebene existierenden Ärztekammern.

2. Rechtsgrundlagen der ärztlichen Schweigepflicht

Die ärztliche Schweigepflicht beruht auf folgenden rechtlichen Grundlagen:

- dem Grundrecht des Patienten auf Achtung der Intimsphäre;
- der Strafvorschrift des § 203 StGB. Danach macht sich strafbar, wer als Angehöriger der im Gesetz genannten Personen ein fremdes Geheimnis, das ihm anvertraut worden oder bekannt geworden ist, unbefugt offenbart;
- der in den ärztlichen Berufsordnungen verankerten Schweigepflicht;
- dem Arztvertrag. Die Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht stellt eine sogenannte ärztliche Nebenpflicht des mit dem Patienten

abgeschlossenen Arztvertrages dar und berührt somit auch das Zivilrecht. (2)

Zusammengefasst ergibt sich Folgendes: Die ärztliche Schweigepflicht lässt sich nicht auf das Verfassungsrecht (Grundrechte) und das Strafrecht reduzieren. Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht ist auch eine Rechtspflicht in berufsrechtlicher Hinsicht. Darüber hinaus kann die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht zivilrechtliche Konsequenzen für den Arzt haben, indem beispielsweise Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden.

3. Die Strafvorschrift des § 203 StGB

Die Geheim- und Individualsphäre des Einzelnen wird strafrechtlich geschützt. Darüber hinaus schützt das Gesetz jedoch auch die Funktionstüchtigkeit des Arztberufes, denn die Schweigepflicht einerseits und das erforderliche Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt andererseits sind engstens miteinander verknüpft.

Strafverfahren gegen Ärzte wegen Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht spielen in der Praxis und im Justizalltag nur eine äußerst geringe Rolle, was vor allem auf zwei Gründe zurückzuführen ist:

Es handelt sich bei dem Vorwurf der Verletzung von Privatgeheimnissen im Sinne des § 203 StGB um ein absolutes Antragsdelikt. Das bedeutet, dass der Patient einen entsprechenden Strafantrag stellen muss, um die Verfolgung in Gang zu setzen. (§ 205 StB). Darüber hinaus handelt es sich um einen Vorsatztatbestand. Die Strafverfolgung setzt also einen bewussten und gewollten Geheimnisbruch voraus. (5)

Trotzdem darf die Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht nicht unterschätzt werden. Der Bundesgerichtshof hatte in einer Grundsatzenscheidung zu einer wesentlichen Stärkung beigetragen. (7) Der BGH hat insbesondere das umfassende Schweigerecht von Ärzten in Strafprozessen gestärkt. Entbindet ein Angeklagter nämlich einen Arzt nicht von der Schweigepflicht, so darf ihm (dem Angeklagten) eine solche Vorgehensweise im Strafverfahren nicht als belastendes Indiz angelastet werden.

Die Vorschrift des § 203 StGB hat in gekürzter Fassung folgenden Wortlaut:

„(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbe-

reich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis offenbart, das ihm als

1.

Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

...

(2) ... Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind.“

Zum Personenkreis:

Der strafrechtlichen Schweigepflicht unterliegen auch nichtärztliche Psychotherapeuten, Krankenschwestern, Hebammen, Masseure, Diätassistenten, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Rettungsassistenten, nicht jedoch Heilpraktiker.

Zu den berufsmäßig tätigen Gehilfen des Arztes gehören auch die Arzthelferinnen und das Krankenpflegepersonal.

Das Geheimnis:

Tatgegenstand ist ein Geheimnis, das einen anderen Menschen betrifft und das dem persönlichen Lebens- und Geheimbereich des Betroffenen angehört.

Das Geheimnis ist eine Tatsache, die nur einem einzelnen oder nur einem beschränkten Personenkreis bekannt ist und an deren Geheimhaltung der Betroffene ein schutzwürdiges Interesse hat. (3)

Die Tatsache muss geheim sein, also höchstens einem beschränkten Personenkreis bekannt sein.

Geheimnisse sind nicht nur Tatsachen und Umstände, die sich auf den Gesundheitszustand des Patienten beziehen. Zu den Geheimnissen gehören auch alle Gedanken, Meinungen, Empfindungen, Handlungen, die familiären, finanziellen sowie beruflichen Verhältnisse, an deren Geheimhaltung der Patient erkennbar ein Interesse hat. Hierzu gehört auch das sogenannte Drittgeheimnis. Rieger nennt folgendes Beispiel: der Patient berichtet dem Arzt, dass sein Nachbar sich einer Alkoholentziehungskur unterzogen habe. (4)

Zum schutzwürdigen Geheimnis gehört be-

reits der Name des Patienten sowie die Frage, ob überhaupt jemand den Arzt aufgesucht hat. Kein Geheimnis hingegen ist das, was offenkundig ist.

Schließlich muss der Betroffene ein Interesse an der Geheimhaltung haben. Es muss sich also sowohl objektiv als auch subjektiv um ein Geheimnis handeln.

Geschützt sind nur solche Geheimnisse, die dem Arzt in seiner Eigenschaft als Arzt – nicht dagegen als Privatmann – anvertraut wurden. Es muss also ein innerer Zusammenhang zur ärztlichen Berufstätigkeit – ein sogenannter berufsrechtlicher Konnex – vorhanden sein. Es kommt dabei allerdings nicht darauf an, ob ihm das Geheimnis in der Praxis, beim Hausbesuch oder auf der Straße übermittelt wurde. Entscheidend ist, dass er in seiner Eigenschaft als Arzt von dem Geheimnis erfuhr. Daran fehlt es, wenn der Arzt das Geheimnis gänzlich außerhalb seiner Berufsausübung bei privaten gesellschaftlichen Anlässen erfahren hat. (6) Die Abgrenzung dürfte im Einzelfall schwierig sein, so dass es sich im Zweifelsfalle empfiehlt zu schweigen.

Das Offenbaren:

Unter „Offenbaren“ ist die Weitergabe des Geheimnisses und seines Trägers an einen Dritten zu verstehen, dem die Tatsache noch nicht bzw. noch nicht sicher bekannt ist.

Das Anvertrauen bzw. sonst bekannt geben werden:

Anvertrauen bedeutet die Mitteilung eines Geheimnisses unter dem (ausdrücklichen) Siegel der Verschwiegenheit oder unter Umständen, aus denen sich diese Pflicht ergibt. (8) Es ist dabei unerheblich, ob die dem Arzt gegebene Information in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der erbetenen ärztlichen Behandlung steht. Die Schweigepflicht besteht auch, sofern sich der Patient in einem allgemeinen Gespräch über sonstige Sorgen und Nöte äußert. (9)

Auch auf sonstige Weise, zum Beispiel durch Dritte kann dem Arzt ein Geheimnis bekannt werden. Gleichgültig ist auch, ob der Arzt für den Patienten tätig wurde oder nicht. Sogar die Ablehnung einer Behandlung oder die Bitte um ein falsches Gesundheitszeugnis fallen unter die Schweigepflicht (10)

Unbefugt sein:

Die Offenbarung des Geheimnisses muss unbefugt sein. Ist der Arzt von der Schweige-

pflicht entbunden, dann stellt dies einen sogenannten Rechtfertigungsgrund dar, so dass das Offenbaren straflos ist.

Die einzelnen Rechtfertigungsgründe:

a) Einwilligung des Patienten:

Die Offenbarung des Geheimnisses ist befreit, wenn der Patient wirksam eingewilligt hat. Grundsätzlich ist die Einwilligung formlos möglich. Zur Schriftform der Einwilligung gem. § 4 Abs. 2 Satz 2 des BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) wird auf Ziff. 6 dieses Skriptes verwiesen.

b) Konkludente Einwilligung:

Die Einwilligung kann auch konkludent (stillschweigend) erteilt werden. Sofern für den Patienten beispielsweise in Fällen der Mit-, Weiter- und Nachbehandlung eine Koordination der einzelnen ärztlichen Maßnahmen zwischen den beteiligten Ärzten erkennbar unumgänglich ist, kann das stillschweigende Einverständnis des Patienten vorausgesetzt werden mit der Folge, dass die grundsätzlich auch zwischen den Ärzten bestehende Schweigepflicht aufgehoben ist. (11)

Konkludentes Einverständnis wird auch angenommen, wenn der Klinikarzt nach einer Einweisung dem Hausarzt berichtet. (12)

c) Mutmaßliche Einwilligung:

Kann sich der Patient beispielsweise infolge Todes, Bewusstlosigkeit oder Geistesschwäche nicht mehr äußern, so stellt sich die Frage der mutmaßlichen Einwilligung. Es geht hier um Fallgestaltungen, wo die ausdrückliche Einwilligung nicht (mehr) eingeholt werden kann und auch keine stillschweigende (konkludente) Einwilligung vorliegt.

Sofern es möglich ist, die Einwilligung des Patienten einzuholen, muss das geschehen! Der Arzt kann sich also nicht auf die mutmaßliche Einwilligung des Patienten berufen, wenn er nicht zuvor – d. h. vor dem Offenbaren des Geheimnisses – versucht hat, die Einwilligung des Patienten einzuholen.

Bei der Annahme der mutmaßlichen Einwilligung werden zwei Fälle unterschieden. Der erste Fall ist die oben geschilderte Situation, dass der Patient nicht rechtzeitig befragt werden kann. (weiterer Beispielfall: Polizei wendet sich an den Arzt und teilt mit, dass der Patient entführt wurde. Die Polizei benötigt Informationen, die zur Befreiung des Patienten aus seiner misslichen Lage dienen. Hier

kann der Arzt den Patienten nicht befragen, der Patient würde jedoch mutmaßlich damit einverstanden sein, dass alles getan wird, um ihm zu helfen und zu befreien). Die zweite Fallgestaltung besteht darin, dass der Patient zweifelsfrei und erkennbar überhaupt kein Interesse an der Wahrung des Geheimnisses hat. (13)

d) rechtfertigender Notstand gem. § 34 StGB:

Ein Offenbarungsrecht besteht für den Arzt auch dann, wenn diese zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Darüber hinaus muss die Offenbarung ein angemessenes Mittel zur Gefahrenabwehr darstellen.

Der § 34 StGB hat (gekürzt) folgenden Wortlaut:

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich, einem Angehörigen oder einer anderen ihm nahestehenden Person abzuwenden, handelt ohne Schuld...“

Voraussetzung für die Anwendung der Bestimmung des § 34 StGB ist, dass das geschützte Rechtsgut (z.B. Gesundheit oder Leben) das beeinträchtigende Rechtsgut (die ärztliche Schweigepflicht) wesentlich überwiegt und der Eingriff zur Abwehr einer gegenwärtigen Gefahr zwingend notwendig ist. Das kann zum Beispiel die Anzeige einer Person zur Verhinderung einer bevorstehenden Straftat nach erfolgreichem Versuch sein, den Täter von der Tat abzuhalten. (14)

Dabei ist stets der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten, so dass vom Arzt eine Güterabwägung vorgenommen werden muss. Das Strafverfolgungsinteresse der Polizei bezüglich bereits begangener – also zurückliegender Delikte (die dem Patient zu Last gelegt werden), rechtfertigt die Verletzung der Schweigepflicht grundsätzlich nicht. (15) Stets muss der Arzt selbst die Interessenabwägung vornehmen, was im Einzelfall für den Arzt äußerst schwierig sein kann.

e) Wahrung eigener Interessen:

Die Wahrung eigener Interessen kann es rechtfertigen, dass der Arzt notwendige Angaben zur Krankheit sowie zur Behandlung des Patienten macht.

Es sei zum Beispiel an die gerichtliche Gel-

tendmachung einer ärztlichen Honorarforderung gedacht. Darüber hinaus muss der Arzt die Möglichkeit haben, sich gegen die Ehre kränkende und beleidigende Behauptungen schützen zu können, wobei hier Zurückhaltung geboten ist.

Schließlich muss er sich auch gegen strafrechtlich relevante Vorwürfe, zum Beispiel fahrlässige Tötung oder fahrlässige Körperverletzung zur Wehr setzen können. Gleiches gilt für die in der Praxis viel häufiger vorkommenden Zivilverfahren, in denen sich der Arzt dem Vorwurf eines Aufklärungs- oder Behandlungsfehlers ausgesetzt sieht und der Patient Schadenersatzansprüche beim Zivilgericht geltend macht.

f) besondere Rechtfertigungsgründe:

Die Offenbarung des Patientengeheimnisses ist zulässig, wenn sie zur Erfüllung einer gesetzlichen Offenbarungspflicht erfolgt. Rieger nennt folgende Beispiele:

1. §§ 6 bis 15 IfSG (Infektionsschutzgesetz, früher Bundesseuchengesetz):

Verpflichtung des Arztes, Erkrankungen oder Infektionen auf Grund von meldepflichtigen Krankheitserregern dem Gesundheitsamt mitzuteilen;

2. § 18 Abs. 1 SchKG (Schwangerschaftskonfliktgesetz):

Diese Bestimmung verlangt eine Auskunftspflicht der Inhaber von Arztpraxen und der Leiter von Krankenhäusern über die Zahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche;

3. §§ 138, 139 Abs. 3 StGB (Strafgesetzbuch):

Geplante nicht bereits begangene schwere Verbrechen – und zwar nur die im o. g. Gesetz genannten – sind, dass heißt müssen, angezeigt werden.

Die oben genannten Bestimmungen betreffen im wesentlichen folgende Delikte, wobei im Einzelfall der genaue Gesetzeswortlaut überprüft werden muss, bevor der Arzt das Geheimnis offenbart:

- Vorbereitung eines Angriffskrieges
- Hochverrat
- Landesverrat
- Geld- oder Wertpapierfälschung
- schwerer Menschenhandel
- Mord, Totschlag oder Völkermordstraf-taten gegen die persönliche Freiheit

- Raub oder räuberische Erpressung
- bestimmte gemeinschaftliche Straftaten zum Beispiel gemeinschaftliche Brandstiftung.

Der § 139 Abs. 3 StGB befasst sich mit der Strafflosigkeit der Nichtanzeige in bestimmten Fällen. Wer nämlich eine Anzeige unterlässt, obwohl er Anzeige erstatten müsste, der ist dann straffrei, wenn er sich ernsthaft bemüht hat, den Täter von der Tat abzuhalten oder den Erfolg abzuwenden, es sei denn es handelt sich um schwerste Verbrechen, wo sich der Arzt auch dann nicht auf Straffreiheit berufen kann, obwohl der die o.g. Bemühungen unternommen hat. Strafanzeige ist stets bei folgenden geplanten Straftaten zu erstatten:

- Mord oder Totschlag (§§ 211 oder 212)
- Völkermord in den Fällen des § 220 a Abs. 1 Nr. 1 oder
- erpresserischer Menschenraub (§ 239 a Abs.1), Geiselnahme (§ 239 b Abs. 1) oder Angriff auf den Luft- und Seeverkehr (§ 316 c Abs. 1) durch eine terroristische Vereinigung (§ 129 a).

4. Schweigepflicht und die ärztliche Berufsordnung

Jede Ärztekammer hat als Körperschaft des öffentlichen Rechts bestimmte Rechte und Pflichten. Dazu gehört auch die Pflicht, Satzungen zu erlassen. Die für die Ärzte wichtigste Satzung ist die Berufsordnung. Die Berufsordnungen der einzelnen Ärztekammern ähneln sich, sind jedoch nicht identisch. Die Kammerversammlung der jeweiligen Länderkammer entscheidet darüber, ob sie den empfohlenen Wortlaut der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer übernimmt oder kammer-spezifisch eigene Regelungen schafft.

Die Bestimmung des § 9 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer hat folgenden Wortlaut, der mit dem Wortlaut der Musterberufsordnung identisch ist:

- (1) *Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.*
- (2) *Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum*

Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht des Arztes einschränken, soll der Arzt den Patienten darüber unterrichten.

(3) *Der Arzt hat seine Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.*

(4) *Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist."*

Der vollständige Wortlaut der Berufsordnung ist jederzeit abrufbar unter www.slaek.de/ordnung/berufsort.htm. Darüber hinaus sind auf der Homepage der Bundesärztekammer die Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis verfügbar. (**Internetadresse: [www. bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)**).

Die in der Berufsordnung enthaltene Vorschrift zur Schweigepflicht stellt eine der zentralen Vorschriften des ärztlichen Standesrechts dar. (16)

Der Wortlaut des § 203 Abs. 1 StGB stimmt nicht voll inhaltlich mit dem Wortlaut des § 9 Berufsordnung überein. Der § 203 Abs. 1 StGB stellt nur das unbefugte Offenbaren eines Geheimnisses unter Strafe, während nach § 9 alles, was dem Arzt anvertraut oder auf sonstige Weise bekannt wurde, sanktioniert. Der Wortlaut geht also weiter, jedoch soll der strafrechtliche Geheimnisbegriff als Leitlinie herangezogen werden. (17)

Die o. g. Strafnorm des § 203 StGB und die Norm des § 9 Berufsordnung stehen nebeneinander.

Die Verletzung der Schweigepflicht im Sinne des § 9 Berufsordnung stellt eine berufswürdige Handlung dar. Sie kann zu einer Ahndung durch das Berufsgericht für Heilberufe führen.

Ein Strafurteil hindert weder im Falle des Freispruchs noch im Falle der Verurteilung die Möglichkeit der berufsgerichtlichen Ahndung derselben Tat. Aufgrund des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit ist jedoch eine zusätzliche Sanktion durch ein Berufsgericht nur dann erlaubt, wenn ein sogenannter be-

rufsrechtlicher Überhang vorliegt, wenn also die Strafe basierend auf dem Strafgesetzbuch nicht ausreicht, um den beschuldigten Arzt zur Erfüllung seiner Pflichten anzuhalten und das Ansehen des Berufsstandes zu wahren.

5. Schweigepflicht und Zivilrecht

Die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht kann neben straf- oder berufsrechtlichen Konsequenzen zivilrechtliche Folgen haben. Verletzt der Arzt die Schweigepflicht gegenüber „seinem“ Patienten, so stellt sich die Frage, ob der Arztvertrag verletzt wurde. Ein Arztvertrag kommt nach heute überwiegender Meinung sowohl mit dem Privatpatienten zustande als auch mit dem Kassenpatienten. Die schuldhaftige Verletzung einer Pflicht des Arztvertrages kann unter dem Gesichtspunkt der positiven Vertragsverletzung Schadenersatzansprüche begründen. (19) Es wurde bereits ausgeführt, dass die Einhaltung der Schweigepflicht eine sogenannte vertragliche Nebenpflicht des Arztvertrages ist.

Ähnlich wie bei der Arzthaftung existiert neben der vertraglichen Haftungsschiene auch die Schiene der deliktischen Haftung. Klassische Fälle deliktischer Haftung sind Verkehrsunfälle. Der Verkehrsunfallverursacher und das Verkehrsunfallopfer schließen keinen Vertrag ab, bevor es zum Unfall kommt. Trotzdem haftet der Unfallverursacher gegenüber dem Opfer des Unfalles. Rechtsgrundlage sind die deliktischen Bestimmungen der §§ 823 Abs. 1 BGB wegen Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts sowie 823 Abs. 2 BGB i.V.m. § 203 Abs. 1 StGB wegen Verletzung eines sogenannten Schutzgesetzes. Stets muss es sich um eine schuldhaftige Verletzung der Schweigepflicht handeln, wobei im Gegensatz zum Strafrecht Fahrlässigkeit genügt, um die Haftung begründen zu können. In bestimmten gesondert gelagerten Fällen sind auch zivilrechtliche Unterlassungsklagen denkbar.

6. Schweigepflicht und Datenschutz

In der Bundesrepublik existiert ein Bundesdatenschutzgesetz. Darüber hinaus existieren in den Ländern Landesdatenschutzgesetze, die Behörden und öffentliche Stellen der Länder und Gemeinden erfassen.

Das BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) ist einschlägig für alle privaten und freien gemeinnützigen Krankenhäuser und Kliniken, für

den betriebsärztlichen Dienst in privaten Unternehmen, für überbetriebliche arbeitsmedizinische Dienste in privater Trägerschaft und für alle Arztpraxen. (20)

Die folgenden Ausführungen befassen sich – da es um die Praxis des niedergelassenen Arztes geht – ausschließlich mit dem BDSG.

Die ärztliche Schweigepflicht und die datenschutzrechtlichen Vorschriften existieren nebeneinander (Parallelgeltung).

Es ist zunächst davon auszugehen, dass das BDSG auch auf medizinische Daten Anwendung findet. Sowohl manuell geführte als auch computermäßig erfasste Patientendaten fallen unter das Gesetz. (21)

Das BDSG schützt personenbezogene Daten. Die Verarbeitung personenbezogener Daten und deren Nutzung ist zulässig, wenn sie durch

Gesetz erlaubt oder durch Einwilligung des Patienten gedeckt ist. (22)

Die Datenerhebung und Datenspeicherung basieren auf dem Grundsatz der Erforderlichkeit. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Freiwilligkeit gewährt wird. Niemand kann dazu gezwungen werden, dass Daten erhoben und gespeichert werden. Bei diesem juristischen Ansatz ist jedoch zu beachten, dass die Funktionstüchtigkeit des Praxisbetriebes gewährleistet sein muss, ganz abgesehen davon, dass die Erhebung und Speicherung von Daten auch dem Patienten zugute kommt, da der Arzt nur Daten erheben wird und erheben darf, die zur Erfüllung des Arztvertrages erforderlich sind.

Schlund weist darauf hin, dass die Übermittlung von Daten, die dem Gebot des § 203

Abs. 1 StGB unterliegen würden, in der Regel nur basierend auf der schriftlichen Einwilligung des Patienten zulässig sei. (22) Hier ist natürlich zu beachten, dass insbesondere bei der Behandlung von Kassenpatienten verschiedene datenschutzrechtliche Vorschriften des SGB dem Datenschutzrecht vorgehen. So haben beispielweise die Leistungserbringer (Ärzte) gem. § 295 SGB V gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen die Pflicht, die dort genannten Abrechnungsdaten aufzuzeichnen und zu übermitteln.

Die bevorstehenden gesetzlichen Entwicklungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform werden auch Bereiche tangieren, die sich mit dem Datenschutz befassen, so dass die künftige Gesetzgebung zu beachten sein wird.

7. Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht

Die ärztliche Schweigepflicht und das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes sind zwar miteinander verknüpft, aber nicht identisch. Die maßgebliche Bestimmung für den Strafprozess ist § 53 StPO (Strafprozessordnung), für den Zivilprozess ist § 383 ZPO (Zivilprozessordnung) heranzuziehen.

Die Reichweite der Bestimmungen ist bereits unterschiedlich. So haben Geistliche und Journalisten ein Zeugnisverweigerungsrecht, unterliegen jedoch nicht der Schweigepflicht im Sinne des § 203 StGB. Sozialarbeiter und Eheberater hingegen unterliegen der Schweigepflicht gem. § 203 StGB, jedoch steht ihnen kein Zeugnisverweigerungsrecht zur Seite. (23) Der Arzt hat ein prozessuales Zeugnisverweigerungsrecht, auf das er sich berufen darf, aber nicht berufen muss. Im Zweifel wird sich der Arzt auf sein Zeugnisverweigerungsrecht berufen müssen, will er nicht Gefahr laufen, ein Geheimnis unbefugt zu offenbaren.

Wenn der Patient den Arzt von der Schweigepflicht entbindet, dann ist dieser gem. § 53 Abs. 2 StPO verpflichtet, auszusagen. Der Arzt handelt dann auch nicht unbefugt.

8. Einzelfragen

8.1. Schweigepflicht des ärztlichen Gutachters

Die ärztliche Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch für den Gutachter.

Hier soll die Tätigkeit des Gerichtssachverständigen und die Tätigkeit des privat beauftragten Sachverständigen getrennt erörtert werden.

a) Gerichtssachverständiger:

Der Arzt wird als Gerichtssachverständiger nicht als Helfer des Kranken tätig, sondern als Helfer des Gerichtes. Der Arzt, der in dieser Funktion an die zu begutachtende Person herantritt, muss dies zu erkennen geben. Er darf die in dieser Funktion erhobenen Befunde im Gutachten nicht verschweigen, was einer der Gründe dafür ist, dass behandelnder Arzt und Gutachter nicht zusammenfallen sollten. (24)

Baer weist bei der Erstellung psychiatrisch-psychologischer Gutachten ausdrücklich darauf hin, dass der Proband bereits am Anfang der Exploration ausdrücklich darauf hinzu-

weisen sei, dass der Gutachter nicht der gewohnte Hausarzt ist, sondern alle Angaben, soweit sie für die Begutachtung von Bedeutung sind, mitgeschrieben werden und diese Angaben in dem schriftlich zu erstellenden Gutachten wieder auftauchen. (27)

Gegenüber dem Gericht, das den Gutachter beauftragt hat, ist die Schweigepflicht durchbrochen, sofern es sich um Erkenntnisse handelt, die der Sachverständige im Rahmen seines Gutachtauftrages erlangt. (25) Im übrigen gilt sie auch für den Gerichtsgutachter gegenüber jedermann, es sei denn, es handelt sich um offenkundige bzw. in öffentlicher Verhandlung erörterte Tatsachen.

Darüber hinaus gilt die Durchbrechung der Schweigepflicht gegenüber dem Gericht nur für das Verfahren, welches Gegenstand des gerichtlichen Auftrages war, nicht jedoch für spätere andere Verfahren (26)

b) Privatgutachter

Die Schweigepflicht des privat beauftragten Sachverständigen ergibt sich aus dem mit dem Auftraggeber abgeschlossenen Vertrag. Sie stellt eine sogenannte vertragliche Nebenpflicht dar. Gegenüber seinem Auftraggeber hat der Sachverständige naturgemäß nicht zu schweigen. Der Auftraggeber will zum Beispiel vom Arzt ein Gutachten, das ein ggf. fehlerhaftes oder unvollständiges Gerichtsgutachten erschüttern soll. Diese Gutachten wird der Sachverständige seinem Auftraggeber zukommen lassen, seine Rechnung beifügen und im übrigen gegenüber jedermann schweigen. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Auftraggeber den Gutachter anweist, das in seinem Auftrag erstellte Gutachten einem Dritten, beispielsweise einer Versicherungsgesellschaft zukommen zu lassen.

8.2. Schweigepflicht bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Auch Minderjährige haben ein berechtigtes Geheimhaltungsinteresse. Sofern der Minderjährige das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass der Arzt die Eltern in vollem Umfang zu unterrichten hat. (28)

Ab dem vollendeten 14. Lebensjahr ist das Geheimhaltungsinteresse grundsätzlich zu akzeptieren.

Selbstverständlich kann der Minderjährige den Arzt von der Schweigepflicht entbinden. Der Minderjährige muss jedoch die erforder-

liche Urteils- und Einsichtsfähigkeit besitzen, ansonsten müssen die gesetzlichen Vertreter (regelmäßig die Sorgeberechtigten) den Arzt entbinden. (29)

8.3. Schweigepflicht des psychiatrisch tätigen Arztes

Generell trifft den Arzt bei der Behandlung einer geistigen Erkrankung die gleiche Schweigepflicht wie bei der Behandlung anderer Krankheiten. In der Psychiatrie werden dem Arzt jedoch gewisse Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht zuerkannt. So ist es erlaubt oder sogar geboten, einen Dritten zu warnen, dem vom Patienten Gefahr droht. (30) Zunächst ist dem Patienten jedoch die Gefährlichkeit seines Tuns vor Augen zu halten. Der Arzt soll dem Patienten selbiges untersagen. Erst dann, wenn der Kranke sich nicht an sein Verbot hält, darf der Arzt tätig werden (31), um der bestehenden Gefahr entgegenzuwirken. Der Arzt wird auch in solchen kritischen Fällen eine Güterabwägung vornehmen müssen. Die Schweigepflicht und die drohende Gefahr für den Patienten selbst oder für Dritte sind miteinander abzuwägen.

8.4. Schweigepflicht und Informationsanspruch des Patienten

Die ärztliche Schweigepflicht gilt nicht im Verhältnis zum eigenen Patienten. Folglich ist auch ein Recht des Patienten auf Einsicht in die Krankenunterlagen und auf Herausgabe von Kopien zu bejahen.

Ein berechtigtes Interesse ist bereits beim Behandlungswechsel anzunehmen bzw. bei der Prüfung von Ansprüchen wegen möglicher Fehlbehandlung.

Der Bundesgerichtshof hat das Einsichtsrecht auf Aufzeichnungen über objektiv physische Befunde und Berichte über Behandlungsmaßnahmen beschränkt. Subjektive Wertungen des Arztes und die Wiedergabe persönlicher Eindrücke sollen nicht dazu gehören. (33)

Sofern keine schutzwürdigen Interessen des Patienten, des Arztes oder Dritter im Raum stehen, hat auch ein psychiatrisch behandelter Patient Einsicht in die Krankenunterlagen. (34)

8.5. Postmortale Schweigepflicht

Der Arzt ist auch nach dem Tod des Patienten zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Die ärztliche Schweigepflicht kann allerdings durch eine ausdrückliche oder stillschweigende Willensäußerung des Verstorbenen zu Lebzeiten oder durch dessen mutmaßliche Einwilligung aufgehoben sein, so dass der Arzt zu einer gewissenhaften Prüfung verpflichtet ist. Dem Arzt bleibt ein durch die Gerichte nur begrenzt nachprüfbarer Entscheidungsspielraum (35). Geht es um die Frage der Testierfähigkeit, so geht das wohlverstandene Interesse des verstorbenen Patienten nicht dahin, seine Testierunfähigkeit zu verbergen. Das Interesse des Verstorbenen ist darauf gerichtet, dass sein schriftlich niedergelegter Wille erfüllt wird, so dass sich die Verschwiegenheitspflicht nach herrschender Ansicht nicht auf die Testierfähigkeit beziehen soll (36).

8.6. Schweigepflicht und Praxisveräußerung

Der Bundesgerichtshof verlangt vom Praxisveräußerer vor Weitergabe der Patientendokumentation an einen Nachfolger die Einholung der Zustimmung des Patienten. (37) Insbesondere wird ein ganzer Übergabe-/Übernahmevertrag nichtig, wenn sich der Verkäufer zur Übertragung der Patientenkartei an den Käufer ohne Einwilligung der Patienten verpflichtet. Brauchbare Hinweise für die Vertragsgestaltung sind in den „Münchner Empfehlungen zur Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht bei Veräußerung einer Arztpraxis“ nachzulesen. (abzufragen bei der Ärztekammer, veröffentlicht in MedR 1992, 207 ff.)

8.7. Schweigepflicht gegenüber der GKV und PKV

a) GKV

Bereits mit der Aushändigung der Chip-Karte gibt der Patient zu erkennen, dass er mit der Weitergabe aller für die Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkasse erforderlichen Tatsachen einverstanden ist (§ 60 SGB I). Die Offenbarung muss sich allerdings auf das Notwendige beschränken. Die Vorlage vollständiger ärztlicher Aufzeichnungen wird als unzulässig angesehen. (38)

b) PKV

Bei Anfragen von privaten Krankenversicherungen, aber auch privaten Unfallversicherungen und privaten Lebensversicherungen ist Zurückhaltung geboten, da die mit Abschluss des Versicherungsvertrages vom Patienten unterschriebene generelle Entbindung von der Schweigepflicht rechtlich als unwirksam angesehen wird. Sicherheitshalber sollte der Arzt sich vom Patienten von der Schweigepflicht entbinden lassen bzw. erforderliche Auskünfte direkt dem Patienten zukommen lassen. Es ist dann Sache des Patienten, die erbetene ärztliche Auskunft weiterzuleiten oder dies zu unterlassen.

8.8 Schweigepflicht unter Ärzten

Es ist darauf zu achten, dass vom Grundsatz her die Schweigepflicht auch unter Ärzten besteht. Davon zu trennen ist von vornherein die Behandlung in einem Krankenhausteam oder innerhalb einer Gemeinschaftspraxis, wo von einem stillschweigenden Einverständnis des Patienten auszugehen ist. (39) Auch bei einer Weiter- und Nachbehandlung des Patienten durch einen anderen Arzt ist die Schweigepflicht gelockert oder aufgehoben (40).

Holt der Patient, der bei einem Arzt in Behandlung ist, bei einem anderen Arzt eine Zweitmeinung ein, so ist im Zweifelsfall davon auszugehen, dass der Patient gerade nicht daran interessiert ist, dass sich die Ärzte untereinander austauschen.

Gekürzte Vortragsfassung anlässlich der zweiten Veranstaltung des Dresdner Medizinrechtsforums für Ärzte am 4. 6. 2003

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Michael Kirsch
Facharzt für Psychiatrie und Neurologie
Friedrichstraße 16, 01067 Dresden
Dr. Jürgen Trilsch
niedergelassener Rechtsanwalt
Erna-Berger-Straße 5, 01097 Dresden

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon 0351 8267-0
Telefax 0351 8267-412
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-351
Telefax 0351 8267-352

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Käthe-Kollwitz-Straße 60, 04109 Leipzig
Telefon 0341 22555-0, Telefax: 0341 22555-25
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Herstellungsleitung: Elma Böttcher
Anzeigenleitung: Kristin Böttger
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Z. Zr. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom 1.1.2003 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise
Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 7,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementsgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

Mensch und Landschaft Reinhard Springer

Ausstellung



„Hockender“, 1990

Gekrümmt, kauernd oder eng zusammenge-
rollt, dazu ein Blick, der den Betrachter im
tiefsten Inneren trifft – von Menschen mit
Behinderungen. Gemalt wurden sie von
Reinhard Springer. Dem schwierigen Thema
nähert sich der Künstler mit den Erfahrungen
aus seiner Zeit als Pfleger einer diakonischen
Einrichtung. Zu sehen sind diese Arbeiten in
einer Ausstellung der Sächsischen Landes-
ärztekammer zusammen mit grob gezeichneten,
erdigen Landschaften, welche in Licht
und Farbe an einen Sommertag nach dem Re-
gen erinnern. Ein Sonnenstrahl, und es beginnt
zu leuchten.

Reinhard Springer, Jahrgang 1953, hat nach der
Oberschule verschiedene Tätigkeiten als Tech-
nischer Zeichner und Vermessungstechniker
ausgeübt, bevor er 1976 bis 1985 ein Abend-
studium an der Hochschule für Bildende
Künste in Dresden absolvierte. Das Studium
unterbrach er zugunsten seiner Arbeit als
Pfleger im Katharinenhof Großhennersdorf.

Dorthin zog es ihn später auch wieder für
Studien zurück. Es entstanden in dieser Zeit
Grafikfolgen, so unter anderem die „Bege-
gnungen mit Behinderten“. Seit 1990 gewin-
nen die Landschaften an Bedeutung. In der
Auseinandersetzung mit verschiedenen Ar-
beitstechniken, wie Radierung, Algraphie und
Mischtechnik auf Papier wird Bornholm zum
bevorzugten Motiv.

kö

Ausstellung:

16. September bis 17. November 2003

Geöffnet:

Mo. - Fr. 9.00 bis 18.00 Uhr

Vernissage:

18. September 2003, 19.30 Uhr

Einführung:

Frau Dr. phil. Ingrid Koch,

Kulturjournalistin

Ausstellungen

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer

Samariter – Arzt und Patient in der Kunst

Grafische Arbeiten aus der
Sammlung des Instituts für
Geschichte der Medizin der
Technischen Universität Dresden
und aus Hamburger Privatbesitz
bis 15. September 2003

Reinhard Springer
Mensch und Landschaft
Bilder

16. September bis
17. November 2003

Vernissage:

Donnerstag, 18. September 2003,
19.30 Uhr

Laudatio: Dr. phil. Ingrid Koch,
Kulturjournalistin, Dresden

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Landschaften – Pastelle und Ölbilder von Jochen Fiedler

17. September 2003 bis 8. Januar 2004

Vernissage:

Mittwoch, 17. September 2003,
19.00 Uhr

Internetecke

Deutsche Hochdruckliga zur aktuellen Dis-
kussion über die „**medikamentöse Hoch-
drucktherapie**“

Die Stellungnahme der Deutschen Hoch-
druckliga zur aktuellen Diskussion über
die „medikamentöse Hochdrucktherapie“
kann im Internet unter:

www.hochdruckliga.info/dec12003.htm
aufgerufen werden.

2. Leipzig Research Festival

Leipzig, 24. 8. 2003

Das 2. Leipzig Research Festival, das vom
Interdisziplinären Zentrum für Klinische
Forschung (IZKF), der Fakultät für Medizin
und der Fakultät für Biowissenschaften, Phar-
mazie und Psychologie gemeinsam veran-
staltet wird, soll allen „Life Science“ Wis-
enschaftlern aus Leipzig und Umland die Mög-
lichkeit eröffnen, ihre Forschungsergebnisse in
Form von Postern zu präsentieren. Die besten
Poster werden prämiert. Willkommen sind

Gruppen aus der Medizin und den Biowissen-
schaften, ebenso aus anderen „Life Science“
Themengebieten, unter anderem aus der Psy-
chologie, Pharmazie, Chemie, Tiermedizin,
Physik, Informatik und anderen Bereichen.
Die Posterpräsentation wird im Max-Bürger-
Forschungszentrum, Johannisallee 30, 04103
Leipzig, am 24. Oktober 2003 von 13.00 bis
17.00 Uhr stattfinden. Die Teilnahme ist kos-
tenlos.



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** 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.

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

Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

■ Bezirksstelle Chemnitz

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C053

Annaberg

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 03/C054

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Chirurgie
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 03/C055

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 25. 9. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C056

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 10. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Meißen

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 03/D053
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 03/D054

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26. 9. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Diagnostische Radiologie
Reg.-Nr. 03/D055

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/D056

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/D057

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/D058

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 10. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipziger Land

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 03/L024

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 10. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Dezember 2003
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Teil einer Gemeinschaftspraxis
geplante Praxisabgabe: Dezember 2003

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Oktober 2004

Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 243 21 53.

KVS Landesgeschäftsstelle

Die Zeitzeugen werden weniger

D. Palitzsch

Hansisches Verlagskontor Lübeck

ISBN 3-87302-101-3

Preis: 14,90 Euro

Die sächsische Medizin der Nachkriegsjahre in einer Lebensgeschichte

Einer der bekanntesten zeitgenössischen Kinderärzte Deutschlands hat unter dem Titel „Zeitzeugen werden weniger“ seine Lebensgeschichte aufgeschrieben. Im Vorwort heißt es: „Ich hatte das Glück, sieben Jahrzehnte an dieser Erlebnis- und Geschichtenfolge teilzunehmen.“ Beim Lesen des Buches stellt sich sehr schnell heraus, dass es für uns alle ein Glück ist, dass die Erlebnisse und Geschichten aufgeschrieben wurden.

Palitzsch, Nachfahre des berühmten Bauernastronomen aus Prohlis, wurde in Chemnitz geboren. Er erlebt dort eine zunächst glückliche, aber aufregende Kindheit und Jugend. Neben Freude an sportlicher Betätigung wie Reiten, Tennisspiel und Schilaufen, wird er auch an Musik und Malerei herangeführt. Unter anderen lernt er dabei den Brückemaler Schmidt-Rottluff persönlich kennen. Erinnerungen an die Reichskristallnacht und der Einsatz als Flakhelfer in Böhmen trüben jedoch die Idylle.

Die Nachkriegsjahre bringen ihm, wie vielen seiner Zeitgenossen, fast unerträgliche psychische Belastungen. Seine Mutter wird in das

Polizeipräsidium bestellt und von dort ohne ersichtlichen Grund in das Internierungslager Mühlberg an der Elbe deportiert. Einer Zwangsarbeit im erzgebirgischen Uranbergbau entgeht er durch einen illegalen Aufenthalt in Berlin, wo er ohne Immatrikulation Kunst und Psychologie studiert und mit Trick schließlich an der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität landet. Allen älteren Kollegen werden seine Schilderungen der Professoren Sauerbruch, Stieve, Stöckel und Brugsch viel Freude bereiten. Mit dem Wechsel zur neugegründeten Freien Universität beginnt seine Wanderung zwischen Ost und West, denn in West-Berlin erreicht ihn ein Brief des Gesundheitsministeriums der DDR, in ihm wird angekündigt, dass bei einer Aufnahme seiner ärztlichen Tätigkeit in Chemnitz, seine Mutter aus der Haft entlassen wird. Natürlich geht er auf dieses erpresserische Angebot im Interesse seiner Mutter ein und arbeitet nach seinem Staatsexamen im Bezirkskrankenhaus Karl-Marx-Stadt.

Die damaligen Verhältnisse im DDR-Gesundheitswesen werden von ihm so treffsicher beschrieben, dass jeder, der diese Zeit miterlebt hat, an eigene Erfahrungen denkt. Die Arbeit der Ärzte in Klinik und Poliklinik, der chronische Bettenmangel wegen insuffizienter ambulanter Behandlung, der Zwang zur Improvisation wegen fehlender medizintechnischer Geräte, aber auch die allgemeine Le-

bensituation in der DDR werden so brillant geschildert, dass sie fast dokumentarischen Charakter erreichen. Episoden über Chemnitzer Ärzte wie Prof. Schierge, Prof. Häßler, Priv.-Doz. Rau oder Oberarzt Fuchs klingen aus heutiger Sicht lustig, damals erhellten sie die Tristesse des ärztlichen Alltages.

Als Palitzsch Untersuchungen über die Leukämiehäufigkeit bei Kindern in den sächsischen Uranbergbaugebieten anstellt, gerät er in Konfrontation zu den staatlichen Organen und bleibt schließlich anlässlich einer Kongressreise mit seiner Familie in der Bundesrepublik.

Bereits bei seiner ersten Anstellung in einer Klinik merkt er, dass auch hier Sein und Schein nicht immer übereinstimmen. Nach den Stationen Datteln und Neuburg an der Donau landet er im hessischen Gelnhausen, hier führt er erfolgreich eine Klinik in enger Beziehung zur Niederlassung.

Palitzsch hat jahrzehntelang den Fortbildungsausschuss des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte geleitet und den Fortbildungskongress in Bad Orb aus der Taufe gehoben, der gerade nach der Wiedervereinigung für die ostdeutschen Kinderärzten von großer Bedeutung war.

Den sächsischen Ärzten kann das Buch zur Lektüre wärmstens empfohlen werden.

Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Kotte, Berbisdorf

Fachsprache der Medizin – Wissen ist Verstehen

Peter Schulze

LinguaMed-Verlags-GmbH

Neu-Isenburg 2003

ISBN 3-928610-42-2

Preis: 15,55 Euro

Ohne Fremdwörter kommt man bekanntlich nicht aus. In der medizinischen Fachsprache sind lateinische und griechische Termini nicht wegzudenken. Allerdings sind heute mehr und mehr englische Fachwörter gebräuchlich, aber diese haben ihre Wurzeln ebenso im Lateinischen. Nicht umsonst wird daher Latein als Mutter der Sprachen bezeichnet. Peter Schulze hat sich die Mühe gemacht, auf 176 Seiten verständlich lateinische und griechische Vokabeln für den alltäglichen Umgang in Klinik und Praxis aufzubereiten. Daraus resultiert auch der Untertitel „Wissen ist

Verstehen“. In der studentischen Ausbildung der Mediziner wird heute ein Latinum leider nicht mehr vorausgesetzt, und deshalb ist es umso erfreulicher an Hand dieses kleinen im Kitteltaschenformat erschienen Buches die Her- und Ableitung des Vokabulars mitzuerleben. Auch der geübte Fachspezialist wird ebenso wie der Berufsanfänger die farbig herausgehobenen Fachausdrücke und deren lateinische wie griechische Herkunft schnell erkennen und besonders bei der ärztlichen Korrespondenz dankbar sein, die Fehlerquote zu senken. Nicht zuletzt ist dieses Buch auch für das medizinische Hilfs- und Heilpersonal ein beachtlicher Zugewinn, schnell und umfangreich in die Materie der medizinischer Fachterminologie einzutauchen. Das Buch erhebt allerdings nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. In Anbetracht der großen Menge

der medizinischen Fachwörter, war es nicht möglich, alle Termini aufzunehmen. Das Buch gliedert sich deshalb mehr nach pragmatischen Gesichtspunkten. Das Schlagwortverzeichnis des Buches ermöglicht ein schnelles Auffinden der gesuchten Begriffe. Ein kleines Verzeichnis weiterer Fachlexika bzw. Wörterbücher am Ende des Büchleins wäre für den überaus interessierten und wissbegierigen Leser sicherlich willkommen gewesen und wird deshalb für eine nächste Auflage angeregt. Bis auf kleine Anomalien im Schriftsatz ist das Buch gut gelungen und kann einem großen Leser- und Nutzerkreis empfohlen werden.

Dr. Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis

Rehabilitation Amputierter Anforderungen – Methoden – Techniken

B. Greitemann, H. Bork, L. Brückner (Hrsg.)
unter Mitarbeit von Fachautoren
Gentner Verlag Stuttgart
Edition Technische Orthopädie
ISBN: 3-87247-557-6
Preis: 79,90 Euro

Den Herausgebern ist es gemeinsam mit den Fachautoren gelungen, einen guten und übersichtlichen interdisziplinären Leitfaden über die Rehabilitation Amputierter zu erarbeiten. Damit wurde eine große Lücke geschlossen. Angesprochen werden neben Orthopäden, Chirurgen und Gefäßchirurgen auch Rehabilitationsmediziner und Sozialmediziner, nicht zuletzt Orthopädiemechaniker, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Studenten der Medizin. Bei deren Ausbildung kommt das Kapitel der Amputationsmedizin in der Regel recht kurz weg.

Neben theoretischen Grundlagen wird spezifisches medizinisches Fachwissen in zehn Kapiteln abgehandelt. Ein Anhang, ein Adressenverzeichnis und ein Register runden das Buch ab. Aktuelle Literaturverweise finden sich jeweils am Ende eines stoffvermittelnden Abschnittes. Bei einer der nächsten Auflagen sollte vielleicht am Ende des Buches noch ein Glossar mit den wichtigsten Fachtermini zum schnellen Nachschlagen folgen. Auch ein Kapitel zu sozialmedizinischen Fragestellungen wie Krankenversicherung, Berufstätigkeit und Rentenversicherung würden das Buch noch interessanter gestalten.

Die Rehabilitationsmedizin hat sich im letzten Jahrzehnt zu einer Spezialität entwickelt. Daher ist es zu begrüßen, dass in diesem Fachbuch die Rehabilitation und die Amputation der unteren und oberen Extremitäten gemeinsam besprochen werden. Die Diktion ist in den beiden großen Kapiteln 3 und 4 (Amputation der unteren Extremitäten und Amputation der oberen Extremitäten) leider nicht immer ganz gleichmäßig. Dafür wird aber im Kapitel 5 die Begutachtung beim Amputierten sehr gut und einheitlich herausgestellt. Die besonderen Gegebenheiten der Beurteilung des Individuums als Ganzem bei Berücksichtigung der Funktions- und Fähigkeitsstörungen ist sehr gut gelungen.

Ein paar Wermutstropfen sind dennoch zu dem guten Fachbuch anzumerken. Einerseits werden dem Buch eine Vielzahl von Abbildungen beigelegt, um eine gewisse illustrative Abrundung zu geben. Andererseits sind diese im Schwarz-Weiß-Druck oft viel zu kleinen Bildern nicht aussagekräftig genug. Der Leser erkennt nur sehr schlecht die Darstellungen und was vermittelt werden soll. So sind nur als Beispiele die Abbildungen 3.2.1 Blue toe (auf Seite 40) oder 3.4.9 Oberschenkelstumpf mit ventraler kontrakter gefäßchirurgischer Narbe (auf Seite 75), wie auch die Abbildungen 3.16.11 (auf Seite 34) Stumpfallergie gegen Prothesenklebstoff und auch 4.10.15 (auf Seite 474) Griffumbauten am Mountainbike zu nennen. Weniger Bildchen und dafür mehr

Abbildungen in Farbgestaltung würden dem Buch größere Bereicherung geben. Auch die Interpunktion ist teilweise bei den vielfach komplexen Sätzen zu hinterfragen. Die Anwendung von Fremdsprachen ist weiterhin zu beanstanden. „Life before Limb“ steht neben Life before limb – but limb is life too! (Seite 59). Auch die „Chlorodont-Abbildung“ auf Seite 385 erscheint etwas antiquiert. Sie scheint noch aus dem letzten Jahrtausend zu stammen. Unter anderen sind auch Abteilungsfehler (Lupus erythematodes) Seite 42 und Druckfehler zum Beispiel auf Seite 485 (konventionell), um nur einige zu nennen, offenbar nicht bei der letzten Korrekturlesung entfernt wurden. Im Jahre 2002 wurde der Euro als offizielles Zahlungsmittel eingeführt. Da erscheint es besonders verwunderlich zum Beispiel auf Seite 546 noch mit DM-Haushaltseinkommen konfrontiert zu werden. Vielleicht hätte der Verlag einen kritischen Lektor beauftragen sollen. Das im Inhalt sonst so gute Buch wäre vor solchen Trivialfehlern bestimmt bewahrt geblieben.

Trotzdem wird der vorliegenden Neuerscheinung „Rehabilitation Amputierter“ große Verbreitung gewünscht. Die vielschichtigen Probleme der Rehabilitation amputierter Patienten wurde in fast allen Bereichen gut ausgeleuchtet und dargestellt.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis

Momentaufnahmen eines Chirurgen

B. Schyra
R.G.Fischer-Verlag Frankfurt/ Main 2003
ISBN 3-8301-0421-9
Preis: 18,00 Euro

Wohl jedem Chirurgen bleiben bestimmte Patientenschicksale aus dem ereignisreichen Alltag zeitlebens im Gedächtnis haften. Schyra beschreibt acht solche „Momentaufnahmen“ aus seiner reichen Erfahrung von

42 Berufsjahren, davon 29 als Chefarzt einer chirurgischen Abteilung eines Kreiskrankenhauses in oft schwierigen Zeiten. Die sachliche, stets spannende Schilderung gibt dem Leser einen Eindruck von der Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter, der belastenden Verantwortung des Chefs bei Entscheidung über Tod und Leben, oft in letzter Minute, wobei die Rückkehr zum Alltag die Freude über einen glücklichen Ausgang oft schnell ver-

gessen lässt, erfolglose Bemühungen, aber manchmal lebenslang in der Erinnerung haften. Mit den acht, zum Teil humorvollen, ein erfülltes Chirurgenleben widerspiegelnden Episoden werden Ärzte wie medizinische Laien gleichermaßen unterhalten und zum Nachdenken angeregt. Das Buch kann vorbehaltlos empfohlen werden.

Prof. R. A. Gläser

Adrian Ludwig Richter (1803 bis 1884) und seine Augenerkrankung

Zum
200. Geburtstag



Abb. 1: Ludwig Richter 1827

Ludwig Richter, ein bedeutender deutscher Maler der Romantik, wurde am 28. September 1803 in Dresden geboren und starb am

19. Juni 1884 in Loschwitz bei Dresden. (Abb. 1). Sein Name ist neben Caspar David Friedrich, Carl Spitzweg, Moritz v. Schwind und anderen großen Romantikern Deutschlands sehr bekannt und berühmt. Richter lebte hauptsächlich in Dresden. In jüngeren Jahren wirkte er als Zeichenlehrer in der Meißner Porzellanmanufaktur.

Seine Bilder sind stets friedvoll und anmutig. Landschaften mit Personendarstellungen schlichter einfacher Leute oder direkt Motive aus dem Volksleben.

Ludwig Richters Tätigkeit auf dem weitem Felde der Kunst lag auf dem Gebiet der Landschaft und der Illustration. Gemälde von ihm sind von Sachsen aus in fast allen großen deutschen Museen zu finden; Dresden: Galerie Neuer Meister, München: Neue Pinakothek, Berlin: Nationalgalerie, Museum in

Berlin-Dahlem, Leipzig: Museum der bildenden Künste, Hannover: Landesmuseum, Hamburg: Kunsthalle, Essen: Museum Volkwang, Frankfurt/Main: Städtisches Kunstinstitut und in Chemnitz: Städtische Kunstsammlung.

Seinen über 2600 Holzschnittzeichnungen aber verdankt er seinen hohen Bekanntheitsgrad und seine volkstümliche Beliebtheit. Die Darstellungen in illustrierten Büchern und Zeitschriften drangen durch die hohen Auflagen in die Familien und damit auch in die Herzen ein. Kunstkenner bezeichnen die Tätigkeit Richters als eine gemalte Mozartmusik, ein Schwingen und Tönen schöner Landschaft in freundlicher Weise belebt von Mensch und Tier.

Die Belebung der Landschaften Richters durch Mensch und Tier verlor aber bei ihm immer mehr an Bedeutung. Die Landschaft trat in den Hintergrund und schließlich hat er als



Abb. 2: Titelblatt zu Bechsteins Märchen 1857



Abb. 3: Titelblatt zu „Die Spinnstube“ 1851



Abb. 4: Kindersymphonie 1858



Abb. 5: Weihnachtslied vom Turm 1855

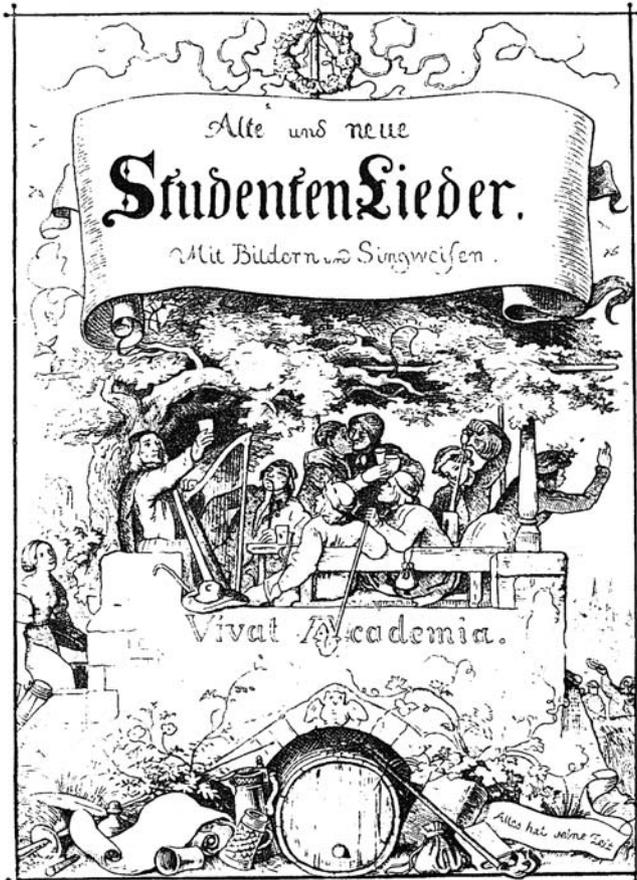


Abb. 6: Titelblatt zu „Alte und neue Studentenlieder“ 1844



Abb. 7: Die Schule ist aus 1864

Illustrator seine Bücher vorwiegend mit liebenswerten Menschen und Tieren bereichert. Die zahlreichen Holzschnitte Richters brachten ihm Ruhm in ganz Deutschland. Er illustrierte Goethes „Reinecke Fuchs“, war tätig für die Hefte und Bücher „Geschichte des Deutschen Volkes“, „Volksmärchen der Deutschen“, „Alte und neue Studentenlieder“. Auch für Zeitschriften: „Fürs Haus“, „Der Sonntag“, „Die Gartenlaube“, „Unser tägliches Brot“, und andere zeichnete er und damit wurde der vielbeschäftigte sächsische Ludwig Richter zum deutschen Volkskünstler und für die damalige Biedermeierzeit war er der Bildermann für deutsche Art und Sitte. (Abb. 2 bis 7)

Nach 1859 wurden von Richter in seinen Lebenserinnerungen Augenbeschwerden beschrieben, er klagt über verschwommenes Sehen und müde Augen. Bei seinem letzten großen Ölgemälde um 1859 geht schon die Arbeit langsamer voran und fällt ihm schwerer. 1876 war seine Augenerkrankung so weit fortgeschritten, dass er sich in einem Brief an einen jungen Freund Otto Engel als „halbblind“ bezeichnet und schreibt, dass er seine eigenen früheren Arbeiten kaum noch erkennen kann.

In der Dresdner Akademie, wo er eine Tätigkeit als Professor auf Lebenszeit hat, lässt er sich des öfteren von seinem Schüler Paul Mohn vertreten. 1878 wurde er auf sein Ansuchen aus dem akademischen Rat der Kunstakademie entlassen.

Bei Richter selbst ist nichts Genaues über seine Augenerkrankung zu finden. Erst in der Aufzeichnung seines Schülers Paul Mohn, in den späten siebziger Jahren wird bekannt, dass es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um degenerative Netzhautveränderungen unter Einbeziehung der Stelle des schärfsten Sehens (Macula) handelte. Mohn schreibt: Das Augenleiden hatte sich in den letzten Jahren so verschlimmert, dass er kaum noch lesen konnte. Es waren auf der Netzhaut der Augen durch Sprünge und Verlagerungen von Blutgefäßen unempfindliche Stellen entstanden, die nicht mehr funktionierten, so dass er die Dinge um sich her nur teilweise sah. Schreiben konnte er nur noch mit Hilfe der Lupe, er fand die Zeilen nicht mehr und schrieb oft durcheinander.

Interessanterweise muss erwähnt werden, dass der Augenspiegel von Helmholtz 1851 erfunden wurde und nur mit einem solchen Gerät

war eine genaue Beurteilung wie beschrieben möglich. Die Augenlinse scheint nicht wesentlich getrübt gewesen zu sein, sonst hätte man den Augenhintergrund nicht so genau beurteilen können.

Richter war schon zu Lebzeiten sehr anerkannt. Er erhielt eine Ehrenpension vom deutschen Kaiser Wilhelm I., hohe Anerkennung vom bayerischen und sächsischen König und wurde Ehrenbürger der Stadt Dresden.

Bei seiner Beerdigung 1884 läuteten alle Kirchenglocken der Stadt Dresden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Gottfried Vesper, Augenarzt
Harnackstr. 9, 04317 Leipzig

Zum 200. Geburtstag von Ludwig Richter sind im Leipziger Kunstverlag E. A. Seemann ein informativer und prächtiger Bildband „Ludwig Richter“ von Hans Joachim Neidhardt sowie ein mit seinen Bildern illustrierter Auszug aus seinen Lebenserinnerungen unter dem Titel „Damals in Dresden“ erschienen. Beide Bände kosten jeweils 12,90 Euro und sind in jeder Buchhandlung zu beziehen. Die Abbildungen sind dem Band „Ludwig Richter“ entnommen.

Medizin im Land der Steine

„Zwei Dinge haben uns in den Ruin getrieben, das Erdbeben und die Demokratie“, sagt er, der dürre 1,90-Mann mit den scharfen, guten Augen hinter der matten Brille. Prof. K., der einzige Haematopathologe in Armenien, sitzt hinter seinem dreibeinigen Mikroskop (das vierte wird durch einen alten Lappen ersetzt) und entscheidet über Leben und Tod, über Leukämien und Lymphknotentumoren, gutartig oder bösartig. In seinem Labor würde bei uns kein Autoschlossler arbeiten. Bröckelnder Putz an farblosen Wänden, undichte, staubige Fenster, keine Heizung, schiefe Holzregale, voll mit uralten Chemikalien, in einer mit Presspappe abgeteilten Ecke ein Klo, daneben Eimer und Flaschen für die Spülung und den Laborbedarf. Das Wasser läuft hier nur kurzfristig am Abend und am frühen Morgen. Destilliertes Wasser in der grünen Spriteflasche, Chemikalien in anderen second-hand-Behältnissen, ein alter Kühlschrank und zwei rostige Wärmeschränke aus Vorzeiten, Färbungen und Spülungen von Gewebspräparaten in Marmeladegläsern. Im Schrank vorwiegend alte russische Literatur, einige wenige englische Fachbücher von vor 10 Jahren. Aber was drin steht, weiß dieser Mann minutiös. Alles ist sauber und gepflegt, klug geordneter Mangel.

Was will ich hier als Krebsforscher und Pathologe in Armenien, einem Land, in dem 80% unter der Armutsgrenze leben, 40% in absoluter Armut, in der Millionenstadt Yerevan, wo die Leute in unbeschreiblichen Ruinen hausen, alle Fenster, Türen und Dächer defekt sind, einer Stadt, die einer großen Baustelle gleicht, nur eben ohne Bau.

Das Bild dieses „Entwicklungslandes“ ändert sich schlagartig, wenn man das erste mal in der Oper war, ja, einer Oper. Sie ist zwar auch eine Baustelle, aber welche eine! Der Architekt Alexander Tamanjan hat einen großen Preis auf der Weltausstellung in Paris für diesen kolossalen Rundbau erhalten. Beim Verdi-Requiem sind alle Treppen und Simse voll, mehr als 2000 Leute, zwei Drittel unter zwanzig, viele vorschulpflichtige Kinder, wenig Eleganz, viele ärmlich, einige zerlumpt, aber alle aufmerksam, bewegt, diszipliniert. Beim nächsten Konzert das gleiche Bild. Wun-

dervolle Musik, keine Importe. In den vielen Museen wieder das Gleiche. Zauberhafte Bilder aus Generationen von Malern. Sarjan, wer kennt ihn in Europa? In den Häusern und auf den Strassen massenhaft Bücher, die gekauft und gelesen werden. Herodot russisch, Dante armenisch, die Dresdener Gemäldegalerie deutsch. Und dann erst die Kirchen! Mächtige Kreuzkuppelbauten aus dem 5. bis 12. Jahrhundert, 500 Jahre bevor man in Spanien die romanische Kuppel „erfand“. Die Priesterseminare voll mit jungen Leuten, die Kirchen mit Betern. Keine Frage, das ist ein Kulturvolk mit dicken Wurzeln. Der Zipfel des Abendlandes im Morgenland. Begonnen hat der Weg auf dem Boden der alten Hochkultur Urartu mit zwei ungewöhnlichen Männern. Der erste, Grigor der Erleuchter, erkämpfte 301 n. Chr. das Christentum für das Land, als seine Glaubensbrüder in Rom noch in den Katakomben saßen. Damit wurde die armenisch-apostolische Kirche zur ältesten Staatskirche der Welt. Der zweite, Mesrop Maschots, schuf die armenische Schriftsprache, bis heute aktuell, und übersetzte sogleich die Bibel in die Landessprache, mehr als 1000 Jahre vor Luther. 1500 Jahre geschriebene Kultur, die Europa rezipierte, aber von Europa nie rezipiert wurde. Mit diesen beiden genialen Dickköpfen in einer heidnisch-islamischen Umwelt war der eigene Weg auf eigene Gefahr programmiert: Diskriminierung, Verfolgung, Zerstörung, Genozid. Mit blutigen Köpfen haben sie sich und ihrer Kultur die Treue gehalten. Und deshalb bin ich hier. Als ich das erste Mal in ein medizinisch-diagnostisches Labor kam, war ich erschüttert über die dürftige und veraltete Ausrüstung. Aber an der Wand prangte ein kupferner Brutschrank, made in Germany 1930, poliert und gepflegt, sauber und intakt. Da wusste ich, hier bin ich nicht in der Steppe. Hier hat es Sinn, moderne medizinische Gewebediagnostik (Immunhistochemie) hinzubringen. Sie haben die revolutionäre wissenschaftliche Entwicklung der letzten 15 Jahre nicht verschlafen. Die drei großen Beben – Erde, Wende, Krieg um Karabach – haben sie zurückgeworfen, aber die lange trainierten Poren des Geistes sind offen geblieben. Moderne Therapie können sie importieren, moderne Diagnostik nicht. Die müssen sie selber machen, und dabei helfe

ich mit Geräten, Mikroskopen, Seminaren, Vorlesungen. Viele haben mitgeholfen, allen voran das DKFZ, die Malteser, Kollegen. Fast eine Tonne Hilfsgüter konnte ich in vier Wochen zusammenbetteln und per Armenian-Airline auch ins Land bekommen. Alles arbeitet schon und nicht in Privatlaboren. Und sie lernen blitzartig. Die Augen so eines Histologen, der ein Leben lang ins Mikroskop gesehen hat, und plötzlich Strukturen erblickt, die er noch nie gesehen hat, so müssen die Augen des Blindgeborenen ausgesehen haben, als Jesus ihn heilte: fassungslos, überwältigt. Es ist ein Glück, auszusäen auf guten, fruchtbaren Boden. Wenn ich am Abend auf meiner Bank sitze, vor mir der riesen Ararat und ein Glas guten armenischen Rotweines, dann bin ich auch glücklich, kaputt und glücklich. Und wenn ich am nächsten Morgen die leere Rotweinflasche in den rostigen Container werfe und sie nach 10 Minuten weg ist, weil sie, gut gewaschen, 10 Dram einbringt (3 Cent), dann bleibt mir der Rotwein wieder im Halse stecken. Vieles gibt es hier nicht von den Segnungen unserer Kultur. Es gibt aber auch kein Alkoholproblem, keine Drogenszene, keine Rechtsradikalen, keine Prostitution, keine Erotikshops, keine Ehescheidungen, keine Depressionen und keine Atheisten. Wenn man den anonymen, brüchigen Flugplatz verlassen hat, fällt man in die Arme dieses Volkes, wie in ein warmes Tuch. Die Gastfreundschaft ist überwältigend, manchmal erdrückend. Wie die Schutzengel lassen sie einen nicht aus den Augen, holen das letzte aus Küche und Keller, geleiten einen über die Straße, sind liebevoll, fürsorglich und dankbar. Noch hält die Solidargemeinschaft dieses Volkes. Aber sie ist bereits infiziert vom neoliberalen Konsumgeist, von Korruption und krimineller Bereicherung, von den Scheinwelten der Medien und Computer. Dieses Gift beginnt zu wirken, und es wird zur größten Herausforderung dieses, an Herausforderungen reichen, widerstandsfähigen Volkes werden.

Möge es dir gut ergehen, armes, reiches Armenien!

Prof. Dr. med. Peter Stosiek
Walter-Rathenau-Straße 15, 02827 Görlitz

Dr. med. Lutz Liebscher zum 60. Geburtstag



Dr. med. Lutz Liebscher, Oberarzt und stellvertretender Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Helios-Krankenhaus Leisnig, feierte am 24. August 2003 seinen 60. Geburtstag. Wir wünschen ihm Glück, Gesundheit und Kraft für die kommenden Jahre.

Lutz Liebscher wurde in Leipzig geboren, besuchte dort die Schule und legte 1961 das Abitur ab. Der Beginn des Medizinstudiums an der Alma mater Lipsiensis verzögerte sich wegen einer kritischen Bemerkung über den DDR-Staat um zwei Jahre, in denen er als Hilfskrankenpfleger in einer psychiatrischen

Klinik tätig war. 1969 beendete er das Studium mit dem medizinischen Staatsexamen und promovierte noch im gleichen Jahr zum Dr. med.. Es folgte die Ausbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde an der Kinderklinik des Kreises Döbeln und der Universitäts-Kinderklinik Leipzig. Sie endete 1974 mit der Facharztprüfung. 1975 wurde Herr Dr. Liebscher zum Oberarzt und 1977 zum stellvertretenden Chefarzt der Kreis-Kinderklinik ernannt, die sich damals noch in Westewitz-Hochweitzschen befand. An der Planung und Durchführung des Umzuges der Abteilung nach Leisnig bei laufendem Betrieb am 1. 1. 1997 war Herr Liebscher dank seines organisatorischen Talents maßgeblich beteiligt.

Kollege Liebscher ist Kinderarzt aus Überzeugung. Auch gegen mancherlei Widerstände bemüht er sich unermüdlich, die Belange seiner Patienten zu vertreten, als „Anwalt der Kinder“. Sein besonderes fachliches Interesse gilt der pädiatrischen radiologischen Diagnostik, der Diabetologie und den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Die Unterscheidung zwischen psychosomatisch und psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen mit allen sich daraus ergebenden strukturellen Konsequenzen liegt ihm besonders am Herzen. Patienteneltern, mit denen er täglich Kontakt hat, erleben ihn als kompetenten und einfühlsamen Kinder- und Jugendarzt.

Mit der Wende erkannte Herr Liebscher sofort die Notwendigkeit einer eigenständigen Organisationsform der Ärzteschaft. Bereits im März 1990 gründete er den „Unabhängigen

Ärzteverband Döbeln e. V.“ mit 150 Mitgliedern, der erst mit der Bildung der Ärztekammern überflüssig und wieder aufgelöst wurde. Dr. Liebscher nahm an der Gründungsversammlung der Sächsischen Landesärztekammer teil und wurde 1991 in den Vorstand gewählt, dem er bis heute als Schriftführer angehört. Zugleich ist er Vorsitzender der Kreisärztekammer Döbeln seit ihrer Gründung. Die wiederholte Wahl in beide ehrenamtliche Funktionen, denen er einen großen Teil seiner durch häufige Bereitschaftsdienste knapp bemessenen Freizeit widmet, drücken die Wertschätzung aus, die Herr Dr. Liebscher in der Ärzteschaft genießt. Wir danken ihm für seine ständige Einsatzbereitschaft.

Ich hatte das Glück, 32 Jahre lang mit Herrn Liebscher zusammenarbeiten zu können und schätze ihn als aufrichtigen Freund und engagierten, vielseitig interessierten und jederzeit hilfsbereiten Kollegen.

Sein kritischer Verstand vereint sich mit einem ausgeprägten Sinn für Gerechtigkeit und einem zielsicheren Blick für das Notwendige, auch wenn es nicht immer das sofort Machbare ist.

Wünschen wir ihm weiterhin erfolgreiches Wirken für seine Patienten und für die Interessen der sächsischen Ärzteschaft.

Dr. med. Manfred Haase, Döbeln

Der Vorstand und das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ wünschen Herrn Dr. med. Lutz Liebscher auch weiterhin beste Gesundheit, volle Schaffenskraft und Wohlergehen.

Unsere Jubilare im Oktober

Wir gratulieren

60 Jahre					
01. 10.	Dr. med. Brandt, Rolf 02829 Markersdorf	07. 10.	Dr. med. Tröger, Günter 08328 Stützengrün	15. 10.	Dr. med. Bunde, Sabine 08239 Bergen
02. 10.	Dr. med. Freude, Wolfgang 01844 Neustadt	08. 10.	Kaminski, Gert 04720 Döbeln	16. 10.	Dr. med. Engelhardt, Gisela 04288 Leipzig
02. 10.	Prof. Dr. med. habil. Koch, Hans-Jürgen 09117 Chemnitz	08. 10.	Dr. med. Rädler, Anna 04179 Leipzig	16. 10.	Dr. med. Höfs, Monika 02943 Weißwasser
02. 10.	Dr. med. Schneider, Elke 09125 Chemnitz	10. 10.	Dr. med. Becker, Gisela 04509 Delitzsch	16. 10.	Kummer, Waltraud 01099 Dresden
02. 10.	Vreçar, Beate 08228 Rodewisch	10. 10.	Dr. med. Männel, Holger 08645 Bad Elster	17. 10.	doctor medicinae universae/Medizinische Universität Budapest Lenk, Siegfried 01561 Schönfeld
03. 10.	MUDr./CSSR Ponesicky, Jan 01816 Bad Gottleuba	10. 10.	Neuber, Helga 09128 Chemnitz	18. 10.	Dr. med. Heidenreich, Kurt-Dieter 09122 Chemnitz
06. 10.	Lindner, Ingeborg 08115 Lichtentanne	12. 10.	Dr. med. Ebersbach, Werner 09306 Rochlitz	18. 10.	Dr. med. König, Elke 04229 Leipzig
06. 10.	Dr. med. Protzmann, Barbara 01640 Coswig	13. 10.	Dipl.-Med. Paufler, Gertrud 08280 Aue	18. 10.	Dr. med. Marx, Frigga 01129 Dresden
07. 10.	Dr. med. Strauß, Angelika 04277 Leipzig	13. 10.	Dipl.-Med. Schreiber, Christa 01662 Meißen	18. 10.	Dr. med. Rosenkranz, Hannelore 01454 Wachau
		14. 10.	Dr. med. Krasselt, Johannes 09648 Mittweida		

18. 10. Dr. med. Selle, Barbara
04821 Brandis
18. 10. Dr. med. Wende, Werner
08060 Zwickau
20. 10. Hegewald, Erika
01237 Dresden
20. 10. Dr. med. Irmischer, Heide
08373 Niederlungwitz
21. 10. Dr.med. Mihan, Gisela
02747 Herrnhut
21. 10. Dr. med.habil. Pittasch, Dieter
04105 Leipzig
21. 10. Weise, Marion
04356 Leipzig
22. 10. Dr. med. Purath, Wilfried
01127 Dresden
24. 10. Dr. med. Al-Zand, Khalil
09241 Mühlau
24. 10. Dr. med. Flohrer, Manuel
04442 Zwenkau
24. 10. Dr. med. Kitzler, Heinz
01705 Freital
25. 10. Dr. med. Löbl, Heinz
09131 Chemnitz
25. 10. Schulze, Wilfried
02681 Kirschau
25. 10. Dr. med. Schwittay, Eberhard
04571 Rötha
26. 10. Prof. Dr. med. habil. Wagner, Armin
04275 Leipzig
27. 10. Dr. med. Müller, Hagen
01855 Sebnitz
28. 10. Dr. med. Friedrich, Sigrid
01734 Rabenau
28. 10. Prof. Dr. med. habil. Schneider, Dietmar
04316 Leipzig
29. 10. Dr. med. Kaltschmidt, Gitta
02977 Hoyerswerda
30. 10. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Weller, Joachim
01728 Bannewitz
30. 10. Dr. med. Wünsch, Frieder
08060 Zwickau
31. 10. Hierse, Bernd
04229 Leipzig
31. 10. Prof. Dr. med. habil.
Spanel-Borowski, Katharina
- 65 Jahre**
03. 10. Dr. med. Schmole, Gerhard
04159 Leipzig
05. 10. Dr. med. Nistel, Wolf-Dieter
09130 Chemnitz
06. 10. Oertel, Rudolf
09126 Chemnitz
06. 10. Dr. med. Winkelvoss, Helga
09247 Röhrsdorf
07. 10. Prof. Dr. sc. med. Wild, Lina
04838 Eilenburg
07. 10. Wysujack, Edith
01445 Radebeul
08. 10. Dr. med. Bachmann, Klaus
09243 Niederfrohna
08. 10. Dr. med. Binder, Erika
04430 Böhlitz-Ehrenberg
08. 10. Dr. med. Hüttner, Christel
09634 Siebenlehn
10. 10. Dr. med. Greiner, Christel
04129 Leipzig
10. 10. Dr. med. Sopke, Edith
08209 Auerbach
10. 10. Zetzsche, Ingeborg
09430 Drebach
11. 10. Dr. med. Handel, Jürgen
01445 Radebeul
12. 10. Dr. med. Fuchs, Peter
01662 Meißen
12. 10. Dr. med. habil. Müller, Christa
04277 Leipzig

18. 10. Henschel, Wilfried
09122 Chemnitz
20. 10. Dr. med. Kittlick, Jutta
04279 Leipzig
20. 10. Dr. med. Salhoff, Reinhard
02929 Rothenburg
23. 10. Leschke, Sieglinde
04720 Lüttewitz-Dreißig
23. 10. Dr. med. Murad, Hassan
08280 Aue
24. 10. Dr. med. Doernbrack, Rolf
01069 Dresden
24. 10. Dr. med. Lommatzsch, Irmgard
04178 Leipzig
24. 10. Dr. med. Oder, Dorothea
08523 Plauen
29. 10. Drahonovsky, Renate
02929 Rothenburg
30. 10. Dr. med. Kretzschmar, Gertraude
01462 Gohlis
- 70 Jahre**
02. 10. Dr. med. Müller, Hermann
09131 Chemnitz
02. 10. Dr. med. Scharfe, Erika
04838 Eilenburg
02. 10. Dr. med. Unger, Gisela
01109 Dresden
05. 10. Dr. med. Lenk, Sigrid
01279 Dresden
10. 10. Lehmann, Annemarie
04683 Naunhof
10. 10. Dr. med. Wolf, Christine
04279 Leipzig
10. 10. Dr. med. Wünsche, Annemarie
01257 Dresden
12. 10. Dr. med. Göhre, Hartmut
08258 Markneukirchen
13. 10. Prof. Dr. med. habil. Köhler, Klaus
01326 Dresden
13. 10. Neubert, Dieter
01844 Neustadt
14. 10. Dr. med. Weirich, Reinhilde
04107 Leipzig
15. 10. Dr. med. Oelsner, Irene
04107 Leipzig
21. 10. Dr. med. Grosser, Helmut
09120 Chemnitz
24. 10. Dr. med. Hellmund, Walter
01773 Altenberg
24. 10. Dr. med. Mohnke, Evemaria
04347 Leipzig
26. 10. Dr. med. Mehlhorn, Roland
08321 Zschorlau
29. 10. Prof. Dr. med. habil. Waurick, Siegfried
04668 Großbothen
30. 10. Bickhardt, Gertraud
01157 Dresden
30. 10. Dr. med. Jänicke, Klaus
04288 Leipzig
- 75 Jahre**
09. 10. Bartsch, Elfriede
04838 Wildenhain
13. 10. Prof. Dr. med. habil. Preibisch-Effenberger, Rudolf
01309 Dresden
19. 10. Dr.med. Zoher, Erwin
04509 Delitzsch
21. 10. Dr. med. Schmidt, Lothar
04442 Zwenkau
24. 10. Junker, Eleonore
04416 Markkleeberg
25. 10. Dr. med. Trinckauf, Hans-Heinrich
01326 Dresden
- 80 Jahre**
04. 10. Prof. em. Dr. med. habil. Ludewig, Reinhard
04357 Leipzig

20. 10. Dr. med. Schieck, Ilse
04103 Leipzig
- 81 Jahre**
09. 10. Dr. med. Ziesche, Martha
02699 Königswartha
22. 10. Doz. Dr. med. habil. Trautmann, Ilse
04109 Leipzig
- 82 Jahre**
12. 10. Dr. med. Bulirsch, Karl
04579 Espenhain
13. 10. Prof. Dr. med. habil. Schlegel, Lotte
04109 Leipzig
- 83 Jahre**
07. 10. Dr. med. Schnabel, Helmut
01309 Dresden
09. 10. Dr. med. Berndt, Klaus-Dietrich
09117 Chemnitz
19. 10. Dr. med. Bobach, Golda
01326 Dresden
23. 10. Dr. med. Klötzer, Editha
08062 Zwickau
25. 10. Dr. med. Jentsch, Ingeborg
02736 Oppach
31. 10. Prof. em. Dr. med. Meißner, Fritz
04317 Leipzig
- 84 Jahre**
21. 10. Dr. med. Majunke, Ladislaus
08396 Waldenburg
- 85 Jahre**
12. 10. Dr. univ. med. Heil, Wolfgang
08058 Zwickau
29. 10. Dr. med. Genseroski, Fritz
04849 Bad Dübren
29. 10. Dr. med. Seidler, Gerhardt
01662 Meißen
- 86 Jahre**
02. 10. Dr. med. Schmidt, Hellmut
04288 Leipzig
03. 10. Dr. med. Winkler, Johannes
04651 Bad Lausick
05. 10. Dr. med. Schneider, Elisabeth
02730 Ebersbach
- 87 Jahre**
22. 10. Dr. med. Wagner, Karl
08058 Zwickau
28. 10. Dr. med. Watzlawik, Heinz-Werner
01662 Meißen
- 88 Jahre**
17. 10. Dr. med. Olsen, Hedwig
02906 Niesky
18. 10. Dr. med. Bühl, Rudolf
04249 Leipzig
- 91 Jahre**
23. 10. Haupt, Edith
01445 Radebeul
- 95 Jahre**
22. 10. Dr. med. Böttcher, Hans-Werner
08134 Wildenfels

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht
aufgeführt zu werden, berücksichtigen wir
selbstverständlich.
Bitte lassen Sie uns das wissen.

Die Redaktion

13. Sächsische Balint-Studentagung

Dresden,
März 2003

Sicher kennen Sie das: der Fall des Patienten K. geht Ihnen nicht aus dem Kopf obwohl Sie Ihre Praxis schon lange verlassen haben, bei Patientin M. haben Sie das Gefühl, Sie könnten genauso gut mit der Wand sprechen, bei Patient F. sind Sie schon frustriert und genervt bevor Sie sein Zimmer zur Visite überhaupt betreten haben etc.. Woran liegt das? Wie kann man solche problematischen Arzt-Patienten-Beziehungen aber auch Arzt-Angehörigen-Beziehungen verbessern, den Patienten besser verstehen, die Zusammenarbeit optimieren, zum Wohle des Patienten und zum Wohle des Arztes?

Nehmen Sie doch mal an einem Balintgruppentreff teil! Leider wird der deutsche Medizinstudent auf das Thema „Patientenkontakt“ im Rahmen der Ausbildung kaum vorbereitet. Der Patient wird meist nur mechanistisch als Krankheit betrachtet, nicht aber als Mensch in seiner Gesamtheit und als „Kontakt“. Genau diese Lücke füllt die Balintgruppenarbeit aus. Der Arzt und Psychoanalytiker Michael Balint (1896-1970) entwickelte diese Gruppenmethode zum Erkennen und Verändern von Beziehungsproblemen in der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Primär arbeitete Balint mit praktischen Ärzten, deren Arbeit nach seinen Angaben zu etwa einem Drittel reine Psychotherapie sei, ob sie dies gelernt haben oder nicht. Mittlerweile bedienen sich Kollegen aller medizinischer Fachrichtungen und Studenten aber auch andere, insbesondere „helfende“ Berufsgruppen wie zum Beispiel Sozialarbeiter, Theologen, Pflegeberufe etc., dieser Methode. In der Facharztausbildung Psychiatrie, psychosomatische Medizin und Gynäkologie, zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie zur Abrechnung der Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung in der Niederlassung ist die Teilnahme an Balintgruppen obligat.

Eine Balintgruppe besteht aus acht bis zwölf Ärzten und/oder Studenten aus Klinik oder Praxis, die sich treffen, um über Patienten, mit denen es zu Problemen gekommen ist oder solche sich abzeichnen, zu diskutieren. Der Gruppenleiter ist meist Psychotherapeut und verfügt über Erfahrung in der Balintarbeit und der Gruppendynamik.

Während eines Balintgruppentreffens berichtet zunächst ein Kollege frei aus seiner Erinnerung und gefühlsmäßigen Gestimmtheit, ohne

schriftliche Aufzeichnungen, über seinen persönlichen Problemfall: Anamnese, bisheriger Therapieverlauf etc., Angaben zum Problem mit dem Patienten. Nun hat die Gruppe Gelegenheit anamnestiche und andere den Fall betreffende Sachfragen an den Vortragenden zu stellen. Im Anschluss beschreibt die Gruppe im kollegialen Gespräch, in freier Assoziation und Phantasie, die Arzt-Patienten-Beziehung und versucht eine Beziehungsdiagnose zu erstellen. Durch die Beiträge der einzelnen Gruppenmitglieder entfaltet sich der Fall mit seinen vielen Beziehungsaspekten facettenartig. Hierbei werden Beziehungsebenen deutlich, die der Vortragende bisher noch nicht wahrgenommen oder unbewusst abgewehrt hat. Der vorstellende Kollege soll der Gruppendiskussion aus der „Ferne“ folgen können und so in Ruhe die Widerspiegelung seiner Arzt-Patient-Beziehung in der Gruppe erleben. Verfolgen, welche Wirkung sein Vortrag in der Gruppe ausgelöst hat, der durch das bedingt ist, was der Patient in ihm ausgelöst hat. Das entstehende erweiterte Bild der problematischen Beziehung durch „Betrachtung von außen“ ermöglicht später einen veränderten, meist hilfreichen Zugang zum vorgestellten Problempatienten, da der Arzt ein neues Verhältnis zu diesem erfährt. Die Gruppenteilnehmer können dem Referenten keine Entscheidungen abnehmen oder seine Probleme lösen, aber als wichtige Orientierungs- und Entscheidungshilfe dienen.

Balintarbeit schult das sensible Zuhören und die effektive Gesprächsführung mit dem Patienten und macht immer wieder die Wichtigkeit des Aufbaues einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung als suffiziente Therapiegrundlage deutlich. Es gelingt besser somatische und psychische Anteile einer Erkrankung im Sinne einer Gesamtdiagnose zu erfassen. Mediziner erfahren ihre Wirkung als „Droge Arzt“. Das Erkennen der eigenen Gefühle gegenüber Problempatienten und der Umgang mit diesen wird erleichtert. Es resultiert ein Schutz des Arztes in schwierigen und emotional belastenden Arbeitssituationen. Luban-Plozza (1998) bezeichnete Balintarbeit als Denk- und Gefühlstraining.

Meinen ersten intensiven Kontakt zur Balintarbeit bildete die 13. Sächsische Balint-Studentagung, welche vom 28. bis 30. 3. 2003 in Dresden stattfand. 40 Teilnehmer aus fast allen Bundesländern, zu meiner Überras-

chung angenehm bunt gemischt vom Student, über die Zahnärztin bis hin zum Psychotherapeuten, arbeiteten hier sehr intensiv an 3 Tagen miteinander. Zu Beginn der Tagung wurde eine kurze Einführung für „Balint-Anfänger“ wie mich gegeben, so dass keine Vorkenntnisse zur Teilnahme notwendig waren. Insgesamt wurde 5mal in Kleingruppen, wie schon oben beschrieben, gearbeitet. Für mich besonders interessant war die sehr unterschiedliche Herangehensweise der einzelnen Kollegen an das gleiche Problem. Der Facettenreichtum und die vielen verschiedenen Beziehungsebenen zwischen Patient und Therapeut jedes einzelnen besprochenen Falles, die sich während der Diskussion herausstellten, überraschten mich in ihrer Komplexität als „Nicht“psychotherapeut-/psychoanalytiker. 3mal arbeiteten alle Tagungsteilnehmer in einer sogenannten Großgruppe zusammen. Aus 10 „Freiwilligen“ wurde der „Innenkreis“ – entsprechend einer Kleingruppe – gebildet, welcher dann die Besprechung eines Falles durchführte. Die übrigen Teilnehmer bildeten den „Außenkreis“, waren entsprechend auch mit ihren Stühlen um den Innenkreis gruppiert und folgten der Diskussion still. Typisch psychotherapeutisch dachte ich..., doch was passierte war sehr interessant. Geriet die Diskussion im Innenkreis ins Stocken oder zum Abschluss der Besprechung wurde auch der Außenkreis um Beiträge gebeten. Durch die relativ große Teilnehmerzahl im Außenkreis und die Distanz zum Problem kamen nochmals viele interessante Aspekte zum Fall zur Sprache, manchmal wurde sogar erst durch Mitarbeit des Außenkreises das eigentliche Problem erkannt, der Nagel sozusagen auf den Kopf getroffen. Auch wem Balintarbeit in der Kleingruppe schon vertraut ist, wird hier meiner Meinung nach noch viele neue Impulse finden.

Ich habe an diesem Wochenende viel gelernt, über meine Patienten und auch über mich. Falls ich Ihr Interesse an Balintarbeit geweckt habe, kommen Sie doch auch zur nächsten, dann **14. Sächsischen Balint-Studentagung**. Diese findet vom **26. bis 28. März 2004** wieder in der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden statt. Die Teilnahme an der Tagung ist mit 10 Stunden Balintarbeit von der SLÄK und KVS anerkannt. Für das Sächsische Fortbildungszertifikat werden 18 Punkte bestätigt.

Dr. med. Kathrin Winkler

A. Heilmann², K.G. Krishnan¹, G. Heubner², Th. Pinzer¹, G. Schackert¹, M. Gahr²

Therapeutisches Vorgehen bei geburtstraumatischer Plexus-brachialis-Läsion

TU Dresden
Medizinische Fakultät

Zusammenfassung

Mit Hilfe der frühzeitigen operativen Revision kann bei 80-90% der Kinder mit schwerer Plexus-brachialis-Schädigung eine nahezu vollständige Regeneration ohne wesentliche funktionelle und ästhetische Beeinträchtigung erzielt werden. Aus diesem Grund empfehlen wir eine engmaschige neurochirurgisch-neuropädiatrische Beobachtung dieser Kinder, um bei unzureichender Spontanregeneration der Plexus-

brachialis-Lähmung oder dem Vorliegen von prognostisch ungünstigen Faktoren, diese Kinder rechtzeitig einer neurochirurgischen Primärtherapie zuführen zu können.

Schlüsselwörter: Plexus-brachialis, Geburtstrauma, Mikroneurochirurgie

¹ Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie

² Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Technischen Universität Carl Gustav Carus Dresden

Einleitung

Die geburtstraumatische Plexus-brachialis-Läsion wird in 0,5 -3 Promille aller Geburten beobachtet. Insbesondere hypertrophe Neugeborene mit einem Geburtsgewicht > 4000g, Lageanomalien des Kindes wie Beckenendlage und Schulterdystokie, anatomische Besonderheiten der Geburtswege und assistierte Spontangeburt stellen einen Risikofaktor

für eine geburtstraumatische Plexus-brachialis-Schädigung dar. Pathophysiologisch kann dem postnatal bestehenden klinischen Bild einer Plexus-brachialis-Parese eine Dehnungsverletzung der Nerven ohne axonale Unterbrechung (Neurapraxie), eine anatomische Unterbrechung von Axonen oder Faszikeln (Axonotmesis) oder eine komplette Durchtrennung von Nervenstamm oder Nervenwurzel (Neu-

rotmesis) zugrunde liegen. Klinisch werden die untere Klumpkesche Lähmung (C8, Th1), die obere Erbsche Lähmung (C5,6 (7) und die komplette Plexus-brachialis-Parese (C5 – Th1) unterschieden (Abb.1).

In Abhängigkeit vom Schweregrad der Plexusschädigung zeigen laut Literaturangaben 60-95% aller Kinder mit geburtstraumatischer Läsion des Plexus-brachialis unter konservativer Therapie eine vollständige Erholung. Bei schwerer Plexusschädigung tritt in den letzten Jahren eine frühzeitige mikrochirurgische Revision des Plexus-brachialis als Therapieoption in den Vordergrund. Durch eine mikrochirurgische Therapie allein oder in Kombination mit sekundären Ersatzoperationen lassen sich deutlich geringere Defektheilungsraten bezogen auf die funktionelle und ästhetische Beeinträchtigung dieser Kinder erzielen.

Um diese operative Therapie zum optimalen Zeitpunkt durchzuführen, ist eine kontinuierliche spezialisierte klinische Verlaufskontrolle der Neugeborenen mit Plexusparese erforderlich. Problematisch hinsichtlich eines guten Therapieergebnisses sind die Kinder mit persistierender Plexus-brachialis-Parese, welche zu spät, meist erst im zweiten Lebenshalbjahr oder im Kleinkindalter, erstmals dem Neurochirurgen oder Neuropädiater vorgestellt werden und damit deutlich geringere Chancen auf eine Restitutio ad intergrum haben.

Konzept der neurochirurgisch-neuropädiatrischen Spezialsprechstunde

Wir möchten deshalb unser Konzept einer gemeinsamen neurochirurgisch-neuropädiatrischen Sprechstunde zur Betreuung von Kindern mit geburtstraumatischer Plexus-brachialis-Läsion vorstellen. Im Rahmen dieser an der Universitätskinderklinik Dresden ange-



Abb. 1: Beispiele von Neugeborenen mit geburtstraumatischer oberer (oben, links), erweiterter oberer (oben, rechts) und komplette Plexus brachialis Läsion (unten, rechts) mit Zeichen eines Horner Syndromes (unten, links)

Tabelle 1: Diagnostik und Therapieschema von Neugeborenen mit geburtstraumatischer Plexus-brachialis-Lähmung bis zum 12. Lebensmonat (modifiziert nach Berger et al, 1997)

Untersuchungszeitpunkt			Operationsindikation
Geburt / 1-10 Lebenstag	Anamnese Klinische Untersuchung Evtl. Röntgenbild ↓ Physiotherapie		
4. Woche	Klinische Untersuchung Evtl. ENG ↓ Physiotherapie		
8. Woche	Schnelle Spontanregeneration (Restitutio ad intergrum) – M. deltoideus und M. biceps brachii Kraftgrad M1	Unzureichende Spontanregeneration – gut regenerierte Handgelenk- und Fingerstreckung, unzureichend im Schulter und Ellenbogenbereich	Keine Spontanregeneration; schwere Läsion (C5-7)
	Physiotherapie		
12. Woche	Klinische Kontrolle Evtl. ENG		Ellenbogenbewegung M0
	Ellenbogenbewegung > M1		
	Physiotherapie		
Monatliche Kontrolle bis 6. Monat sowie im 9. Monat	Ellenbogenbewegung M3		Ellenbogenbewegung <M3
	Physiotherapie		
12. Monat	Progrediente Spontanregeneration		Stagnierende Spontanregeneration

Tabelle 2: klinische Klassifikation der geburtstraumatischen Läsion des Plexus-brachialis

Lokalisation	Klinische Ausprägung (fehlende Funktion)
Obere Armplexuslähmung (C5/C6)	Schulterabduktion/Aussenrotation Ellenbogenbeugung
Erweiterte obere Armplexuslähmung (C5 -7)	Ellenbogenstreckung Handgelenks- und Fingerstrecker
Annähernd komplette Lähmung (C5 - 8)	Handgelenksbeugung Fingerbeugung DI, DII
Komplette Lähmung (C5 - Th1)	Fingerbeugung D III - V Intrinsic – Funktion

botenen Sprechstunde wird über eine konservative oder operative Primärtherapie, sowie über die Indikation zur Durchführung sekundärer Ersatzoperationen (Muskel- und Sehnen-transfer) und tertiäre Eingriffe entschieden. In Anlehnung an die Empfehlungen von Berger et al., 1997 (Tab.1.), sollte die Erstuntersuchung in den ersten 10 Lebenstagen erfolgen und dabei eine exakte Klassifikation nach Lokalisation (uni-/bilateral), Ausprägung (obere, erweiterte obere, annähernd komplette und komplette Armplexusläsion) (Tab. 2) und Schwere der Nervenschädigung durchgeführt werden.

In optimaler Weise sollte also noch durch die Entbindungsklinik eine Vorstellung des Kindes innerhalb der ersten 10 Lebenstage in dieser Spezialsprechstunde vereinbart werden. Zu den folgenden Untersuchungszeitpunkten in der 4. Lebenswoche, zum 2. und 3. Lebensmonat muss in Abhängigkeit vom klinischen Verlauf über das weitere therapeutische Vorgehen entschieden werden.

Diagnostik vor Therapie

Zur exakten Einschätzung der motorischen und sensiblen Funktionen ziehen wir etablierte Klassifikationen der Handfunktion (nach Raimondi/Gilbert, 1996), der Schulterfunktion (nach Gilbert und Mallet, 1985), der Ellenbogenfunktion (nach Harle, 1996), der Sensibilität beim Neugeborenen (nach Berger, 1996; Tab. 3) sowie die modifizierte Muskeltestung beim Neugeborenen (nach Gilbert, 1985; Tab. 4) heran, deren Dokumentation in standardisierten Untersuchungsbögen erfolgt.

Neben der klinischen Untersuchung können auch elektrophysiologische Untersuchungen (NLG, SEP) und radiologische Untersuchungen Anwendung finden (MRT), sind jedoch für die Operationsindikation nicht zwingend erforderlich. Insbesondere auf die Durchführung einer Nadelelektromyographie wird aufgrund der Schmerzhaftigkeit dieser Untersuchungsmethode im Säuglings- und Kindesalter verzichtet.

Therapiekonzept

Positiven Vorhersagewert haben eine Lähmung nach Schulterluxation, eine inkomplette Parese mit kontrahierenden Muskeln in jedem Wurzelsegment, ein früher Beginn der Reinnervation, ein positives Hoffmann-Tinel-Zeichen sowie fehlende oder nur gering aus-

Tabella 3: Klassifikation der Sensibilität des Neugeborenen nach Berger, 1996.

Reaktion auf Schmerzreize	
S 0	Keine Reaktion auf Stimulus
S I	Reaktion auf Schmerzreize
S II	Reaktion auf Berührung
S III	Augenscheinlich normale Sensibilität

Tabella 4: Modifizierte Muskeltestung beim Neugeborenen nach Gilbert, 1985.

Muskelfunktion	
M 0	Keine Kontraktion
M I	Kontraktion ohne Bewegung
M II	Schwache oder inkomplette Bewegung
M III	Komplette Bewegung

geprägte sensible Defekte. Bei progredienter Spontanregeneration ist eine rein konservative Behandlung in Form von Physiotherapie empfehlenswert. Besonders Kinder mit kompletter Läsion (C5-Th1), mit zusätzlichem Hornerzeichen als Ausdruck einer schweren

Schädigung von C8 und Th1, mit Spastik als Zeichen einer medullären Schädigung oder Mitbeteiligung des Musculus serratus anterior, der skapulothorakalen Muskulatur und/oder des N. phrenicus als Hinweis auf eine Mitschädigung des Plexus cervicalis sollten

frühzeitig, möglichst nach dem 2. Lebensmonat, einer operativen Primärtherapie im Sinne einer mikrochirurgischen Plexusrekonstruktion zugeführt werden.

Im Rahmen der Plexusrekonstruktion wird nach chirurgischer Exploration des Plexus brachialis über die erforderliche Operationstechnik entschieden. Bei Zerrung und Rupturen der Plexusnerven kommen Neurolyse und Nerveninterponate zur Anwendung. Wurzelrisse werden durch Nervenleitungsoperationen unter Nutzung funktionell intakter Nerven entweder des ipsilateralen Plexus oder Nerven des zervikalen Plexus sowie Interkostalnerven versorgt. Die detaillierte Darstellung der operativen Behandlungsmöglichkeiten der Läsionen des Plexus-brachialis findet sich in dem Artikel „Die Diagnostik und Behandlung von posttraumatischen Läsionen des Plexus brachialis“ (Krishnan KG, 2003), im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 8/2003. Weitere Operationsindikationen im Verlauf der regelmäßig durchzuführenden klinischen Kontrollen sind eine unzureichende Funktion im Schulterbereich sowie eine mangelnde Funktion des Musculus biceps. Eine komplette Bewegung des Musculus biceps gegen die Schwerkraft entsprechend Kraftgrad 3 sollte mindestens erreicht werden.

Mit Hilfe der frühzeitigen operativen Revision kann bei 80-90% der Kinder mit schwerer Plexus brachialis Schädigung eine nahezu



Abb. 2: Wiedererlangung der Schulterfunktion (Außenrotation, Abduktion und Extension) bereits 4 Monate nach der Nervenrekonstruktion.



Abb. 3: Funktionsergebnis 3 Jahre nach Rekonstruktion des geschädigten rechten oberen Plexus (Truncus superior) mittels Resektion eines Neuromes-in-Kontinuität und Rekonstruktion mit *N. suralis-Interponaten*.

vollständige Regeneration ohne wesentliche funktionelle und ästhetische Beeinträchtigung erzielt werden. Eine nachfolgende intensive Physiotherapie der Kinder ist für den Therapieerfolg zwingend erforderlich. Sekundäre Ersatzoperationen werden nach 2 bis 3 Jahren notwendig und bedürfen einer sorgfältigen Beurteilung von Wachstums- und Adaptationsvorgängen der Kinder.

In der Regel finden bei der sekundären chirurgischen Versorgung Rekonstruktionsverfahren wie Sehnentranspositionen, Nerven-Muskeltransplantationen Anwendung. Tertiäre Eingriffe wie Tenodesen, Kapsulodesen oder Arthrodesen korrigieren nach möglichst weitgehender Skelettreife Fehlstellungen des Armes.

Die Autoren:

Dr. med. Antje Heilmann (korrespond. Autorin)
Dr. med. Georg Heubner
Professor Dr. med. Manfred Gahr
Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde
Universität Carl-Gustav-Carus, TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Sondersprechstunde – Plexus brachialis – Läsion

Telefon: 0351 4582083

Dr. med. Kartik G. Krishnan
Dr. med. Thomas Pinzer
Professor Dr. med. Gabriele Schackert
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
Universität Carl-Gustav-Carus, TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Aushangpflichtige Vorschriften für Einrichtungen des Gesundheitswesens

Forum Verlag Herkert GmbH, Merching
ISBN 3-89827-600-7
Preis: 42,00 Euro

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass Arbeitgeber, also auch Ärzte, verpflichtet sind, Schutzgesetze in ihrer Praxis auszuhängen. Fehlt es an einem solchen Aushang, können im Einzelfall auch Bußgelder gegen den Arbeitgeber verhängen werden. Zu den aushangpflichti-

gen Vorschriften gehören insbesondere für den ärztlichen Bereich, neben dem Arbeitszeitgesetz und Mutterschutzgesetz, auch die Schutzgesetze der Röntgen- und Strahlenschutzverordnung. Letztere sind in den Jahren 2001 und 2002 wesentlich geändert worden. In der Broschüre sind die aushangpflichtigen Schutzgesetze zusammengestellt. Durch das Inhaltsverzeichnis, aber auch durch die Kopfleiste, erkennt der Leser immer beim Lesen,

mit welchem Gesetz er sich gerade beschäftigt. Durch die Zusammenfassung und die Möglichkeit des Aushanges kann der Arzt in seiner Praxis, aber auch in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, seiner Verpflichtung, die Gesetze betriebsöffentlich zu machen, nachkommen.

Assessorin Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin