

Berufspolitik	Verleihung des Bundesverdienstkreuzes an Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze	460
Gesundheitspolitik	Aufbau, klinische Relevanz und Projekte des Wachstumnetzwerks CrescNet	461
	Von Wien nach Dresden	464
	Herzinfarkt als Unterrichtsthema	465
	Jahreskongress der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin 2007	466
	Berufsförderungswerk Dresden	468
	Impressum	466
Medizinrecht	Rechtsfragen in Klinik und Praxis	467
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Programm zur Förderung von Investitionen kleiner Unternehmen	469
	Konzert und Ausstellungen	469
Mitteilungen der KVS	Seminar für Praxisgründer	469
	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	470
Leserbriefe	Dr. Michael Schäfer/Dr. Ralf Böhme/ Dr. Horst Heyder/Dipl.-Med. Wilfried Meißner/ Dr. Mario Wernado/Dr. Jürgen Fege	471
Verschiedenes	Ärzte füllen keine Kuranträge mehr aus	474
	Teilen von Tabletten	475
Medizingeschichte	Die Breslauer Schule für Psychiatrie und Neurologie	476
Personalien	Dr. med. Armin Böhme zum 80. Geburtstag	479
	PD Dr. med. Harald Achenbach zum 65. Geburtstag	480
	Jubilare im Oktober	481
Kunst und Kultur	Ausstellung: Angela Hampel	482
Originalie	Chirurgische Behandlungsprinzipien der Nervus-facialis-Lähmung	483
Mittelhefter	Fortbildung in Sachsen – November 2007	



Verleihung des Bundesverdienstkreuzes an Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, wurde am 20. August 2007 für seine hervorragenden Leistungen um den Freistaat Sachsen von Ministerpräsident Prof. Dr. Georg Milbradt mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland geehrt.

Die vom Bundespräsidenten, Herrn Prof. Dr. Horst Köhler, verliehene Auszeichnung geht an Menschen, die auf politischem, wirtschaftlichem, kulturellem, sozialem oder ehrenamtlichem Gebiet herausragende Leistungen erbringen.

Der Vorstand, die Ehrenamtler und die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer, das Redaktionskollegium „Ärztblatt Sachsen“ sowie die sächsische Ärzteschaft gratulieren zu dieser hohen staatlichen Auszeichnung und wünschen Herrn Prof. Dr. Jan Schulze weiterhin beste Gesundheit, Schaffenskraft zum Wohle des ärztlichen Berufsstandes und berufspolitischen Erfolg.

Laudatio des Ministerpräsidenten des Freistaates Sachsen, Prof. Dr. Georg Milbradt, für Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze anlässlich der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am 20. August 2007

„Sehr geehrter Herr Schulze, der Umbruch in der DDR und die Wiedervereinigung stellten das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen, denn es musste umfassend umgebaut werden. Sie, sehr geehrter Herr Kollege Schulze, haben diesen Umbau von Anfang an begleitet. Bereits 1989 gründeten Sie zusammen mit weiteren Kollegen den „Unabhängigen Verband der Ärzte und Zahnärzte Sachsens“, dessen Präsident Sie wurden. 1990 zählten Sie zu den Mitbegründern der Sächsischen Landesärztekammer.

Sie haben damals in turbulenter Zeit ihren Berufskollegen geholfen, mit den neuen Anforderungen zurecht-



Herr Prof. Dr. Georg Milbradt überreicht Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (links im Bild) das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland

zukommen. Für viele Ärzte hieß das, den Weg in die Selbständigkeit als niedergelassener Arzt zu gehen. Dieser Weg war nicht leicht. Die Errichtung der Landesärztekammer als Selbstverwaltung der Ärzte hat diesen Weg aber beträchtlich erleichtert. Sie hat den Ärzten mit Rat und Tat zur Seite gestanden und den Aufbau eines leistungsstarken ambulanten Gesundheitswesens vorangetrieben. Wegen Ihrer Erfahrung, Führungsstärke und langjährigen ehrenamtlichen Tätigkeit wurden Sie 1999 schließlich von der Ärzteschaft zum Präsidenten der Landesärztekammer gewählt. Seither vertreten Sie die Interessen Ihrer Kollegen und sind zugleich ein wichtiger Partner des Freistaates in Fragen des Gesundheitswesens.

Neben Ihrem außerordentlichen ehrenamtlichen Engagement haben Sie als Wissenschaftler und Hochschullehrer Herausragendes geleistet. Sie haben sich als Wissenschaftler der Erforschung von Stoffwechselerkrankungen, vor allem des Diabetes mellitus verschrieben. Mit Ihrer Forschung haben Sie dazu beigetragen, diese Krankheit besser zu verstehen und besser zu behandeln. Die von

Ihnen erarbeiteten ärztlichen Leitlinien zur Behandlung des Diabetes mellitus und anderer Stoffwechselerkrankungen haben in Deutschland und international große Beachtung gefunden. Diese Sächsischen Leitlinien sind die Grundlage der exzellenten Diabetikerversorgung in Sachsen und anderswo in Deutschland. Daneben widmen Sie sich als aktives Mitglied der Deutschen Diabetes-Gesellschaft seit Jahrzehnten mit großem Engagement der Diabetes-Prävention, denn die besten Krankheiten sind die, die man nicht bekommt. Nicht zuletzt haben Sie das Denken und Handeln vieler junger Ärzte geprägt. Generationen von Facharztkandidaten haben von Ihrem Wissen und Ihren Erfahrungen profitiert und sind unter Ihrer Anleitung zu verantwortungsvollen Medizinern gereift.

Herr Bundespräsident Prof. Dr. Horst Köhler hat Ihnen in Würdigung Ihrer wissenschaftlichen und berufspolitischen Verdienste das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen“.

Erik Bodendieck
Vizepräsident

Aufbau, klinische Relevanz und Projekte des Wachstumsnetzwerks CrescNet

W. Hoepffner¹, R. Gausche¹, Ch. Meigen¹, A. Keller² und E. Keller¹

¹ CrescNet gGmbH, Leipzig,

² Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche des Universitätsklinikums Leipzig

Einleitung

Das Netzwerk CrescNet wurde 1998 an der Universitätsklinik für Kinder und Jugendliche in Leipzig durch Prof. Dr. med. Eberhard Keller als ein Drittmittelprojekt gegründet. Grundlage war ein Beschluss der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer von 1992, in dem die gemeinsame Betreuung chronisch kranker Kinder durch den niedergelassenen Kinderarzt und einen Spezialisten an einem Behandlungszentrum empfohlen wird. Partner im CrescNet kann jeder Kinder- und Jugendarzt und jeder hausärztlich tätige Arzt werden, der die Basisbetreuung von Kindern und Jugendlichen leistet. Die deutschlandweite Beteiligung von Praxen im CrescNet illustriert die Karte in Abb. 1. Die Zusammenarbeit im Netzwerk ist vertraglich geregelt. Vorrangig ist die Sammlung und Auswertung der Messwerte Körpergröße und -gewicht. Das primäre Ziel ist, behandlungsbedürftige Kinder mit Störungen des Wachstums und der Gewichtsentwicklung möglichst frühzeitig zu erkennen. Im Jahr 2006 wurde das Projekt in eine gemeinnützige GmbH mit Sitz in Leipzig überführt.

Methodik

Die Messungen werden in den Praxen unter standardisierten Bedingungen mit qualitätsgeprüften Messgeräten erhoben. Vorzugsweise werden die Messwerte von den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 und J1 eingebracht. Daneben werden auch Messungen aufgenommen, die anlässlich einer Patientenvorstellung beim Kinder- und Jugendarzt erhoben wurden. Zusätzlich werden Elterngrößen, Gestationsalter, ethnische Her-

kunft und gegebenenfalls bestehende Diagnosen erfasst.

Die erhobenen Daten werden pseudonymisiert an die zentrale Datenbank geschickt, die in der gGmbH geführt und verwaltet wird. Dokumentation und Transfer der Daten erfolgen nach Vorschriften aus „Good Clinical Practice“. Zurzeit werden die Daten noch in den Praxen schriftlich festgehalten und auf sogenannten Barcode-Tickets per Post verschickt. Ab dem 2. Quartal des Jahres 2007 kann die Möglichkeit der elektronischen Datenerfassung und Übertragung genutzt werden.

Alle Messungen werden Plausibilitätskontrollen unterzogen. Jede Praxis erhält in etwa 12-wöchigem Abstand den Screeningbericht eines pädiatrischen Endokrinologen. Zu den auffälligen Kindern empfiehlt der Spezialist dem Arzt die nächsten Schritte zur Klärung. Mit weiteren ergänzenden Daten kann eine schriftliche Anfrage an das Netzwerk gerichtet werden. Dafür wird ein von der CrescNet gGmbH erstelltes Formblatt ausgefüllt und zusammen mit einem aktuellen Röntgenbild der linken Hand eingeschickt. Die Angaben erlauben eine Analyse der Wachstumssituation und in den meisten Fällen die Erstellung einer Wachstumsprognose. Der Einsender erhält ein auxologisches Gutachten. Diese Leistung wird im Rahmen der Gemeinnützigkeit erbracht. Bei gravierenden Auffälligkeiten wird durch CrescNet eine Überweisung zur Vorstellung in dem zuständigen Behandlungszentrum empfohlen. Im CrescNet arbeiten deutschlandweit zurzeit 16 solche Zentren oder niedergelassene Spezialisten mit. Das Behandlungszentrum soll möglichst nah am Wohnort des Patienten gelegen sein.

Erstellung von Referenzwerten

CrescNet verwaltet zurzeit (April 2007) 1.174.032 Messpaare für Größe und Gewicht von 351.570 Probanden. Das ermöglicht die Ermittlung von Referenzkurven, die in jährlichen Abständen erstellt werden können.

Die Messwerte der Körpergröße im CrescNet zeigen nur marginale Unter-



Abb. 1: Darstellung der in Deutschland am CrescNet beteiligten Praxen. Die Größe der Kreise wird durch die Anzahl der Praxen bestimmt.

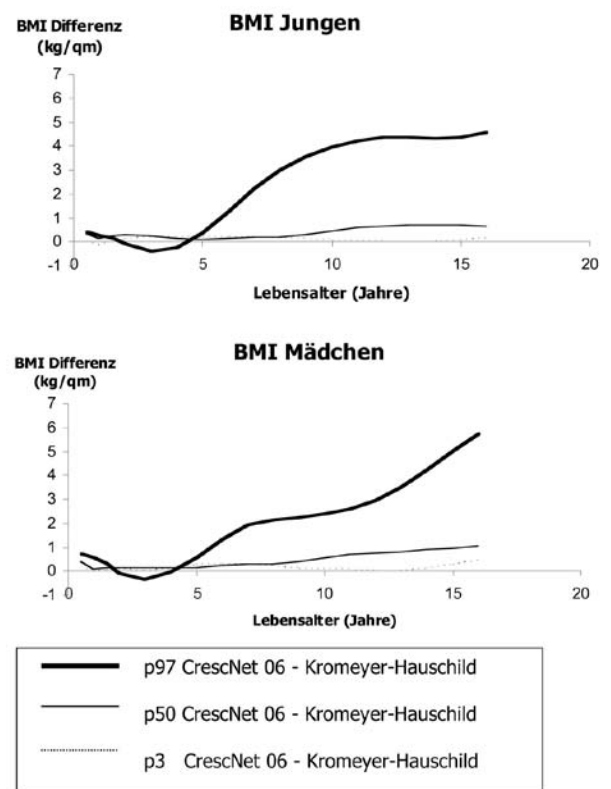


Abb. 2: Differenzen zwischen den Perzentilen aus CrescNet-Daten 2006 und denen nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001). Man sieht, dass die Abweichungen im Bereich der 3. und 50. Perzentile gering sind, die im Bereich der 97. Perzentile jedoch erheblich.

	Jungen	Mädchen
1999	5,42	6,15
2000	6,18	6,83
2001	6,19	6,86
2002	6,71	7,21
2003	7,20	7,83
2004	7,54	8,31
2005	7,44	8,16
2006	7,75	8,56

Tab. 1: Mittlerer prozentualer Anteil Adipöser (>p97) in der CrescNet-Datenbank unter den 2 – 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in den Jahren 1999 bis 2006

schiede zu anerkannten deutschen Referenzkurven nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001). Das entspricht der allgemeinen Beobachtung, dass sich die Körpergrößen in Mitteleuropa seit etwa 30 Jahren kaum noch verändert haben.

Die Gewichtsentwicklung unterscheidet sich aber zunehmend von diesen 2001 veröffentlichten Daten. Die Relation von Körpergröße und Gewicht wird durch den Body Mass Index (BMI) ausgedrückt und durch Perzentilen beurteilt. Die Differenzen der BMI-Perzentilen P3 und P50 zu Referenzdaten von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) sind gering. Zur 97. Perzentile (P97) zeigt sich aber ab dem vierten Lebensjahr eine zunehmende Abweichung nach oben (Abb. 2). Tabelle 1 stellt die stetige Erhöhung des mittleren prozentualen Anteils adipöser Kinder und Jugendlicher in den Jahren 1999 bis 2006 dar. Dabei ging nur jeweils eine Messung eines Kindes im Verlaufsjahr in die Auswertung ein. Bei einem Vergleich der Auffälligkeitsraten für 2006 von sächsischen (n = 32642) und westdeutschen (n = 20009; aus Gründen der Gruppengröße wurde alle westdeutschen Bundesländer zusammengefasst) Kindern und Jugendlichen ergibt sich für Sachsen 7,72 Prozent bei den Mädchen und 7,22 Prozent bei den Jungen. Bei westdeutschen Kinder liegen die Auffälligkeitsraten bei 7,66 Prozent für Mädchen und 7,81 Prozent für Jungen.

Klinische Relevanz – Früherkennung von Störungen des Wachstums und der Gewichtsentwicklung

Obleich die meisten Kinder während ihrer Entwicklung in der Kinderarztpraxis gemessen und gewogen werden, hat sich bedauerlicherweise gezeigt, dass bei auffälligen Kindern selten weiterführende diagnostische und gegebenenfalls therapeutische Schritte erfolgen. Dies ist um so bedenklicher, als der Zeitraum, in dem kindliche Wachstumsstörungen behandelt werden können, oft sehr begrenzt ist. Im Vordergrund stehen die Kinder, denen durch eine rechtzeitige Substitution oder Therapie mit Wachstumshormon optimal geholfen werden kann. Bei einer sehr spät einsetzenden Substitution mit Wachstumshormon gelingt es oft trotz hoher Dosen nicht, einen guten Effekt auf die Wachstumsraten und die Endgröße zu erzielen. Anerkannte Indikationen für eine Therapie mit Wachstumshormon sind zurzeit der isolierte oder kombinierte Wachstumshormonmangel, der bis zum Ende des vierten Lebensjahres nicht ausgeglichene intrauterine Kleinwuchs (small for gestational age infants = SGA), das Ullrich-Turner- und das Prader-Willi-Labhart-Syndrom, sowie die progrediente Wachstumsstörung bei chronischer Niereninsuffizienz.

Das geschilderte CrescNet-Verfahren ermöglicht die Erkennung von Störungen des Wachstums und der Entwicklung früher als bisher. Die durch das Screeningprogramm identifizierten Patienten mit nachgewiesenem Wachstumshormonmangel des Behandlungszentrums an der Klinik für Kinder und Jugendliche des Universitätsklinikums Leipzig konnten im Mittel etwa zwei Jahre eher die notwendige Substitution erhalten. In Tab. 2 ist dargestellt, wie in den Jahren 2000 bis 2005 das Durchschnittsalter bei Therapiebeginn bei Patienten mit Wachstumshormonmangel zurückging. Mit zunehmender Wirksamkeit des Systems CrescNet verkürzte sich darüber hinaus das Durchschnittsalter der Patienten von CrescNet-Partnern allmählich unter

Therapiejahr	n	Therapiealter
1999	21	10,112
2000	28	10,723
2001	23	9,756
2002	17	8,509
2003	18	8,466
2004	18	7,809
2005	14	6,502

Tab. 2: Anzahl der Patienten mit Wachstumshormonmangel und mittleres Alter bei Therapiebeginn im Behandlungszentrum in der Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universität Leipzig

das der Patienten von Nicht-CrescNet-Partnern.

Zeigen die Verlaufsdaten eines Kindes eine überdurchschnittliche Gewichtszunahme und liegen die Messwerte für den BMI im oberen Normbereich, dann erhält der Arzt die Mitteilung, dass die Manifestation einer Adipositas und der damit verbundenen Folgeerkrankungen droht. Eine in dieser Phase einsetzende Intervention verspricht mehr langfristigen Erfolg als eine bei schon bestehender Fettleibigkeit. Dem CrescNet-Arzt wird der Einschluss des betroffenen Kindes und seiner Familie in ein System der integrierten Versorgung empfohlen. Dafür ist der Abschluss von Verträgen mit den Krankenkassen geplant und in Arbeit. Die CrescNet-Praxis ist aufgrund ihrer Kooperationsvereinbarung darin als Vertragspartner eingeschlossen.

Präventionsprogramm Adipositas

Für ein Präventionsprogramm wurde ein Pilotprojekt über zwölf Monate durchgeführt, an dem sich 49 Kinder und deren Familien aktiv beteiligten. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass gegenüber einer unbeeinflussten Kontrollgruppe etwa 2,5fach mehr Kinder von den Maßnahmen profitierten und ihren BMI stabilisieren oder absenken konnten. Aus diesem Grund soll die Initiative ausgeweitet werden.

Kinder mit folgenden Voraussetzungen werden in das Präventionsprogramm einbezogen:

- das Alter liegt zwischen vier und neun Jahren

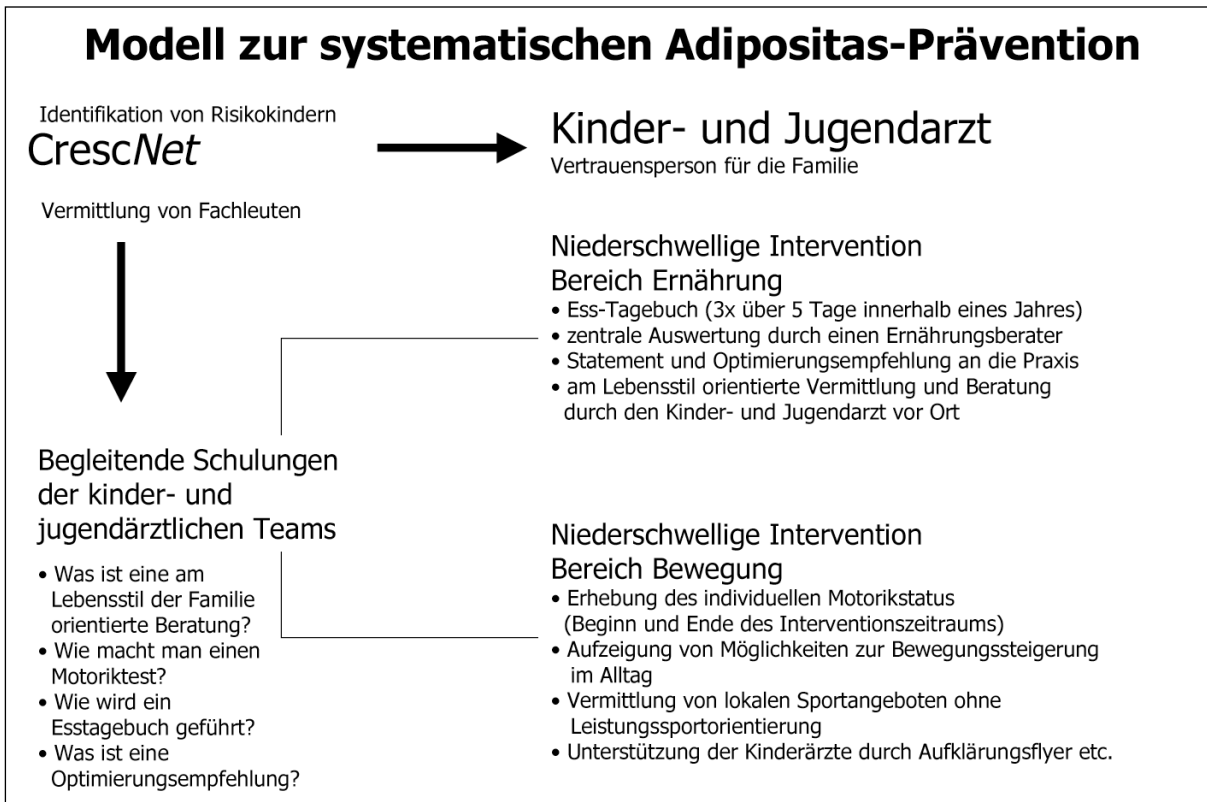


Abb. 3: Modell der gezielten niederschweligen Adipositasprävention im

- der BMI liegt im oberen Normbereich
- der BMI SDS nahm innerhalb eines Jahres um mindestens 0,5 SDS zu.

Die Mittel der Intervention sind

- Beratung der Familie durch das Team der Arztpraxis
- Führung und Auswertung eines Ernährungstagebuches
- Anleitung der Eltern zur optimalen Ernährung ihres Kindes

- Anleitung zur ausgewogenen körperlichen Aktivität
- Beurteilung des Erfolges durch evaluierbare Fragebögen.

Abb. 3 zeigt weitere Details im Ablaufprogramm des Präventionsplans.

Schlussbemerkungen

Das System CrescNet ist ein erprobtes Werkzeug der Qualitätssicherung im Rahmen der Prophylaxe und Thera-

pie von Störungen des Wachstums und der Entwicklung. Alle interessierten niedergelassenen Ärzte können sich auf freiwilliger Basis daran beteiligen.

Literatur bei den Verfassern

Kontakt: Präsentation von CrescNet im Internet unter www.crescnet.de
CrescNet gGmbH
Oststr. 21 – 25, 04317 Leipzig
Tel.: 0341 97 26 148

Von Wien nach Dresden

Interview mit Frau Dr. med. univ. Katja Bartha, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Praxis in Dresden

Frau Dr. Bartha, Sie haben vor einem Jahr eine Praxis übernommen und sind deshalb von Wien nach Dresden gezogen. Was hat Sie zu diesem Schritt geführt?

Ich habe zehn Jahre in Österreich als angestellte Ärztin an verschiedenen Orten gearbeitet und wollte immer auch nah am Patienten sein. Die Suche nach einer eigenen Praxis gestaltete sich in Österreich als sehr schwierig. Es gibt lange Wartelisten. Nach über sechs Jahren habe ich mich dann entschlossen, auch außerhalb des Landes nach einer eigenen Niederlassung Ausschau zu halten. Allerdings kamen für mich mit Blick auf Deutschland immer nur die fünf neuen Bundesländer infrage, weil ich wusste, dass dort die Menschen herzlicher sind und man schneller Kontakt zu ihnen bekommt. Durch Zufall bin ich über die Österreichische Ärztekammer in Wien auf die Praxis in Dresden gestoßen. Und die Begrüßung war so freundlich, dass ich sofort wusste, diese Praxis möchte ich übernehmen.

Wo lagen die größten Schwierigkeiten?

Ich komme ja aus einem Land der Europäischen Union und hatte deshalb überhaupt nicht damit gerechnet, dass ausgerechnet die Anerkennung meiner Diplome in Deutschland die größten Schwierigkeiten bereiten würde. Ich habe da richtig gekämpft. Und ohne die Unterstützung meines Lebensgefährten hätte ich das so nicht geschafft.

Die Praxisübernahme selbst war dann recht unkompliziert. Mein Vorgänger hat mich hervorragend unterstützt und mir die Aufgaben so nach und nach übertragen. Umlernen musste ich vor allem bei den Medikamenten, weil diese in Deutschland alle andere Namen haben als in Österreich. Und auch jedes Formular sieht hier anders aus.



Von Wien nach Dresden: Frau Dr. med. univ. Katja Bartha

Was sagen die Patienten und Kollegen zum Wiener Charme?

Meine Patienten sind sehr froh, das spüre ich jeden Tag in der Praxis. Ich erlebe hier täglich eine Freundlichkeit und Liebenswürdigkeit. Der Zustrom ist sehr groß. Besonders dankbar sind sie natürlich für die Behandlung aber auch für meinen Einsatz, wenn es um Facharzttermine geht. Zu meinen Kollegen hat sich ein gutes Verhältnis entwickelt. Ich kann einfach anrufen und vieles auf dem kurzen Weg besprechen.

Was ist hier in einer Hausarztpraxis anders als in Wien?

Ich musste erst einmal umdenken und mich in der Rolle des „Lotsen“, wie es hier heißt, zurechtfinden. In Österreich ist der Hausarzt zumeist nur für die Vorsorge zuständig, zum Facharzt gehen die Patienten direkt. Und anders als in Österreich müssen die Patienten hier lange auf einen Facharzttermin warten. Das ist manchmal eine Katastrophe. In Wien warten die Patienten im Durchschnitt nur drei Wochen. Ich bin viel damit beschäftigt, meine Patienten hier unterzubringen.

Dresden ist nicht Wien. Was fehlt Ihnen?

Ein richtiges Stadtzentrum hat Dresden schon verdient. Und manchmal

denke ich, ein paar mehr kulturelle Veranstaltungsangebote wären schön. Aber bei meiner geringen Freizeit kann ich, wenn ich ehrlich bin, nicht mehr machen. Man kann immer nur auf einem Stuhl sitzen. Und oft fehlt mir meine Familie.

Was würden Sie Ihren Kollegen in Österreich für die Praxissuche im Ausland empfehlen?

Die Investitionskosten für eine eigene Praxis halten sich hier in Grenzen und sind gut kalkulierbar. Das Risiko bleibt gering. Unbedingt wichtig ist aus meiner Sicht aber die Berufserfahrung. Ein unerfahrener Mediziner nach dem Studium oder nach der Weiterbildung ist nicht sattelfest. Und vom ersten Tag an kommen hohe Anforderungen auf einen zu, auch von den Patienten. Die kann man ohne Erfahrung nicht bewältigen. Wichtig ist auch ein soziales Netz. Die Familie muss an einem Strick ziehen und den Schritt mittun.

Jetzt nach einem Jahr in Dresden, würden Sie sich wieder für Sachsen entscheiden?

Ja!

Die Fragen stellte:
Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Herzinfarkt als Unterrichtsthema



Ein ungewöhnlicher Unterrichtstag stand auf dem Plan der Gymnasias-ten in Einsiedel/Chemnitz. Sie sollten an ein Thema herangeführt werden, das im Allgemeinen als „etwas für Ältere“ gilt: Die Schüler einer 11. Klasse mussten sich mit Herz-Kreislaufkrankheiten beschäftigen und erhielten dazu wichtige Informationen von ärztlichen Experten. Die Frage nach dem Warum für dieses Thema im Unterricht lässt sich einfach beantworten: Noch immer sind Herzinfarkte die häufigste Todesursa-

che in Industrieländern und keineswegs nur ein Thema für die ältere Generation.

Die „Sächsische Herzinitiative e.V.“, der „Sächsische Hausärzterverband e.V.“ vertreten durch Fach- und Hausärzte der Region und eine Krankenkasse, haben deshalb das Schulprojekt „Herztag – Zeit ist Leben“ initiiert. Erstmals wurde damit im Freistaat Sachsen ein Projekt gestartet, welches das Thema Herzinfarkt verjüngt und in die Klassenzimmer holt. Das Projekt steht unter Schirmherrschaft der Sächsischen Sozialministerin Helma Orosz.

Statistiken belegen, dass immer Jüngere von einem Infarkt betroffen sind. Auch unter 40-jährige kann es „erwischen“. Für viele kommt der Infarkt wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Dabei gibt es Faktoren, die seine Entstehung begünstigen und nicht unterschätzt werden sollten. Diese, so die Projektinitiatoren, können schon von den Heranwachsenden beeinflusst werden.

Beispielsweise hat sich die Ernährungs- und Lebenssituation vieler Kinder und Jugendlicher im Vergleich mit der Eltern- und Großeltern- generation deutlich gewandelt. Heranwachsende essen zu süß und zu fett und bewegen sich außerdem zu wenig. Das hat zur Konsequenz, dass schon bei Schuleingangsuntersuchun-

gen 10 bis 12 Prozent der Kinder als übergewichtig eingestuft werden. Häufig bleiben diese ein Leben lang buchstäblich auf ihrem Übergewicht sitzen. Was sie wiederum anfälliger für Herz-Kreislauf-Erkrankungen macht. Das Projekt will daher Jugendliche mit diesen und anderen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekannt machen und zu einer gesünderen Lebensweise anregen. Dazu berichten Ärzte aus ihrem Alltag mit betroffenen Patienten, wird bei den Schülern der Blutdruck gemessen und Ernährungsberater unterbreiten – falls notwendig – vielfältige Angebote für eine gegebenenfalls Änderung des Essverhaltens.

Jeder kann einmal in die Situation kommen, erste Hilfe zu leisten. Was tun, wenn der Gegenüber keine Luft bekommt und über Schmerzen im Schulter-Brust-Bereich klagt? Die jungen Leute werden deshalb auch sensibilisiert, Anzeichen für einen Herzinfarkt rechtzeitig zu erkennen. Dazu gehört ebenso das richtige Verhalten im Notfall bis zum Eintreffen eines Arztes. Im zweiten praktischen Teil konnte deshalb die Handhabung eines AED (Externer Defibrillator) kennengelernt und an Demonstrationspuppen geübt werden.

Dipl.-Med. Ingrid Pawlik
Sächsischer Hausärzterverband
i. Dt. Hausärzterverband e.V.

Jahreskongress der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin 2007

Mit dem diesjährigen Jahreskongress vom 4. bis 6. Oktober 2007 geht die Sächsische Gesellschaft für Innere Medizin einen neuen Weg. Standen bisher einzelne Themenschwerpunkte aus dem Bereich der Inneren Medizin im Vordergrund, so soll die Tagung diesmal die Möglichkeit bieten, sich kompakt über neue Entwicklungen und Tendenzen auf allen Teilgebieten der Inneren Medizin zu informieren. Von ausgewiesenen Vertretern der jeweiligen Subspezialisierungen werden deshalb entsprechende „State of the Art“ Vorträge gehalten. Die Sächsische Gesellschaft für Innere Medizin möchte damit dem Anliegen Rechnung tragen, die Gesamtheit der Inneren Medizin zu vertreten und allen Kollegen, die den Überblick über ihr gesamtes Fachgebiet behalten wollen, ein entsprechendes Informations- und Diskussionsforum zu bieten.

Die Sächsische Gesellschaft für Innere Medizin fühlt sich in ihrem Konzept durch die jüngste Entscheidung des 110. Deutschen Ärztetages bestätigt, der mit deutlicher Mehrheit die Rückkehr des Allgemein-Internisten beschlossen hat. Die Innere Medizin kann und darf auch künftig nicht nur in ihren Schwerpunkten existieren. Krankheiten erfassen den ganzen Menschen, berühren Leib und Seele, egal ob primär das Herz, die Lunge, die Nieren, der Stütz- und Bewegungsapparat oder andere innere Organe betroffen sind.

Wegen der enormen Breite trug die Innere Medizin immer auch den Keim der Zersplitterung in sich. Das bewegte schon Friedrich Theodor von Frerichs als er bei der Eröffnung des Gründungskongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 1882 ausrief:

„Die innere Heilkunde ist und bleibt der segenspendende Strom, von welchem die Spezialfächer wie Bäche sich abzweigen und gespeist werden, die aber im Sande verrinnen und versiegen werden, wenn sie sich abtrennen.“

An dieser Einsicht hat sich bis heute nichts geändert, auch wenn sich unsere Kenntnisse in der Medizin insgesamt und in der Inneren Medizin im Besonderen wesentlich vervielfacht haben. Die Differenzierung der Medizin ist nicht nur unaufhaltsam, sondern geradezu unentbehrlich, wenn wir den Kranken immer bessere Hilfe zuteil werden lassen wollen. Aber gleichzeitig ergibt sich aus der Differenzierung das kategorische Gebot der Integration und Synthese, wenn wir am Ende nicht von Nichts alles und von Allem nichts verstehen wollen. Deshalb musste der Allgemein-Internist als Basis der inneren Medizin unbedingt erhalten bleiben. Trotz aller Fortschritte sollte es auch heute gelingen, einen Allgemein-Internisten auszubilden, der die große Zahl der an inneren Erkrankungen Leidenden behandeln und im Bedarfsfall den Spezialisten um Rat und Hilfe bitten kann.

Auf dem Jahreskongress der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin referieren ausgewiesene und bekannte Fachleute aus Sachsen. Das ist für jeden Teilnehmer eine vorzügliche Gelegenheit, um durch Vorträge und Diskussionen eine aktuelle Zusammenschau über die Fortschritte auf dem gesamten Gebiet der inneren Krankheiten in konzentrierter Form zu erhalten.

Unterstützen Sie die Sächsische Gesellschaft für Innere Medizin auf Ihrem neuen Weg. Wir denken den Teilnehmern ein modernes Fortbildungskonzept anbieten zu können, das kritisch die diagnostischen und therapeutischen Neuigkeiten unter die Lupe nimmt und auch ausführlich Möglichkeit zur Diskussion bereitstellt.

Kommen Sie zum Jahreskongress 2007 der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin, der vom 4. bis 6. Oktober im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer in 01099 Dresden, Schützenhöhe 16, stattfindet.

Prof. Dr. med. Hubert Nüßlein
Doz. Dr. med. Gottfried Hempel
Vorsitzender der SGIM
Sekretär der SGIM

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162
Internet: <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
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 10 vom 1.1.2007 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. 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 gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 8,40 € 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 Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

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

Rechtsfragen in Klinik und Praxis

Einsichts- und Herausgabeansprüche von Patienten bezüglich Krankenunterlagen

Die Sächsische Landesärztekammer hatte bereits in Heft 4/2006 des „Ärztblatt Sachsen“ ausführlich über die Aufbewahrung von Patientenunterlagen und die Einsichtsrechte in die Patientendokumentation berichtet. Nicht selten treten jedoch dann Unsicherheiten über den Umfang des Einsichtsrechts auf, wenn der Patient nicht nur die vom behandelnden Arzt selbst erstellten Unterlagen einzusehen oder Kopien hiervon wünscht, sondern auch die von mit-, weiter- und nachbehandelnden Ärzten. Deshalb sollen die Ansprüche von Patienten auch hinsichtlich dieser Drittunterlagen näher erläutert werden.

Gemäß § 10 Abs. 1 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer hat jeder Arzt über die in Ausübung seines Berufs gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu fertigen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation. Gemäß § 10 Abs. 2 der Berufsordnung hat der Arzt dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die objektiven Aufzeichnungen der ihn betreffenden Krankenunterlagen, wie zum Beispiel Anamnese, Labor- und Untersuchungsbefunde, Ergebnis der Behandlung, Zwischenfälle, Überweisungsempfehlungen und Ähnliches, Einsicht zu gewähren. Ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes enthalten. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

Finden sich in den Krankenunterlagen auch Befunde und Arztbriefe anderer Ärzte, so wird regelmäßig zumindest dann ein Einsichtsrecht auch in Drittunterlagen zu bejahen sein, wenn diese behandlungs- und patientenrelevante Informationen enthalten und der behandelnde Arzt

die Informationen in seine therapeutischen Überlegungen mit einbezieht oder zur Grundlage der weiteren Behandlung macht. Nach dem Grundsatzzurteil des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 23.11.1982 (Az: IV ZR 222/79) zu den Einsichtsrechten von Patienten in die über sie erstellte Patientendokumentation wird eine Entscheidung in weiterbehandlungsrelevante oder nicht relevante Unterlagen nicht getroffen. Nach Ansicht des Gerichts sei es hinsichtlich des Einsichtswunsches des Patienten unbeachtlich, ob auch Drittbefunde Teil der ärztlichen Dokumentation sind. Das Einsichtsrecht des Patienten beziehe sich auf sämtliche objektiven Unterlagen, über die der Arzt verfügt. Die von ärztlicher Seite oft geltend gemachten Urheber- und Eigentumsrechte an solchen Aufzeichnungen müssten hinter dem Persönlichkeitsrecht des betroffenen Patienten zurücktreten. Dieses Urteil wurde in den Entscheidungen des BGH vom 23.11.1982 (Az: VI ZR 177/81) und vom 06.12.1988 (Az: VI ZR 76/88) und durch einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 16.09.1998 (BvR 1130/98, in: NJW 1999, 1777) bestätigt und konkretisiert.

Eine gesetzliche Datenaustauschregelung hinsichtlich des Einsichtsrechts von Patienten in sogenannte Drittunterlagen bei Hausärzten findet sich in § 73 Abs. 1 Nr. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Danach beinhaltet die hausärztliche Versorgung unter anderem die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung. Hausärzte dürfen gemäß § 73 Abs. 1 b Satz 1 SGB V bei Ärzten, die einen seiner Patienten weiterbehandeln, die wesentlichen Behandlungsdaten und Befunde des Versicherten zum Zweck der Dokumentation erheben. Der einen Versicherten weiterbehandelnde Arzt ist gemäß § 73 Abs. 1 b Satz 2 SGB V verpflichtet, dem Hausarzt dieses Versicherten mit dessen Einverständnis die in Satz 1 übermittelten Daten zum Zwecke der bei ihm durchzuführenden Dokumen-

tation zu übermitteln. Die Einwilligung kann vom Patienten auch widerrufen werden. Auf diese Weise wird auch der Sozialgesetzgeber der besonderen Bedeutung des Hausarztes als „Lotsen im Gesundheitswesen“ gerecht.

Einschränkungen hinsichtlich der Einsichtsrechte finden sich in Bezug auf ärztliche Dokumentationen über psychiatrische Behandlungen. Dort kommt der Entscheidung des Arztes, ob eine Einsichtnahme des Patienten oder eine Aushändigung der Unterlagen in Kopie erfolgen kann, besondere Bedeutung zu. Es kann die Gefahr bestehen, dass das Ziel der psychiatrischen Behandlung durch die Bekanntgabe der Krankengeschichte gefährdet wird. Der Arzt darf in diesen Fällen zum Schutz des Patienten die Einsichtnahme verweigern. Der Arzt braucht die therapeutischen Gründe der Einsichtsverweigerung zwar nicht im Detail begründen, jedoch muss erkennbar sein, dass er seine Entscheidung verantwortlich in voller Würdigung der Persönlichkeitsrechte des Patienten getroffen hat (BVerfGE, BvR 1130/98, in: NJW 1999, 1777).

Das Recht des Patienten auf Einsicht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen kann in Form der Einsichtsgewährung und Auskunft an den Patienten selbst oder einen von ihm Bevollmächtigten, etwa einen anderen Arzt, einen Rechtsanwalt oder Angehörigen, wahrgenommen werden. Der Arzt sollte sich dann jedoch stets eine schriftliche Bevollmächtigung und eine schriftliche Erklärung des Patienten über die Entbindung von der dem Arzt obliegenden ärztlichen Schweigepflicht vorlegen lassen. Nach dem Tod des Patienten können Angehörige den Arzt von der Schweigepflicht nicht wirksam entbinden. Die Erteilung von Auskünften an Erben, Angehörige oder Dritte oder die Herausgabe von Krankenunterlagen Verstorbener verstößt also gegen die ärztliche Schweigepflicht, es sei denn, der Arzt kommt zu dem Ergebnis, dass die Offenbarung des Patientengeheimnisses im so genannten mutmaßlichen Interesse des Verstorbenen ist. Die Entscheidung über die Offenbarung

obliegt in jedem Fall dem Arzt, der hierbei als Sachwalter der Interessen des verstorbenen Patienten zu sehen ist. Der Arzt muss sich stets fragen, ob der Patient, wäre er noch am Leben, seine Einwilligung zur Offenbarung geben würde.

Letztlich spiegeln sich in der Realisierung der Einsichtsrechte stets die allgemeinen (auch postmortalen) Persönlichkeitsrechte der Patienten wider. Die hierzu erforderlichen Entscheidungen der Ärztinnen und Ärzte erfordern daher der besonders

gewissenhaften Berücksichtigung und Beachtung der Patienteninteressen. Die Entscheidungen sollten ebenfalls in die Patientendokumentation aufgenommen werden.

Dr. jur. Alexander Gruner
Komm. Leiter der Rechtsabteilung

Berufsförderungswerk Dresden Zentrum für berufliche Rehabilitation

Aus ihrer Praxis wissen die Ärzte, dass Krankheiten oder Unfälle zur Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit führen können. Für die betroffenen Menschen ist es dann sehr hilfreich, wenn ihnen neue berufliche Perspektiven aufgezeigt werden können. Denn laut Sozialgesetzbuch IX haben in unserem Land gesundheitlich Geschädigte nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation ein Recht auf eine berufliche Neuorientierung, wenn durch Krankheit oder Unfall eine Beeinträchtigung vorliegt, die eine Wiederaufnahme des erlernten Berufes oder der ausgeübten Tätigkeit nicht mehr erlaubt. Es gilt der Leitsatz „Reha vor Rente“. Bedingt durch die demografische Entwicklung wird der Arbeitsmarkt qualifizierte Fachkräfte auch wieder zunehmend benötigen! In Deutschland gibt es nach § 35 SGB IX anerkannte Einrichtungen für eine berufliche Rehabilitation – 28 Berufsförderungswerke, die insgesamt über rund 15.000 Ausbildungsplätze verfügen und damit Qualifizierungen in unterschiedlichsten Berufen anbieten. In Sachsen existieren zwei Berufsförderungswerke, und zwar in Dresden und Leipzig.

Die Finanzierung einer beruflichen Rehabilitation übernehmen die Rehabilitationsträger (zum Beispiel Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, ALG-II-Träger, Berufsgenossenschaften), bei denen die Betroffenen ihren Antrag auf Leistungen zur Teilhabe entsprechend SGB IX stellen.

Gegenwärtig absolvieren im Berufsförderungswerk Dresden 579 Teilnehmer eine berufliche Rehabilitation. Sie erlernen entweder während einer 2-jährigen Ausbildung einen neuen Beruf oder erwerben kürzere modulare Qualifizierungen, die an die bisherige Berufskarriere anknüpfen oder ihnen eine andere Tätigkeit ermöglichen. Ziel ist der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben.

Bereits im Vorfeld der eigentlichen beruflichen Reha klären Ärzte, Psychologen und Ausbilder des Berufsförderungswerkes Dresden gemeinsam mit dem Betroffenen im Rahmen eines Reha-Assessments die berufliche Eignung und erarbeiten so eine Perspektive für den Neustart in Beruf und Gesellschaft. Der Medizinische Fachdienst begutachtet dazu anhand von Vorbefunden oder Reha-Entlassungsberichten sowie einer Ganzkörperuntersuchung die gesundheitliche Tauglichkeit.

Die sich anschließende Qualifizierung im Berufsförderungswerk Dresden wird von Fachdiensten unterstützt:

Mediziner, Psychologen, Physio-/Sporttherapeuten und Sozialpädagogen begleiten die Rehabilitanden. Zu Beginn wird in einem individuellen Förderprogramm festgelegt, welche therapeutischen Maßnahmen dem Teilnehmer während der Qualifizierung sinnvoll helfen können. So werden zum Beispiel nach einer Aufnahmeuntersuchung eine spezielle Physio- bzw. Sporttherapie, Diäten, besondere Hilfsmittel oder ein individuelles Einhandtraining angeboten. Natürlich ersetzen wir damit nicht den Haus- oder Facharzt, sondern arbeiten eng mit ihm zusammen.

In unserer Praxis stellen wir leider immer wieder fest, dass oft sehr viel Zeit vergeht, bis eine berufliche Rehabilitation eingeleitet wird. Die individuelle Beratung der Betroffenen sollte jedoch so zeitig wie möglich einsetzen – bestenfalls schon während der medizinischen Rehabilitation. Hier sind die Rehabilitanden auf die volle Unterstützung ihrer behandelnden Haus- und Fachärzte angewiesen.

Dipl.-Med. Maren Ludwig
Leiterin Medizinischer Fachdienst
Berufsförderungswerk Dresden
Zentrum für berufliche Rehabilitation
Hellerhofstraße 35, 01129 Dresden
Telefon: 0351 85480
E-Mail: medizin@bfiw-dresden.de

Die Sächsische Landesärztekammer im Internet
<http://www.slaek.de>

Seminar für Praxisgründer

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden und die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Filiale Dresden veranstalten gemeinsam ein Seminar für Praxisgründer:

Der Weg in die eigene Praxis Ihr Zukunftsplan für Wirtschaftlichkeit, Qualitätsmanagement und Freude im Beruf.

Das Seminar will niederlassungswilligen Ärzten die notwendigen Kenntnisse über die wirtschaftlichen und rechtlichen Anforderungen des „Wirtschaftsunternehmens Arztpraxis“ vermitteln.

Themenschwerpunkte:

- Voraussetzungen einer Niederlassung
- Aktuelle Tendenzen im Gesundheitswesen
- Praxisübernahme und Praxisneugründung – Welche Möglichkeiten bestehen heute noch?
- Praxisräume: mieten oder kaufen?
- Kooperationsmöglichkeiten
- Der „neue“ angestellte Arzt
- Arbeitsverträge in der Praxis
- Familienrechtliche Absicherung: Ehevertrag und Testament
- Vor- und Nachteile einzelner Finanzierungsformen
- Notwendigkeit einer Kostenanalyse (INKO)
- Liquiditätssteuerung
- Betriebswirtschaftliche Kennziffern
- Die richtigen Abschreibungs- und Investitionsstrategien
- Der angemessene Kaufpreis einer Arztpraxis

Das Seminar findet statt am **10. November 2007, von 10.00 bis 16.00 Uhr** im Haus der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden. Die Teilnahmegebühr beträgt 70 EURO.

Anmeldungen sind bitte bis zum 20.10.2007 zu richten an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen Bezirksgeschäftsstelle Dresden
Abt. Sicherstellung, PF 10 06 41, 01076 Dresden (Tel. 0351 8828-315, Fax: 0351 8828-199, E-Mail: si@kvs-dresden.de)

Programm zur Förderung von Investitionen kleiner Unternehmen in strukturschwachen Räumen

Die Sächsische Aufbaubank (SAB) teilt mit, dass die Richtlinie zur Förderung von Investitionen kleiner Unternehmen in strukturschwachen Räumen vom 5.4.2007 neu aufgelegt wurde.

Mit der Neuauflage des Zuschussprogramms gehören nun auch ausge-

wählte niedergelassene Ärzte (Hausärzte, hausärztliche Internisten, Allgemeinmediziner, Kinderärzte und Nervenärzte) zum Kreis der Zuwendungsempfänger. Sie können in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirkes, in denen eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung festgestellt wurde, gefördert werden (s. Ziffer 3.4 der Richtlinie)

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das ServiceCenter der SAB unter der Tel.-Nr. 0351 4910-4910 oder im Internet unter: www.sab.sachsen.de.

Konzert und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Festsaal, Sonntag, 7. Oktober 2007, 11.00 Uhr
Junge Matinee
Klaviermusik
Werke von Beethoven, Chopin, Mozart und Prokofjew
Hyun-Il Seo, Klasse Prof. Pia Kaiser der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellung

Foyer und 4. Etage
Gabi Keil
Malerei und Zeichnung
bis 16. September 2007

Ausstellung

Angela Hampel
Aus der Mode
19. September bis 11. November 2007
Vernissage: Donnerstag, 20. September 2007, 19.30 Uhr
Einführung: Karin Weber, Kunstwissenschaftlerin und Kuratorin, Dresden

Sächsische Ärzteversorgung Ausstellung

Foyer, bis 31. Oktober 2007
Malerei und Grafik
Frau Erdmute Wilding stellt die Bilder ihres verstorbenen Vaters, dem Dresdner Maler Armin Schulze, aus.

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 Registrierungs-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.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Chemnitzer Land

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 07/C056

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 07/C057

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.10.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: 0371 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 07/D058
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.9.2007
Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 07/D059
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.9.2007

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologie
Reg.-Nr. 07/D060

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.10.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/L075
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 07/L076
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 07/L077
Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 07/L078
Facharzt für Innere Medizin-fachärztlich
Reg.-Nr. 07/L079
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Reg.-Nr. 07/L080

Leipziger Land

Facharzt für Frauenheilkunde
Reg.-Nr. 07/L081

Delitzsch

Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 07/L082

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/L083

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.10.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: 0341 243 21-54 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.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Riesa-Großhain

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
in Riesa
Praxisabgabe geplant: 07/2008

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432-154.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Praxisalltag

Herr Dr. Michael Schäfer hat der Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ ein Schreiben der Geschäftsstelle der „Prüfgremien der Ärzte und Krankenkassen“ zugesandt mit der Bitte, seine Antwort darauf zu veröffentlichen. Der Fall wurde inzwischen ohne Regress abgeschlossen.

Dr. med. Michael Schäfer
26.2.2007
Karlsbader Straße 7
08340 Schwarzenberg

Geschäftsstelle der Prüfgremien
Am Waldschlößchen 4, 01099 Dresden

Hochverehrtes Prüforgan, mit gemischten Gefühlen habe ich Ihr maschinell erstelltes und ohne Unterschrift gültiges Schreiben vom 12. Februar dieses Jahres erhalten. Immerhin bringt es etwas Zeitvertreib in meinen Praxisalltag und zeigt selbst mir altem Irrenarzt, der gewiss schon manch Seltsames erlebt hat, dass es nichts Närrisches gibt auf dieser Welt, das nicht noch zu überreffen wäre.

So gibt es beispielsweise auch eine Gesundheitskasse – bei dieser Namensgebung muss kognitive Kernkompetenz am Werke gewesen sein – und dieser Gesundheitskasse soll ich einen sonstigen Schaden zugefügt haben! Möglicherweise liegt das Problem bereits in dem verqueren Selbstverständnis dieser Kasse, das sich in dieser Namensgebung offenbart; ich zumindest behandle üblicherweise keine Gesunden, allenfalls solche, die sich irrtümlicherweise dafür halten.

Ich weiß, das Prüforgan tut nur seine Pflicht und kann ansonsten gar nichts dafür; derlei ist mir vertraut.

Und so will ich denn Aufklärung geben und das Prüforgan in die Welt meines Praxisalltags mitnehmen, wobei ich sein Vorstellungsvermögen etwas strapazieren muss. Es, nämlich das Prüforgan, stelle sich vor, der Endunterzeichner betreue – unter anderem – rund 30 Patienten in einem Wohnheim für chronisch psychisch Kranke. Jeweils zu Monatsanfang erhält er per Fax eine umfangreiche Liste mit den für die kommen-

den Wochen benötigten Medikamenten. Diese Liste wird am nächsten, mitunter auch erst am übernächsten Tag von einer meiner Mitarbeiterinnen abgearbeitet, die Rezepte werden gedruckt, von mir unterschrieben und an das Heim zurückgesendet. Kurz gesagt, zwischen Rezeptanforderung, -erstellung und Rücksendung vergehen mitunter zwei oder drei Tage.

Nun steht inzwischen die Zeit nicht still und komplexe Vorgänge haben die vertrackte Eigenschaft, nichtlinear zu verlaufen und somit schwer prognostizierbar zu sein, mit anderen Worten: es treten unerwartete Ereignisse ein.

Just dies ist in besagtem Falle geschehen. Die Liste war zu mir unterwegs oder harrte bereits ihrer Erledigung, die eigentliche Prozedur der Rezepterstellung hatte möglicherweise auch noch gar nicht begonnen, wer will das heute noch genau sagen, da erkrankte einer der Patienten, für den auch Medikamente bestellt worden waren, an einer akuten Lungenentzündung und musste via Notarzt ins Krankenhaus. Dort blieb er mehrere Tage und war darauf gar noch zu einer Anschlussheilbehandlung.

Bis ich davon erfuhr, war das Rezept längst unterschrieben, in der Apotheke eingelöst und die Medizin stand zum Gebrauch bereit, nur der Patient fehlte. Zu allem Überfluss – und auch das kennzeichnet die Nichtlinearität komplexer Systeme – wurde im Krankenhaus nicht nur die Pneumonia kuriert, es wurde auch gleich noch die Psychopharmakotherapie umgestellt, wie das bisweilen von einem besonders Wohlmeinenden für nötig gehalten wird, der dem ambulanten Kollegen nicht recht traut.

Schließlich kehrte der Patient zurück, seine psychischen Symptome trotzten auch der neuen Medizin, seine Lungenentzündung war jedoch geheilt, er kehrte also zurück und es waren nun, bildlich gesprochen, Gesundheitskassenversicherter und auf Kosten eben dieser Kasse verordnete und vor Zeiten bestellte Medikamente glücklich vereint, letztere wurden jedoch wegen der für den Endunterzeichner nicht vorhersehbaren

Umstellung nicht mehr benötigt. Was nun?

Abgesehen davon, dass sich dieser Sachverhalt in einem kurzen Telefongespräch direkt zwischen einer Mitarbeiterin der Kasse und mir hätte aufklären lassen, habe ich den Eindruck, dass Verwaltungen zu der Vorstellung neigen, die Komplexität dieser Welt linear erfassen zu können und auch im Einzelnen ordnen zu müssen. Das Ergebnis solcher Bemühungen sind starre, immer komplizierter und unübersichtlicher werdende Regelwerke, die von immer weniger Menschen verstanden werden und in denen Vertrauen, persönliche Verantwortung und Kreativität durch ängstliches Festklammern an Vorschriften und Leitlinien ersetzt werden. Unter solchen Bedingungen besteht die Gefahr, die Freude an jeglicher Tätigkeit zu verlieren, ich zumindest habe nicht vor, meine Praxis wie ein Zwangskranker zu führen.

Um dem sich ausbreitenden Verbitterungssyndrom vorzubeugen, sollten diese Dinge nicht auf die Spitze getrieben werden. Es ist durchaus vorstellbar, dass diejenigen, die diese vielen Regeln befolgen sollen, allmählich abhanden kommen. Das wäre zwar auch eine Lösung, aber keine besonders glückliche.

Mit freundlichen und nachdenklichen Grüßen
Dr. Schäfer

75. Geburtstag

Dr. med. Ralf Böhme
Freiburger Allee 23,
04416 Markkleeberg
13.3.2007

Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“

Sehr geehrte Damen und Herren, auch wenn ich seit dem Jahr 2001 nicht mehr Mitglied der Sächsischen Landesärztekammer bin (ich arbeite in Nordhausen/Thüringen), möchte ich Sie, vielleicht unter der Rubrik „Leserzuschrift“, um eine Erwähnung im „Ärzteblatt Sachsen“ bitten.

Es geht um Frau Marianne Kahle. Den in Leipzig (bis 1988) studiert habenden Ärzten dürfte sie bestens

bekannt sein, war sie doch die Wirtin des weithin, beinahe ausschließlich unter Medizinstudenten berühmten und bekannten „Bräustübl“ in der (heutigen) Prager, damals Lenin-Straße (auch genannt „Zur Zenzi“). Sie hat daselbst ihre Studenten, die ihr wie eigene Kinder waren, etliche Jahre mit Speisen, Getränken und Lebensweisheiten versorgt. Mit von der Partie waren ihr Mann, Heinz Kahle, sowie ihre Schwester, Hilda Böhme. Sie war den Studenten oft mehr als nur ein Elternersatz. Bei ihren Taten ging es natürlich zunächst um Bier, Soljanka, Pizza, VK (ein geheimes Spezialgetränk), aber auch um die Beantwortung der Fragen: „Hast Du gelernt?!“ oder „Hast Du bestanden?!“ Verneinende oder ausweichende Antworten wurden mit der Verabreichung von nur einem Bier geahndet, die Verweildauer war dann kurz.

Das „Bräustübl“ ist längst der Abrissbirne zum Opfer gefallen, auch die Studenten sind nicht mehr das, was sie mal waren.

Aber Marianne Kahle beging am 17. März 2007 ihren 75. Geburtstag. Und sie wird ihn in ihren privaten Räumen begehen, die von fleißigen Enthusiasten so wiederhergestellt wurden, wie sie früher im „Bräustübl“ aussahen. Da leben „alte Zeiten“ wieder auf.

Mit herzlichem Dank für Ihre Bemühungen
und freundlichen Grüßen
Ralf Böhme

Dankschreiben

Dr. med. Horst Heyder
Donndorfstraße 7, 01217 Dresden
Ostern 2007

Kreisärztekammer Dresden – Vorstand

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ich bedanke mich sehr für Ihre Grüße und guten Wünsche zu meinem 75. Geburtstag, natürlich auch für den Wunschgutschein. Ich werde ihn in geeigneter Weise einlösen.

Wenn ich nunmehr bereits zehn Jahre im Ruhestand bin, so gilt mein Interesse auch weiterhin der Ent-

wicklung von Medizin und Gesellschaft, wobei mir eine wesentliche Informationsquelle das „Ärzteblatt Sachsen“ und das „Deutsche Ärzteblatt“ sind. Für die regelmäßige kostenlose Übersendung möchte ich die Gelegenheit nutzen, auch Ihnen einmal dafür zu danken.

Mit freundlichen Grüßen
Horst Heyder

Staatsmedizin

Dipl.-Med. Wilfried Meißner
Straße der Jugend 91
08228 Rodewisch
12.5.2007

Herrn Präsidenten
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Sächsische Landesärztekammer

Sehr geehrter Herr Präsident, in mehreren Beiträgen für das „Ärzteblatt Sachsen“ haben Sie sich deutlich zu Wort gemeldet und sich für unsere ärztlichen Interessen eingesetzt. Mehrfach warnten Sie vor einer neuen Staatsmedizin. Ich erlaube mir die Bemerkung, dass die mittlerweile bestehenden und auf uns zukommenden Verhältnisse mit dem Begriff der Staatsmedizin möglicherweise noch nicht ausreichend abgebildet werden, da nicht einmal der deutsche Staat (oder gar etwa das Gemeinwohl) Nutznießer der Entwicklung zu sein scheint.

Mit Blick auf die um sich greifenden Privatisierungen der Krankenhäuser und die Bildung von wenigen Medizinkonzernen, welche zunehmend auch den ambulanten Sektor aufrollen dürften, drängt sich mir der Gedanke auf, dass hier eine unselige Allianz von Staat und Großkonzernen (die ihre Interessenvertreter bekanntermaßen auch in Ministerien haben) eine Art Privatstaats-Medizin etabliert: Der Staat sorgt – verkürzt gesagt – für das Eintreiben der Kassenbeiträge der zunehmend vereinheitlichten Versicherer zum schließlichen Nutzen von deutschen und ausländischen Kapitaleignern, für die wir Ärzte und die anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen irgendwann wohl alle zu arbeiten haben.

Der deutsche Staat (wie auch andere Staaten) fungiert sozusagen nur als Beitragseintreiber sowie als Domestikationsorgan für die freiberuflichen Bestrebungen der Ärzte.

Die Politiker wissen in der Mehrheit wohl gar nicht, was sie mit ihrem Abnicken angerichtet haben und noch anrichten, wie der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Hoppe, unlängst im Deutschen Ärzteblatt zum Ausdruck brachte.

Meiner Ansicht nach müssten wir in unserem Kampf gegen die zunehmende Bevormundung, Fremdbestimmung und Ausbeutung auch, wenn nicht vor allem, die Verantwortlichen oder Profiteure beobachten, welche hinter den Kulissen der veröffentlichten Politik die Fäden ziehen.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Wilfried Meißner

Flunitrazepam

Soteria Klinik Leipzig GmbH
Ärztlicher Direktor
Leipzig, 22.5.2007

Bemerkung zu dem Beitrag von Herrn Kollegen Dr. med. Lothar Markus im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2007

Es ist dem Kollegen Markus zu danken, wenn er in aller Offenheit seine Erfahrungen und Einschätzung bei der Verschreibung von Flunitrazepam (Rohypnol) zur Verfügung stellt. Seinem abschließenden Hinweis, dass Flunitrazepam-Tabletten keine Existenzberechtigung haben, ist nichts hinzuzufügen. Was soll aber an die Stelle eines Medikamentes treten, wenn den Kolleginnen und Kollegen die Vielfalt von sozialem Elend, erlittener Gewalt und Abhängigkeitsproblematik in ihrer Praxis entgegentritt? Augustinus hat formuliert: „Hasse den Irrtum, aber liebe den Irrenden“. Mir scheint dieser Satz alltagstauglich, da unsere Liebe zu den Patienten nie dazuführen darf, sie in ihrem Irrtum (Drogeneinnahme durch Verschreibung von psychotropen Substanzen im nicht indizierten Fall) zu unterstützen. Unsere Verweigerung wird nicht als angemessene Form der Zuwendung verstanden, eher als Lieblosigkeit interpretiert. Es ist unsere

Aufgabe, unsere Position glaubwürdig zu machen, in dem wir sie aus den Grundprinzipien unserer ärztlichen Tätigkeit ableiten:

es gibt ein Recht auf Hilfe – aber kein Recht auf Wohlbefinden – im Notfall ist eine Akuteinweisung zum Zwecke der Detoxikation erforderlich – und nicht die „Substitution“.

Die ambulante Verschreibungspraxis von Flunitrazepam verstößt auch deshalb gegen die Handlungsempfehlung der Sächsischen Landesärztekammer, weil sie sich gegen das Zuwendungsgebot zu unseren Patienten wendet, wenn ein Arzt einen Abhängigen durch die Gabe seines Suchtmittels unterstützt.

Dr. med. Mario Wernado
Ärztlicher Direktor

„Schwester Agnes“ schon vor hundert Jahren unterwegs

Dr. med. Jürgen Fege
Hauptstraße 33 A
09600 Weissenborn

Sächsische Landesärztekammer
Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“
25.5.2007

Am 18.11.1910 wurde die ländliche Krankenpflegerin Marie Schramm vom christlichen Frauenverein zu Weißenborn bei Freiberg in Anwesenheit des Amtshauptmannes Dr. Vollmer feierlich eingeführt.

Nur in wenigen Gemeinden im Raum Freiberg versahen seinerzeit kirchliche Diakonissen ihren Dienst als

Gemeineschwestern, weshalb kirchlicher- und staatlicherseits für die Gewinnung von Gemeindepflegerinnen geworben wurde.

Frau Schramm wurde vom 31.8. bis 11.11.1910 durch den christlichen Frauendienst Dresden mit Hilfe des Diakonissenkrankenhauses Dresden vier Wochen theoretisch und sechs Wochen praktisch ausgebildet und danach von der Ausbildungseinrichtung für den Beruf als Krankenpflegerin als geeignet befunden. Ausbildungskosten und Verpflegungsbeitrag von 35 Mark übernahm der christliche Weißenborner Frauenverein, der am 24.7.1905 mit zunächst 41 Mitgliedern unter der Federführung des Ortspfarrers Schuster mit der Zielstellung der tätigen Nächstenliebe in Weißenborn mit Süßenbach gegründet wurde. Dieser besorgte auch notwendige Pflegeutensilien wie Gummiunterlagen, Verbandsstoff, Nachtfflasche, Wärmflasche, Spucknapf, Unterschieber, Fieberthermometer und anderes.

Frau Schramm führte Hausbesuche durch nach Anforderung durch die Einwohner, die sie in ihrer Wohnung aufsuchten. Sie erhielt vom Frauenverein einen Arbeitsvertrag („Ordnung für die ländliche Krankenpflege“), in dem zu lesen ist:

„1. Die Pflegerin übernimmt außer der eigentlichen Pflege von Kranken, Alten und Wöchnerinnen auch häusliche Verrichtungen, und sie nimmt sich der Kinder erkrankter Mütter an. Das Vieh muss sie nicht versorgen. Mehr als zwei Nachtwachen pro Woche sind ihr nicht zuzumuten.

Ihre Tätigkeit ist auf Weißenborn begrenzt. Die Pflegerin hilft den Kranken unabhängig von Alter, Stand und Konfession.

2. In einem Krankenbuch, das wöchentlich der Vorsitzenden des Frauenvereins vorzulegen ist, sind Daten zur Person der Kranken, Krankheit, Verrichtungen, gebrauchte Utensilien festzuhalten.

3. Die Pflegerin wird vom Frauenverein bezahlt, der auch Invaliden- und Krankenversicherungsbeiträge bezahlt. Die Anweisungen der Ärzte und alle hygienischen Vorschriften sind gewissenhaft einzuhalten“.

Im Jahre 1911 pflegte Frau Schramm 14 Kranke in 100 Pflagetagen und machte 13 Nachtwachen bei Alterskrankheiten, Unterleibskrebs, Typhus, Lungenentzündung, Schwindsucht, äußere Verletzungen und anderes. Pfarrer Schuster berichtet 1911: „Da unsere Mittel noch ziemlich beschränkt sind und wir auch leider bisher nicht einmal vom Gemeinderat und der Armenkasse eine jährliche Beihilfe bekommen, konnten wir der Pflegerin nur monatlich zehn Mark geben und außerdem für eine Nachtwache je zwei Mark“. Insgesamt wurde 1911 146 Mark bezahlt, aus heutiger Sicht ein „sittenwidriger“ Lohn. Der finanzielle Gesamtaufwand für die Pflege betrug 196,72 Mark. Es handelte sich um eine billige, einfache aber wirkungsvolle Pflegehilfe, welche die Familienpflege in ländlichen Großfamilien und die Tätigkeit der Mitglieder des Frauenvereins ergänzte. Viel später arbeitete ich mit drei gut ausgebil-

deten Gemeindegewestern zusammen, die vom Gesundheitsamt bezahlt wurden. Diese machten Hausbesuche, nahmen an Außensprechstunden, Impfterminen, Reihenuntersuchungen und anderem teil. Die kompetenten Gemeindegewestern waren in ihren Schwesternstationen

gut erreichbar und von der Bevölkerung geschätzt.

Unter den heutigen Bedingungen sollte für etwaige Gemeindegewestern geklärt sein:

Wo arbeitet die Schwester?

Welche Aufgaben und Kompetenzen hat sie?

Wer bezahlt die Schwester?

Wer ist für ihre Arbeit juristisch verantwortlich?

Benötigt man zur Klärung dieser Fragen wirklich Institute und Gutachten?

Dr. med. Jürgen Fege
Hauptstraße 33 A

09600 Weißenborn/ OT Berthelsdorf

Ärzte füllen keine Kuranträge mehr aus

Da haben sie ein Meisterstück vollbracht, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, mit der „Genehmigung zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß der Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 8 SGBV vom 16.3.2004 in Verbindung mit der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß §135 Abs. 2 SGBV vom 1.3.2005“. (Man beachte allein diese gesetzliche Formulierung, und jeder kann sich eine Meinung über die bilden, die in diesem Gesundheitswesen Ärzte mit neuen Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien gängeln!)

Kurz gesagt, dürfen Ärzte und auch Fachärzte mit Jahrzehnte langer Erfahrung in der Behandlung ihrer Patienten, die schon zahllose Kuranträge vor und nach der „Großen Wende 1989“ ausgefüllt haben, keine Kuranträge mehr ausfüllen, wenn sie nicht bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung entsprechende „Qualifikationsnachweise“ vorlegen oder 16 Stunden Weiterbildung bei der Kassenärztlichen Vereinigung absolvieren. Und da erfahrene und gut qualifizierte Ärzte aus gutem Grunde keinerlei Veranlassung zu solchem entwürdigendem Unsinn sehen, ist ihnen die Berechtigung zum Ausfüllen von Kuranträgen nach dem Muster Nr. 61 entzogen.

Leider mit verheerenden Folgen, aber nicht etwa für die Ärzte – wie man sich das wohl so dachte und geplant hat – aber für die Patienten. Denn diese müssen sich jetzt Ärzte suchen,

die noch die Berechtigung besitzen, einen Kurantrag ausfüllen „zu dürfen“.

Und da wird es äußerst schwierig, was der folgende Fall in der Großstadt Leipzig zeigt.

Mein 66-jähriger Patient D. P. mit einer schweren COPD und dem Zustand nach einem Spontan-Pneumothorax war sehr erschrocken, als er mit seinem Kurantrag zu seinem ihn seit Jahren behandelnden Pulmologen ging und plötzlich von diesem erfährt, dass er gar keine Kuranträge mehr ausfüllen darf. Darauf hin fragt er ihn, ob denn das sein behandelnder Hausarzt könne, der ihn ja auch wegen dem akuten Spontan-Pneumothorax stationär eingewiesen hatte und ihn seit Jahren behandelt, worauf der Kollege in eine Liste der Kassenärztlichen Vereinigung schaut und dem Patienten mitteilt, dass dieser auch nicht auf der List steht und das somit auch nicht darf.

Da seine 67-jährige Ehefrau D. M., die ebenfalls meine Patientin ist und die ich wegen einem Chronischen Lymphödem Stad. 3 bis 4 am linken Arm bei Zustand nach Mammaamputation seit Jahren behandle – auch einen Kurantrag gestellt hat, kommt man rasch zu mir, um mir diesen Sachverhalt mitzuteilen. So durfte ich also erfahren, dass ich auch nicht mehr berechtigt bin, einen Kurantrag auszufüllen.

Um die Sache vielleicht noch für die Ehefrau zu retten, habe ich ihr empfohlen, es doch einmal bei ihrer Gynäkologin zu versucht.

Aber auch hier durfte ich erfahren, dass diese nicht berechtigt ist, einen Kurantrag auszufüllen.

Da der Ehemann ein sehr gewandter Mann ist, will er das natürlich nicht

so einfach hinnehmen und holt sich sofort einen Termin bei der Kassenärztlichen Vereinigung in Leipzig, denn seine Krankenkasse, die BARMER, hatte ihm mitgeteilt, dass an dieser Regelung nicht die Kasse, sondern die Kassenärztliche Bundesvereinigung schuld sei, und diese sei schließlich ein Organ der Ärzteschaft und nicht der Krankenkassen.

Also stellte sich mein Patient umgehend bei einer Frau Zimmermann bei der Bezirksstelle Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen vor und durfte dort erfahren, dass keiner der sechs niedergelassenen Pulmologen in der Stadt Leipzig berechtigt ist, einen Kurantrag auszufüllen!

Das war für meinen Patienten so unglaublich, dass er glaubte „die Welt“, besser gesagt dieses Gesundheitswesen nicht mehr zu verstehen (was wir Ärzte schon lange nicht mehr verstehen!).

So ging er also sofort wieder zu seiner Krankenkasse, um diesen Sachverhalt vorzutragen.

Die Kasse, die natürlich ihrem Slogan folgend „immer für ihn da ist“ – in Wirklichkeit aber nicht mehr für ihn, sondern in erster Linie für sich selber da ist und hinter den Kulissen zunehmend alles Mögliche gegen ihn tut – löste das Problem so, dass man ihm einfach einen anderen Kurantrag aushändigt, nicht Muster 61, wofür der Arzt wenigstens noch ein einigermaßen angemessenes Honorar erhalten würde, sondern einen Antrag für eine Vorsorgeleistung, der bei gleichem Inhalt nur mit einem Viertel des Honorars vergütet wird. Ob ein solches Formular sachlich überhaupt korrekt ist, sei dahin gestellt.

Jetzt wird der Patient versuchen müssen, den Ärzten klarzumachen, dass

sie wenigstens diesen Antrag ausfüllen, damit der Patient seine berechnete Kur bekommt.

Aber gleich noch ein Wort zum Thema Kuren. Eine Kur beantragen und eine Kur bekommen sind auch noch zwei völlig unterschiedliche Dinge, denn der Arzt darf möglicherweise eine Kur beantragen – wenn er die oben genannte Berechtigung besitzt – über eine Bewilligung entscheiden aber ganz andere Gremien, und hier hat sich mittlerweile eine Klientel von ärztlichen Gutachtern entwickelt, die von den entsprechenden Rechtsträgern bezahlt und auch ganz entschieden in deren wirtschaftlichen Interesse handelt. Und so geben sich diese Gutachter die größte Mühe, Kuren unter allen nur denkbaren Vorwänden abzulehnen (Genauere Beweise hierzu können von mir vorgelegt werden!). Den Gang zum Sozialgericht und nachfolgende Rechtsinstanzen scheuen dann doch viele Patienten, so dass die Kassen ihr Ziel natürlich erreicht haben.

Es ist also nicht so einfach in diesem deutschen Gesundheitssystem als Arzt seine Patienten noch ordentlich behandeln zu können und als Patient ordentlich behandelt zu werden.

Die bürokratischen Institutionen vom Gesundheitsministerium über die 300 Krankenkassen bis hin zur Ärztekönigreich tun alles nur denk- und undenkbar Mögliche, um das zu verhindern.

Diese deutsche Gesundheits-Bürokratie unter der derzeitigen Führung der Sonderschullehrerin Ulla Schmidt als Gesundheitsministerin und ihren Parteibuch tragenden Ärzteberatern werden dieses Gesundheitswesen mit Sicherheit ruinieren.

Die Weichen sind in vielfältiger Weise sicher und fest gestellt. Seit dem Jahr 2000 haben ca. 12.000 Ärzte das Land verlassen, „Deutsches Ärzteblatt“ 26/07/S. A1881. 60 Prozent der Medizinabsolventen wollen nicht in Deutschland arbeiten, Termine bei Fachärzten werden immer länger und belaufen sich selbst in Leipzig

bereits für Kardiologen bei drei bis sechs Monaten, ärztliche Praxen werden im ländlichen Bereich schon nicht mehr übernommen und die ärztliche Versorgung ist hier zum Teil schon weggebrochen. Wo zu DDR-Zeiten noch Ärzte mit Gemeindeschwestern arbeiteten, sollen heute neu ernannte Gemeindeschwestern ohne Arzt am Patienten herumputzen. Und so etwas versucht man auch noch als Erfolgsmeldung zu verkaufen.

Was für eine Verantwortungslosigkeit in diesem Gesundheitswesen. Was für ein Niedergang.

Dr. med. Lothar Markus
Seeburgstraße 53, 04103 Leipzig
Leipzig, 27.5.2007

P.S.: Nach letztem Stand Juni 2007 haben von 5889 niedergelassenen Ärzten in Sachsen (2804 Fachärzte und 3085 Hausärzte) 1092 die Genehmigung zum „Ausfüllen von Rehaanträgen“ nach Muster 61 erworben. Damit wurde das Ziel der Kassen übererfüllt, dass die Patienten keine Kuren mehr erhalten.

Teilen von Tabletten

Studie zeigt Probleme

Das Teilen von Tabletten ist – besonders unter den momentanen Sparzwängen von aut idem-Regelung und Rabattverträgen – weit verbreitet. Gefährlich ist das Teilen, wenn dies unsachgemäß ausgeführt wird oder retardierte Systeme vorliegen. Eine Studie von Klinischen Pharmakologen der Universität Heidelberg im „European Journal of Clinical Pharmacology“ legt erstmals in Deutschland konkrete Zahlen dazu vor.

Tablettenteilung ist in Deutschland häufig: Etwa ein Viertel aller Tabletten werden von ambulant behandelten Patienten vor ihrer Einnahme geteilt. Dies ist jedoch nicht immer unproblematisch, denn knapp zehn Prozent der zum Teilen verordneten Tabletten haben keine Bruchkerbe,

so dass eine präzise Teilung schwierig ist. Bei ungefähr vier Prozent ist die Teilung sogar gefährlich für den Patienten. Für mehr als die Hälfte der geteilten Tabletten ohne Bruchkerbe stehen geeignete Medikamente als Alternative zur Verfügung, bei denen auf eine Teilung verzichtet werden kann. Die Heidelberger Wissenschaftler haben insgesamt 905 ambulante Patienten, die mindestens drei Medikamente einnahmen, zu ihrem Applikationsverhalten und dem Thema Tablettenteilung befragt.

Die Patienten nahmen insgesamt rund 3.200 verschiedene Arzneimittel ein. Neben den bekannten galeischen Problemen ist zu beachten, dass es gerade für ältere Menschen mit oft eingeschränkter Fingerfertigkeit oder Sehschwäche schwierig ist, Tabletten fachgerecht zu teilen. Jeder sechste Patient in dieser Studie schildert Probleme beim Teilen von Tablet-

ten. Nur 20 Prozent dieser Patienten, dies hat die Umfrage ebenfalls ergeben, benutzten einen Tablettenteiler, die meisten benutzen ein Küchenmesser, das keine exakte Teilung erlaubt.

Ärzten wird deshalb empfohlen, die Teilung von Tabletten nur zu verschreiben, wenn sie sicher sind, dass dies zulässig ist, und von den Patienten auch bewältigt werden kann. Außerdem sollten die Zulassungsbehörden sicherstellen, dass Fachinformationen und Beipackzettel künftig dazu ausreichend Informationen enthalten.

Sächsische Landesärztekammer
Sächsische Landesapothekerkammer

Rückfragen an:
Frau Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

Die Breslauer Schule für Psychiatrie und Neurologie

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts gelang es der 1811 aus der Vereinigung der Breslauer Academia Leopoldina mit der Universität Viadrina in Frankfurt an der Oder hervorgegangenen Universitas Litterarum Wratislaviensis, später Schlesische Friedrich-Wilhelms-Universität, zu einer der führenden Hochschulen des Deutschen Reiches aufzusteigen. Unter denen, die der Breslauer medizinischen Wissenschaft, insbesondere während der Wilhelminischen Ära, zu Rang und Namen verhalfen, finden sich Namen wie Johannes Purkinje, Albert Neisser, Ferdinand Cohn, Julius Cohnheim, Johann Pfannenstiel, Robert Koch, Richard Pfeiffer, Wilhelm Roux, Jan Mikulicz-Radecki, Ludwig Traube, Ernest Jokl... Die Breslauer Schule für Psychiatrie und Neurologie genoss seinerzeit durch ihr hervorragendes intellektuelles Klima und ihre Leistungen hohes Ansehen. Im folgenden sei an den Beitrag der durch die deutsche Wissenschaftskultur geprägten Breslauer Neurologie und Psychiatrie bis zum Zweiten Weltkrieg erinnert.

Seit der Gründung der Friedrich-Wilhelms-Universität fanden Vorlesungen über psychiatrische Themen nur im Rahmen des Unterrichts der Inneren Medizin im wichtigsten städtischen Krankenhaus Breslaus, dem Allerheiligen-Hospital, statt. Seit 1836 erhielten die Studenten überdies die

Möglichkeit, am fakultativen Unterricht in der Irrenheilanstalt im barocken Zisterzienserkloster in Leubus (polnisch: Lubiaz) teilzunehmen.

1867 wurde Heinrich Neumann (1814 bis 1884), der sich für die Trennung der Psychiatrie von der Inneren Medizin einsetzte und seit 1851 Vorlesungen ohne Lehrauftrag hielt, die Primärarztstelle der Abteilung für Geistesranke im Allerheiligen-Hospital übertragen (bis vor kurzem Józef-Babinski-Woiwodschaftskrankenhaus am Plac Jana Pawła II 8, aktuell geschlossen, Abb. 1). Erst nach langwierigen Verhandlungen mit der Stadtverwaltung setzte Neumann durch, dass regelmäßige Vorlesungen gehalten und praktischer Unterricht mit Krankendemonstrationen durchgeführt werden durfte. 1876 wurde Psychiatrie als Pflichtfach in das Studienprogramm aufgenommen. Neumann wurde zum ersten Direktor der Breslauer Universitätsklinik für Psychiatrie im Allerheiligen-Hospital ernannt.

Nach dem Tod Neumanns wurde 1885 Carl Wernicke (1848 bis 1905) zum Direktor der Psychiatrischen Klinik Breslau berufen. Wernicke, geboren im oberschlesischen Tarnowitz, hatte nach seinem Medizinstudium in Breslau dort 1870 promoviert, als Assistent im Allerheiligen-Hospital gearbeitet und 1875 bei Neumann habilitiert. Später hospitierte er kurzzeitig bei Meynert in Wien und war als Mitarbeiter Westphals von 1875 bis 1978 an der Berliner Charité tätig.

Schon als Assistenzarzt gelang Wernicke 1874 die Entdeckung des sensorischen Sprachzentrums in der „Wernickeschen Windung“, in deren Folge er die Aphasienlehre entwickelte. Gemeinsam mit Alzheimer war er ein Wegbereiter einer pathomorphologisch begründeten Krankheits- und Lokalisationslehre auf dem Boden histopathologischer Studien. Einen Ausdruck fanden diese Konzepte in der Herausgabe eines photographischen Atlas des Gehirns und in dem zwischen 1881 und 1883 veröffentlichten „Lehrbuch der Gehirnkrankheiten I-III“, in dem das gesamte Bild der Anatomie, Gehirnpathologie sowie der Entwicklung von Nervenkrankheiten dargestellt wurde.



Abb. 2: Städtische Irrenanstalt bzw. Psychiatrische Universitätsklinik in der Einbaumstraße 25 (heute: ul. J. I. Kraszewskiego 25, jetzt Adrian-Demianowski-Psychiatrisches Fachzentrum für Gesundheitspflege)
Foto von Waldemar Borski

In Wernickes Zeit fällt der Neubau des Städtischen Krankenhauses für psychisch Kranke, d. h. der Psychiatrischen Universitätsklinik, das von 1885 bis 1888 in der nördlich des Stadtzentrums gelegenen Odervorstadt errichtet wurde und nun auch die räumliche Trennung der Psychiatrie von der Inneren Medizin verwirklichte (Einbaumstr. 25, jetzt ul. J. I. Kraszewskiego 25, Abb. 2). Im Mitteltrakt waren Verwaltungs-, Lehr- und Unterrichtsräume untergebracht.

Die Etagen waren im Korridorsystem angelegt, wobei Männer im Ostflügel, Frauen im Westflügel untergebracht wurden. Im Erdgeschoss befanden sich Säle mit bis zu 13 Betten für Liegendkranke, die 1. Etage wurde mit unruhigen Kranken, die 2. Etage mit ruhigen Kranken belegt. Zusätzlich wurden Werkstätten für Übungstherapien im Keller eingerichtet. Die Klinik konnte jährlich 700 bis 1000 Patienten aufnehmen. 1889 wurde in der Neuen Matthiasstr. 6 (heute ul. Henryka Probusa 6) die Nervenpoliklinik eingerichtet, in deren Sprechstunden jährlich rund 1500 Patienten behandelt wurden. Die Lehre basierte seinerzeit auf der Präsentation ausgewählter Fälle („Krankendemonstrationen“). Die Erläuterungen des Dozenten wurden stenographiert, mit epikritischen Bemerkun-



Abb. 1: Allerheiligen-Hospital am Burgfeld 6 – 7, Sitz der 1876 eröffneten Universitätsklinik für Psychiatrie (heute: Plac Jana Pawła II 8, bis vor kurzem Józef-Babinski-Woiwodschaftskrankenhaus, aktuell geschlossen)
Foto: Alte Ansichtskarte

gen versehen und den Hörern am Semesterende in gedruckter Form ausgehändigt.

Bedingt durch den oft kompromisslosen Charakter Wernickes und einem langwierigen Interessengegensatz zwischen den Breslauer Behörden und der Universität verschlechterten sich die Arbeitsmöglichkeiten dramatisch: Die in einem befristeten Vertrag festgelegte Personalunion aus Lehrstuhl und Klinikdirektor wurde 1900 von Seiten des Magistrats gekündigt. Schließlich wurde Wernicke das Recht genommen, Patienten zu Krankenvorstellungen heranzuziehen, so dass er nicht mehr in der Lage war, klinisch orientierte Vorlesungen zu halten. 1904 verließ Wernicke Breslau, um das Ordinariat der Psychiatrischen Klinik in Halle an der Saale anzunehmen.

Der Württemberger Karl Bonhoeffer (1868 bis 1948), Vater des Theologen Dietrich Bonhoeffer, begann nach dem Medizinstudium in Tübingen und Berlin 1892 seine ärztliche Tätigkeit als Assistent von Wernicke in Breslau. 1897 legte er seine Habilitationsschrift zum Alkoholdelirium vor. Fünf Jahre leitete Bonhoeffer die psychiatrische Abteilung im neu erbauten Gefängnis von Breslau. Hauptgebiet seiner wissenschaftlichen Forschungen waren symptomatische Psychosen infolge akuter Intoxikationen; Infektionen und somatischer Erkrankungen, für die er den Begriff des „exogenen Typs psychischer Reaktionen“ prägte. Nach seiner Berufung 1904 nach Breslau beaufsichtigte Bonhoeffer in den Jahren 1906 bis 1907 den Bau der gemeinsamen Psychiatrischen- und Nervenklinik in der Auenstraße 44 (heute: ul. O. Bujwida), die 1907 eingeweiht wurde. Die Anlage nimmt das erstmalig in der Halleschen Psychiatrischen Universitätsklinik eingeführte Pavillonsystem auf, während sich im Hauptgebäude das in anderen Breslauer Kliniken eingesetzte Schema eines zentralen-wissenschaftlichen Blocks mit den in Seitenflügeln untergebrachten Krankenabteilungen wieder findet. Bonhoeffer, der in der Tradition Griesingers und Wernickes stand, befür-

wortete die Einheit des Faches Neurologie und Psychiatrie. Bonhoeffer erhielt 1912 den Ruf für das Ordinariat für Psychiatrie und Neurologie an der Charité, den er 26 Jahre inne hatte.

Im August 1913 verließ Alois Alzheimer (1864 bis 1915) die Klinik von Emil Kraepelin in München, um das Ordinariat in Breslau anzutreten. Kurz nach seiner Übersiedlung wurde Alzheimer jedoch von einer schweren Erkrankung befallen – vermutlich litt er an Endocarditis lenta. Dennoch hielt er während der folgenden fünf Semester hindurch Vorlesungen in Histologie, Histopathologie des Nervensystems und Psychiatrie. Unter den Beschreibungen klinischer Fälle, die in der Breslauer Zeit erschienen, verdient der Artikel „Beiträge zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox“ (1913) Beachtung, indem der Zusammenhang zwischen Schizophrenie, für die Kraepelin den Terminus „Dementia praecox“ geprägt hatte, und pathologischen Hirnveränderungen diskutiert wurde. Nach Kriegsausbruch 1914 wurde die Nervenklinik in ein Lazarett mit 150 Betten umgewandelt, ein Großteil der Ärzte, unter ihnen auch der Volontärarzt Dr. Creutzfeldt (Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung) wurden zum Wehrdienst eingezogen. In seiner letzten Arbeit „Der Krieg und die Nerven“ beschreibt Alzheimer den Einfluss von Kriegereignissen auf den psychischen Zustand der Soldaten anhand typischer Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen. An der Fassade der ehemaligen Direktorenvilla in der Auenstr. 42 (jetzt ul. O. Bujwida) erinnert eine Gedenktafel an den Hirnforscher (Abb. 3).

1916 kam Oswald Bumke (1877 bis 1950) für fünf Jahre aus Rostock nach Breslau, bevor er den Ruf nach Leipzig annahm. Nachfolger waren Robert Wollenberg (1921 bis 1930), Johannes Lange (1930 bis 1938), Georgi (1938 bis 1940, kommissarisch) und Werner Villinger (1940 bis 1945).

Der Breslauer Otfried Foerster (1873 bis 1941) gilt durch seine Arbeiten als Protagonist funktionell-lokalisatorischer Konzepte in der Neurologie und als einer jener Genies, die es



Abb. 3: Gedenktafel für A. Alzheimer an der Fassade der Direktorenvilla in der ul. O. Bujwida 42 (früher Auenstraße 42). Foto von Paweł Tacik und Frank Hanisch

vermochten, auf dem Gebiet der Neurologie als auch Neurochirurgie zugleich zu brillieren (Abb. 4). Nach seinem Medizinstudium in Freiberg, Kiel und Breslau habilitierte er sich bei Wernicke 1902 über „Physiologie und Pathologie der Koordination“, wobei er Konzepte der Rehabilitation diskutierte. Das Ergebnis seiner Arbeit als Chef der Neurologischen Abteilung eines Militärkrankenhauses während des Ersten Weltkrieges war eine Arbeit über 4.748 Fälle mit peripheren Nervenverletzungen! 1924 führte Förster den (noch heute während EEG-Untersuchungen angewendeten) Hyperventilationstest bei Patienten mit Epilepsie ein. Die posteriore Rhizotomie zur Behandlung der



Abb. 4: Grabstein von O. Foerster und seiner jüdischen Gattin, Martha, geb. Bauer, die zwei Tage nach Foersters Tod in der Klinik verstarb, auf dem Friedhof an der ul. O. Bujwida Foto von Paweł Tacik und Frank Hanisch

Tabelle 1: Ordinarien für die Fächer Psychiatrie und Neurologie an der Breslauer-Friedrich-Wilhelms-Universität Breslau

Psychiatrische und Nervenlinik der Schlesischen Friedrich-Wilhelm-Universität

Heinrich Neumann	(1814 – 1884)	1876 – 1884
Carl Wernicke	(1848 – 1905)	1885 – 1904
Karl Bonhoeffer	(1868 – 1948)	1904 – 1912
Alois Alzheimer	(1864 – 1915)	1912 – 1915
Georg Stertz	(1878 – 1959)	1915 – 1916 (kommissarisch)
Oswald Bumke	(1877 – 1950)	1916 – 1921

Psychiatrie

Robert Wollenberg	(1862 – 1942)	1921 – 1930
Johannes Lange	(1991 – 1938)	1930 – 1938
Werner Villinger	(1887 – 1961)	1939 – 1945

Neurologie

Otfried Foerster	(1873 – 1941)	1917 – 1941
Viktor v. Weizsäcker	(1887 – 1956)	1941 – 1945

Spastik, die auch als Foerstersche Operation bekannt wurde, beruhte auf Beobachtungen an Patienten mit Tabes dorsalis, deren Muskulatur hypoton ist. Die Nachuntersuchung dieser Patienten führte zur Entdeckung und Lokalisation der Dermatomgrenzen.

Schon kurz nach dem Ende seines Medizinstudiums gab Foerster als Assistent bei Wernicke gemeinsam mit diesem 1903 den „Atlas des Gehirns“ heraus. In den dreißiger Jahren war er zusammen mit Oswald Bumke Mitherausgeber des monumental und vielbändigen „Handbuchs der Neurologie“, in dem er fünf Kapitel selbst verfasste. Foerster war zwar schon mit 35 Jahren zum Außerordentlichen Professor ernannt worden, aber erst 1922 trug man seiner Bedeutung durch die Ernennung zum Persönlichen Ordinarius Rechnung.

Dem lokalistorisch interessierten Foerster gelangen unter geradezu primitiven Operationsbedingungen, aber durch hervorragende Kenntnis der funktionellen Topographie und durch Einsatz elektrodiagnostischer Verfahren beachtliche Erfolge in der Behandlung spinaler, intraventrikulärer und hypophysärer Tumoren sowie in der Epilepsiechirurgie. In den Jahren 1925 bis 1935 wurde Breslau durch das Wirken Foersters ein Anziehungsort für Neurologen und Neurochirurgen aus der ganzen Welt, vorwiegend für Amerikaner, wobei insbesondere Wilder Penfield,

Percival Bailey, John Fulton und Paul Bucy zu nennen sind. Eine lebendige Zusammenarbeit verband ihn außerdem mit Harvey Cushing.

Foerster verfocht zudem vehement die Anerkennung der Neurologie als eigenständige Disziplin. Durch seine Initiative wurde 1911 eine Neurologische Abteilung im Städtischen Allerheiligen Hospital eröffnet, die erste in einem kommunalen Krankenhaus in Deutschland. Foerster stand nach Max Nonne von 1924 bis 1932 als Vorsitzender der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte vor.

Mit Hilfe der Rockefeller-Stiftung und Unterstützung vom Staat Preußen wurde 1934 im Breslauer Wen-

zel-Hancke Krankenhaus in der Neudorf Str. 118–120 (heute: ul. Komandorska 118–120) ein neues „Neurologisches Forschungsinstitut“ eröffnet, das nach seinem Tod in „Otfried-Foerster-Institut“ umbenannt wurde (Abb. 5). Von 1922 bis 1924 gehörte er neben Max Nonne, Oswald Bumke, Oskar Vogt und Adolf Strümpell zu den Ärzten, die Lenins behandelten. Er war Foerster, der Lenins Gehirn 1923 obduzierte, das von Oskar Vogt untersucht werden sollte.

Viktor von Weizsäcker (1886 bis 1957), der seit 1920 die neurologische Abteilung an der Medizinischen Klinik in Heidelberg geleitet hatte und 1932 die Gestaltkreisstheorie, eine Theorie der Einheit von Wahrnehmung und Bewegung, formuliert hatte, wurde 1941 Ordinarius für Neurologie und Leiter des Otfried-Foerster-Instituts in Breslau. Im Januar 1945, kurz bevor Breslau zur Festung erklärt wurde, gelang Weizsäcker die Flucht nach Westen. Bereits im August 1945 übernahm er die kommissarische Leitung des Physiologischen Institutes in Heidelberg.

Schon am 21.5.1945 wurde die Psychiatrische Klinik der Universität und der Technischen Hochschule unter Professor Adrian Demianowski (1887 bis 1960), dem früheren Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie an der Jan-Kazimierz-Universität in Lemberg (polnisch: Lwów), wiedereröffnet. Eine Ära war in Breslau zu Ende gegangen, eine neue sollte in Wrocław beginnen.

Danksagung

Die Autoren bedanken sich für die wertvollen Hinweise und Anregungen bei Herrn Professor R. Marciniak, Emeritus für Radiologie der Medizinischen Akademie Wrocław.

Literatur beim Verfasser

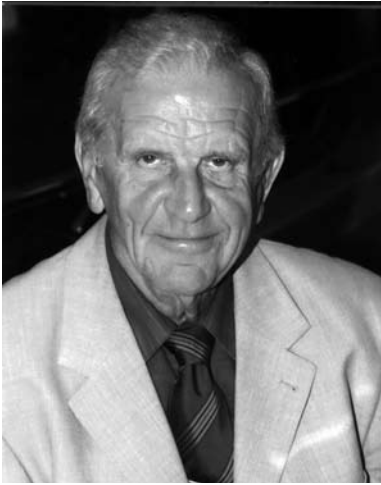
Anschrift des Verfassers
Dr. Frank Hanisch

Universitätsklinik und Poliklinik für Neurologie
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)
frank.hanisch@medizin.uni-halle.de



Abb. 5: Gedenktafel für O. Foerster am ehemaligen Neurochirurgischen Institut in der ul. Komandorska 118 – 120
Foto von Paweł Tacik und Frank Hanisch

Dr. med. Armin Böhme zum 80. Geburtstag



Am 20. August 2007 beging Herr Dr. med. Armin Böhme seinen 80. Geburtstag. Er wurde in Leipzig als Sohn eines Großhandelskaufmanns geboren. Nach der Volksschule besuchte er von 1938 bis 1946 – durch Kriegsdienst unterbrochen – die Humboldt-Oberschule in Leipzig. Die Wirren des Zweiten Weltkrieges hinterließen nachhaltige Spuren. Bereits mit 16 Jahren wurde er zum Arbeitsdienst nach Schlesien zu schwerer körperlicher Arbeit beim Ausheben von Schützengräben verpflichtet. Mit 17 Jahren erlebte er als Soldat an der Nordwestgrenze Deutschlands das Grauen des Krieges und als Verwundeter die katastrophalen Verhältnisse in den Lazaretten. Wegen der Verwundung erhielt er schließlich einen Ausmusterungsschein. Von Hamburg schlug er sich allein durch zerstörte Städte und mehrere Frontabschnitte nach Leipzig durch. Nach bestandenen Abitur 1946 begann er im gleichen Jahr an der Universität Leipzig das Studium der Humanmedizin, das er 1952 mit Staatsexamen und Promotion beendete. Nach der Pflichtassistentenzeit, 1952 bis 1954, wurde er zum sogenannten „Schwerpunktjahr“ in den Großbetrieb Espenhain verpflichtet und musste dort wegen des bestehenden Ärztemangels bis zur physischen Leistungsgrenze arbeiten (teilweise 150 Reihenuntersuchungen pro Tag). Danach war er als wissenschaftlicher

Assistenzarzt am medizinisch-poliklinischen Institut der Karl-Marx-Universität tätig, wo er zahlreiche wissenschaftliche Beiträge veröffentlichte. Nach Beendigung der internistischen Weiterbildung erhielt er 1959 die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin. Trotz eines lukrativen Stellenangebotes während der Teilnahme an der Therapiewoche 1960 in Karlsruhe kehrte er in die DDR zurück. Es erfolgte eine Vertiefung seiner Kenntnisse als Subspezialist für Rheumatologie. 1961 wurde er von dem bekannten Rheumatologen Prof. Dr. Tichy als Oberarzt an das Institut für Rheumatologie in Dresden berufen. Wenn auch durch harte Arbeit gekennzeichnet (Leiter einer großen Bettenstation, umfassende ambulante Betreuung, verantwortlich für eine Spezialbäder- und physikalische Abteilung, wissenschaftliche Tätigkeit, Aufbau und Aktualisierung einer umfassenden Fachbibliothek, verbunden mit zahlreichen organisatorischen und fachlichen Aufgaben als Sekretär der Rheumagesellschaft der DDR) war dieser schaffensreiche Abschnitt sehr fruchtbringend und prägte sein Leben. 1968 stellte er sich gegen den Einmarsch der Ostblockstaaten in die CSSR und verweigerte den Einberufungsbefehl als Arzt in die Nationale Volksarmee. Daraufhin wurde er von einem Gericht zu einer Haftstrafe von einem Jahr verurteilt. Die Haftstrafe wurde dann in eine Bewährungsstrafe von zwei Jahren umgewandelt. Das Urteil hatte schwerwiegende berufliche Folgen:

- Abbruch der eingeleiteten externen Habilitation an der Universitätsklinik Rostock,
- Ablösung aus der Funktion als stellvertretender Institutsdirektor,
- Beendigung der wissenschaftlichen Tätigkeit,
- Verweigerung der Teilnahme an Fachkongressen im In- und Ausland,
- Weiterbeschäftigung nur als Facharzt für Innere Krankheiten mit entschädigungslosen Dienstverpflichtungen an weiteren Polikli-

nik-Außenstellen und Rheumabberatungen im Bezirk Chemnitz. Damit wurde seine weitere berufliche Entwicklung zerstört abgebrochen. Außerdem wurde er zur Teilnahme am Parteijahr der SED und aktiven Teilnahme in der Gesellschaft für Deutsch-Sowjetische Freundschaft verpflichtet. Schon als junger Arzt wurde sein Privatleben durch das politische Regime beeinträchtigt, da die Firma seines Vaters 1953 entschädigungslos enteignet wurde und er seine mittellosen Eltern ernähren musste. Bis zur Wende wurde sein Privatleben ständig vom Ministerium für Staatssicherheit bespitzelt. Die privaten Repressalien gipfelten 1982 in einer Zwangsevakuierung durch das Ministerium für Staatssicherheit aus seiner Komfortwohnung in guter städtischer Lage an den Stadtrand von Dresden. Trotz aller Schikanen zeigte Herr Dr. Armin Böhme als tätiger Arzt stets hohe Einsatzbereitschaft und Pflichtbewusstsein. Mit großem Engagement widmete er sich als Spezialist für Rheumatologie seinen vielen Patienten. Bereits 6.30 Uhr begann er seine Sprechstunde für Berufstätige. Er gab selbst im Bewusstsein seiner Überwachung im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit vielen Patienten, die unter dem DDR-Regime litten, psychische Unterstützung. Die „Wende“ kam für ihn zu spät. Auf Beschluss des Landgerichtes wurde er mit Aufhebung des Urteils von 1968 rehabilitiert. Er war bis zum seinem 75. Geburtstag regelmäßig im Ärztlichen Notfalldienst tätig, nicht zuletzt bei der Jahrtausendflut in Dresden für die Flutopfer. Trotz seiner beeinträchtigten Gesundheit wünschen wir, seine alten Freunde in den alten und neuen Bundesländern und viele seiner ehemaligen Patienten, ihm noch schöne Jahre mit seiner Frau und seiner Familie. Als Kollege, Freund und Wegbegleiter über mehr als 60 Jahre rufe ich ihm zu:
ad multos annos.

Dr. med. Jürgen Ranke
Facharzt für Innere Medizin
Leistikowstraße 2, 14050 Berlin-Westend

PD Dr. med. habil. Harald Achenbach zum 65. Geburtstag



Am 16. August 2007 feierte Herr PD Dr. Achenbach seinen 65. Geburtstag.

Geboren 1942 in Danzig, verbrachte er seine Kindheit und Schulzeit zunächst in Danzig/Altmark. Als Sohn einer Allgemeinärztin hatte er bereits sehr früh Kontakt zur Medizin. Nach dem Abitur begann er 1960 mit dem Studium der Humanmedizin in Leipzig, welches er 1966 mit der Promotion zum Dr. med. abschloss. Nach der Pflichtassistentenzeit im internistisch/chirurgischen Bereich folgte 1967/68 die Arbeit als wissenschaftlicher Assistent am Physiologischen Institut der Humboldt-Universität Berlin in der Abteilung für experimentelle Kardiologie. In dieser Zeit bearbeitete er Probleme des kardioelektrischen Feldes. 1968 begann er seine Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin an der KMU Leipzig, die er 1973 mit der Anerkennung zum Facharzt abschloss.

Seine wissenschaftliche Zielstellung lag zunächst auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Diagnostik. Seit 1968 in der Studentenausbildung tätig, sah er auch hier die Durchführung von Kursen und Seminaren auf kardiologischem Gebiet als seinen Aufgabenbereich an.

Doch es sollte anders kommen. Die als vorübergehend geplante Tätigkeit als Dialysearzt mit Durchführung der Dispensairesprechstunde für chronische Nierenerkrankungen sollte seine Lebensaufgabe werden. In Eigenregie, ohne vorhandene organisatorische Strukturen und fachliche Unterstützung, gelang es ihm, eine nephrologische Abteilung zu schaffen, deren Leiter er seit 1975 war und ist. 1983 erfolgte die Anerkennung der Subspezialisierung Nephrologie. Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Tätigkeit war die komplexe Ätiopathogenese der urämischen Osteopathie, dabei insbesondere das Thema der „Aluminiumintoxikation“. 1991 habilitierte er auf diesem Gebiet. Es folgten zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen sowie Vorträge auf nationalen und internationalen Tagungen.

Neben seiner wissenschaftlichen Tätigkeit war und ist er seit 1968 mit der Lehre und Ausbildung von Studenten beschäftigt. Sei es die Durchführung von Stations- oder Spezialpraktika auf nephrologischem Gebiet, unermüdlich spornte er seine Studenten zum Nachdenken und Hinterfragen an. Seit 1975 oblag ihm die Durchführung der Hauptvorlesung auf dem Gebiet der Inneren Medizin/Nephrologie, mit der Übernahme der Leitungsfunktion am Dialysezentrum der Universität Leipzig lag auch die Verantwortung für die Aus- und Weiterbildung von Fachartztkandidaten

Innere Medizin und Urologie bzw. für die Subspezialisierung Nephrologie in seinem Tätigkeitsbereich.

Von der Sächsischen Landesärztekammer wurde er 1991 in den Zentralen Prüfungsausschuss für die Subspezialisierung Nephrologie berufen, dessen Vorsitz er 2003 übernahm.

Er gehörte 1991 zu dem kleinen Kreis sächsischer Nephrologen, die sich zum „Verband Sächsischer Nephrologen“ zusammenschlossen und übernahm von Anbeginn an den Vorsitz des Vorstandes, den er bis zu seinem freiwilligen Verzicht im Herbst 2006 innehatte.

Sein herausragendes Detailwissen auf nephrologischem Gebiet ist bis zum heutigen Tag in den verschiedensten medizinischen Fachrichtungen gefragt und geschätzt. Er ist für viele Kollegen zum Synonym für „Nephrologie in Leipzig“ geworden.

Stets ein streitbarer Geist, war er nie gewillt, sich gerade vorhandenen Meinungen anzupassen, sondern er forderte von sich und seinen Mitarbeitern Dinge kritisch zu hinterfragen. Seine Patienten, Schüler und Kollegen sind dankbar für sein Engagement, seine Kompetenz und nicht zuletzt für seine Menschlichkeit und Kollegialität.

Wir wünschen unserem Lehrer und Wegbegleiter alles Gute, weiterhin beste Gesundheit und viel Freude mit Familie und Enkeln.

Leipzig, den 23. Juli 2007

Dr. med. Claudia Kreyßig
Dr. med. Anette Bachmann
Prof. Dr. med. Michael Stumvoll
Medizinische Klinik III
Universität Leipzig
Dr. med. Gerhard Schröcke
Verband Sächsischer Nephrologen

Unsere Jubilare im Oktober – wir gratulieren

60 Jahre

01. 10. Dipl.-Med. Lippmann, Ursula
04317 Leipzig
03. 10. Krause, Gerlinde
02826 Görlitz
08. 10. Kleinert, Bernd
09603 Großschirma
12. 10. Dr. med. Nestler, Klaus
08340 Schwarzenberg
12. 10. Dipl.-Med. Walter, Annelie
08393 Meerane
13. 10. Dr. med. Börlicke, Volker
01848 Hohnstein
13. 10. Dipl.-Med. Reichelt, Ingrid
01217 Dresden
14. 10. Dipl.-Med. Junghof, Renate
09127 Chemnitz
14. 10. Dr. med. Dipl.-Ing.
Retzke, Frieder
02763 Zittau
16. 10. Dr. med. Schneider, Gunter
09548 Kurort Seiffen
19. 10. Dr. med. Göhler, Rainer
01471 Großdittmannsdorf
21. 10. Pleul, Sabine
01309 Dresden
24. 10. Zenker, Christfried
02763 Zittau
26. 10. Briem, Victor
01069 Dresden
26. 10. Dr. med. Heiner, Reinhard
04683 Naunhof
28. 10. Dr. med. Kramer, Jens
01217 Dresden
28. 10. Dr. med. Sauer, Angelika
04416 Markkleeberg
29. 10. Dr. med. Scheibe, Johannes
04349 Leipzig

65 Jahre

01. 10. Dr. med. Schaps, Renate
01326 Dresden
02. 10. Dr. med. Köthe, Christine
04177 Leipzig
02. 10. Dr. med. Krah, Klaus
01917 Kamenz
02. 10. Dipl.-Med. Plagemann, Ursula
04347 Leipzig
03. 10. Dr. med. Korda, Christian
01589 Riesa
03. 10. Dr. med. Schreiber, Gisela
08468 Rotschau
05. 10. Dr. med. Beier, Irmela
09116 Chemnitz
07. 10. Dr. med. Fetzer, Renate
04316 Leipzig
08. 10. Dressel, Annette
01109 Dresden
08. 10. Dr. med. Kretschmer,
Eberhard
09618 Brand-Erbisdorf
08. 10. Dr. med. Tröger, Elke
09131 Chemnitz
09. 10. Dr. med. Klemm, Wolfgang
01612 Glauchitz

10. 10. Dr. med. Wycisk, Barbelies
02627 Weißenberg
11. 10. Busch, Ursula
08523 Plauen
12. 10. Dr. med. Rogler, Karin
08523 Plauen
13. 10. Dr. med.
Bärwald-Kleinhenz, Brigitte
08427 Fraureuth
13. 10. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Häntzschel, Uwe
01814 Bad Schandau
14. 10. Dr. med. Loge, Ingmar
08523 Plauen
14. 10. Dr. med. Lucas, Karin
04158 Leipzig
16. 10. Dr. med. Gräbner, Renate
04668 Großbardau-Waldbardau
16. 10. Dr. med. Selle, Jochen
01326 Dresden
17. 10. Dr. med. Büchner, Barbara
01187 Dresden
17. 10. Trenkler, Karin
01917 Kamenz
18. 10. Dr. med. Rupprecht, Werner
09557 Flöha
19. 10. Dr. med. Merten, Urte
01326 Dresden
19. 10. Dr. med. Reinschke, Gertrud
01326 Dresden
19. 10. Dr. med. Zienert, Bodo
02977 Hoyerswerda
21. 10. Dr. med. Drößler, Frank-Jürgen
08060 Zwickau
21. 10. Dr. med. Meyer, Ulrike
04357 Leipzig
22. 10. Dr. med. Häusler, Ute
04316 Leipzig
22. 10. Dr. med. Pigors, Hannelore
01217 Dresden
22. 10. Dr. med. Vocke, Gertraud
09633 Tuttendorf
23. 10. Bauer, Margita
09600 Hetzdorf
23. 10. Dimmel, Maria
08523 Plauen
23. 10. Dr. med. Kreisel, Heiderose
02826 Görlitz
24. 10. Dr. med. Haufe, Lienhard
08326 Sosa
26. 10. Dr. med. Wilhelm, Gudrun
01129 Dresden
27. 10. MUDr. Pick, Inge
08058 Zwickau
28. 10. Dr. med. Donner, Jutta
01587 Riesa
28. 10. Dr. med. Teichert, Frank
04425 Taucha
29. 10. Dr. med. Bach, Ingrid
01259 Dresden
29. 10. Dr. med. Bretzke, Karin
08064 Zwickau
29. 10. Dr. med. Hoffmann, Helga
04564 Böhlen
29. 10. Dr. med. habil. Müller, Peter
04229 Leipzig
30. 10. Pfeifer, Armin
01662 Meißen
31. 10. Dr. med. Bubnick, Peter
09127 Chemnitz

31. 10. Schmiedel, Barbara
08112 Wilkau-Haßlau
31. 10. Teichert, Renate
02999 Uhyst

70 Jahre

09. 10. Dr. med. Böttger, Bettina
08058 Zwickau
10. 10. Dr. med. Zschiesche, Uta
04207 Leipzig
11. 10. Pfeifer, Erika
08115 Lichtentanne
11. 10. Dr. med. Pietsch, Klaus
02943 Weißwasser
13. 10. Jost, Heinrich
04567 Kitzscher
17. 10. Dr. med. Papke, Robert
04249 Leipzig
18. 10. Dr. med. Grübler, Christof
01328 Dresden
18. 10. Dr. med. Sawatzki, Rotraut
01129 Dresden
19. 10. Dr. med. Haase, Manfred
04720 Döbeln
20. 10. Rumpelt, Brunhilde
01917 Kamenz
20. 10. Dr. med. Scholz, Vera
01307 Dresden
24. 10. Dr. med.
Rebentisch, Johannes
08547 Jöbnitz
26. 10. Dr. med. Wegner, Ernst
02827 Görlitz
29. 10. Dr. med. Bauer, Ingrid
08248 Klingenthal
30. 10. Dr. med. Martin, Helmut
09221 Adorf
30. 10. Dr. med. Zielonka, Volker
02625 Bautzen

75 Jahre

06. 10. Dr. med. Grethe, Hanno
09465 Sehna
07. 10. Nötzold, Heidi
02977 Hoyerswerda
08. 10. Dr. med. Kirschnick, Manfred
04103 Leipzig
13. 10. Dr. med. Adolphs, Alfred
04317 Leipzig
15. 10. Dr. med. Pfefferkorn, Renate
09228 Wittgensdorf b.
Chemnitz
16. 10. Dr. med. Bräuer, Ingrid
04275 Leipzig
31. 10. Dr. med. Schmidt, Alfred
08349 Johanngeorgenstadt

80 Jahre

01. 10. Wiehe, Barbara
09435 Scharfenstein
03. 10. Jurisch, Else
02763 Zittau
04. 10. Dr. med. Haumann, Johann
01259 Dresden
11. 10. Dr. med. Baudrexl, Alfred
01445 Radebeul
18. 10. Dr. med. Böhme, Horst
04425 Taucha
26. 10. Donev, Dimitär
02943 Weißwasser

29. 10. Dr. med. Leue, Johanna
02929 Rothenburg

81 Jahre

08. 10. Dr. med. Walther, Gerhard
08228 Rodewisch

18. 10. Dr. med.
Bredow, Hans-Joachim
04880 Dommitzsch

21. 10. Dr. med. Otto, Elisabeth
04103 Leipzig

21. 10. Dr. med. Zieboltz, Anita
04105 Leipzig

22. 10. Dr. med. Schumann, Alexander
08396 Oberwiera

24. 10. Dr. med. Mayerhofer, Sigrid
04178 Leipzig

25. 10. Dr. med. Knoblauch, Helmut
09326 Dittmannsdorf

26. 10. Dr. med. Haustein, Hasso
09465 Neudorf

29. 10. Dr. med. Kunad, Theodor
08209 Rebesgrün

83 Jahre

07. 10. Dr. med.
Starzinski, Hans-Joachim
04155 Leipzig

18. 10. Dr. med. Huth, Christa
04229 Leipzig

28. 10. Dr. med. Bog, Rudolf
09456 Annaberg-Buchholz

84 Jahre

04. 10. Prof. em. Dr. med. habil.
Ludewig, Reinhard
04357 Leipzig

20. 10. Dr. med. Schieck, Ilse
04103 Leipzig

85 Jahre

22. 10. Doz. Dr. med. habil.
Trautmann, Ilse
04109 Leipzig

86 Jahre

12. 10. Dr. med. Bulirsch, Karl
04579 Espenhain

13. 10. Prof. Dr. med. habil.
Schlegel, Lotte
04539 Groitzsch

87 Jahre

09. 10. Dr. med. Berndt,
Klaus-Dietrich
09117 Chemnitz

23. 10. Dr. med. Klötzer, Editha
08062 Zwickau

25. 10. Dr. med. Jentsch, Ingeborg
02736 Oppach

89 Jahre

29. 10. Dr. med. Genserowski, Fritz
04849 Bad Düben

29. 10. Dr. med. Seidler, Gerhardt
01662 Meißen

90 Jahre

02. 10. Dr. med. Schmidt, Hellmut
04347 Leipzig

05. 10. Dr. med. Schneider, Elisabeth
02730 Ebersbach

91 Jahre

22. 10. Dr. med. Wagner, Karl
08058 Zwickau

92 Jahre

17. 10. Dr. med. Olsen, Hedwig
02906 Niesky

18. 10. Dr. med. Bühl, Rudolf
04249 Leipzig

Angela Hampel – Aus der Mode

Mit Kollegen wie Steffen Fischer, Hubertus Giebe, Walter Libuda oder Wolfgang Smy gehörte sie in den 80er Jahren mit zu den Protagonisten einer DDR-Künstlergeneration, die Verkleinbürgerlichung, Geschichtsklitterung und inhaltsleeren Machtgestus ebenso hinterfragte wie sie mehr Freiraum einforderte. Angela Hampels (Jahrgang 1956) besonderes Interesse galt und gilt den Geschlechterbeziehungen. Ihre anfangs wilden, heute immer noch sinnlich-expressiven Bilder spiegeln das „menschliche Drama“ zwischen Begegnung und Trennung, Lust und Frust, Eroberung und Unterwerfung. Sie setzen sich mit tradierten Rollenbildern und subtilen Machtmechanismen zwischen Mann und Frau auseinander. Die häufig gleichnishaften Werke, auf denen sich oft starke Frauen, androgyne Wesen, Halb-Mensch-halb-Tier-Gestalten aus der antiken Mythologie und Tiere begegnen, sind von



Die letzte Kriegerin, Holzschnitt, 2005

der Utopie einer grundsätzlichen Gleichheit zwischen den Menschen sowie eines ausgewogenen Verhältnisses zur Natur bestimmt – Fragen, die keineswegs „aus der Mode“ sind.

Angela Hampel, die bereits in den 80er Jahren über DDR-Grenzen hinaus bekannt wurde, ist auch mit Environments und künstlerischen Gemeinschaftsaktionen im öffentlichen Raum hervorgetreten („Mnemosyne-Projekt“). Seit 1989 ist sie führend in der von ihr mit initiierten Dresdner Sezession 89 engagiert, einem Künstlerinnen-Zusammenschluss mit eigener Galerie (galerie drei). Die Absolventin der Hochschule für Bildende Künste Dresden (1977 bis 1982) erhielt 1990 den Marianne-Werefkin-Preis. In jüngster Zeit flossen in ihr Werk große Naturerlebnisse, etwa von Hochgebirgsexpeditionen in den Himalaya, mit ein.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 19. September bis 11. November 2007, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr. Vernissage: 20. September 2007, 19.30 Uhr.

Chirurgische Behandlungsprinzipien der Nervus-facialis-Lähmung und die Bedeutung für das Gesicht

¹K. G. Krishnan, ¹Th. Pinzer,
²U. Sinkwitz, ²L. Golde, ¹G. Schackert

Zusammenfassung:

Das menschliche Gesicht weist eine Vielfalt verschiedener Funktionen auf. Die Mimik selbst hat mehrere Teilbereiche und ist mit anderen Funktionsbereichen überlappend koordiniert. Der Verlust der Innervation der mimischen Muskeln spielt eine bedeutende Rolle für die Gesamtsituation des Patienten. Die operative Therapie einer Gesichtsnervenlähmung basiert auf verschiedenen pathologischen Faktoren, wie Genese der Lähmung, Höhe der Nervenläsion, Alter und allgemein gesundheitliche Situation des Patienten, und hauptsächlich Dauer oder Latenzzeit der Lähmung. Eine passende chirurgische Lösung für jede Art von Gesichtslähmung ist möglich. Hierbei bieten sich primäre Nervenrekonstruktion oder Nerventransfer sowie statische und dynamische Gesichtsreanimationsoptionen an. Bei nicht lang bestehenden Gesichtslähmungen ist in Abhängigkeit der Genese und der diagnostischen Befunde eine primäre Nervenrekonstruktion oder Nerventransfer angezeigt. Eine Reanimation mit Ersatz der atrophischen mimischen Muskulatur ist bei lang bestehender Lähmung indiziert und hängt von der Gesamtkonstellation, Alter und Allgemeinzustand des Patienten ab. Bei jüngeren Patienten mit hoher Compliance ist eine mikrochirurgische dynamische Reanimation des Gesichtes mittels frei vaskularisiertem und innerviertem Muskeltransfer eine der meist benutzten Methoden. Dieses Verfahren ist verbunden mit einer Nervenregenerations(warte)zeit

und größerem Aufwand in der Behandlung selbst. Bei älteren Patienten mit niedriger Compliance führt man lokale Muskeltransfer durch, um eine statische sowie dynamische Gesichtsreanimation zu erreichen. Die Ergebnisse sind insgesamt sehr befriedigend und werden vor allem von betroffenen Patienten selbst besser bewertet als durch die behandelnden Ärzte, bedingt durch den psychologischen Faktor in der Selbstevaluierung.

Schlüsselwörter: N. facialis, Mikro-neurochirurgie, Nerven-naht, Nerven-transfer, Muskelersatzoperation.

Einführung

Das menschliche Gesicht hat eine vielfältige Bedeutung. Es repräsentiert die Persönlichkeit, kommuniziert durch Sprache und Mimik, besitzt eine Ernährungsfunktion (Kauen), eine Schutzfunktion der ‚Gesichtsinhalte‘, etc. Es wurde in allen Zeiten und Kulturen so oft und umfassend behandelt, dass das Wort ‚Gesicht‘ auch eine abstrakte Bedeutung bekam. Ca. 70 Prozent der Gesamtfunktion des Gesichtes lässt sich auf einen intakten N. facialis zurückführen. Der Verlust seiner Funktionstüchtigkeit hat daher eine vielfältige Bedeutung für den Betroffenen. In Abhängigkeit von der Läsionshöhe unterscheidet man obere (Kortikale-Kerngebiet-Läsion), untere Motoneuron-Läsion (Hirnstamm-Kerngebiet-Läsion) und periphere Läsion. Letztere wird vom Nervenverlauf in intrakranielle und extrakranielle Läsionen klassifiziert. Von der Lähmungsgenese kann man entzündliche, traumatische, tumorbedingte sowie idiopathische Paresen unterscheiden. Die am häufigsten genutzte Gradiierung der Gesichtslähmung basiert auf der Funktionsintegrität der einzelnen Äste des N. facialis, wie von House und Brackmann zusammengefasst.

In Abhängigkeit von Höhe und Art der Läsion kann der geschädigte Nerv mit verschiedenen Methoden rekonstruiert werden. Direkte Nerven-nahte des N. facialis werden häufig bei traumatischen Rupturen oder nach Tumorresektionen genutzt. Bei

Hirnstammläsionen mit Involvement des Kerngebietes sind Nerventransferoperationen (z. B. von N. hypoglossus oder N. facialis der Gegenseite) indiziert. Die besten Resultate einer primären Nervenrekonstruktion werden durch eine frühe Operation erreicht.

Bei lang bestehender Gesichtslähmung ist die ‚Reanimation‘ des Gesichtes durch Ersatzoperationen möglich. Hier kommen statische und dynamische Reanimationsoptionen zum Einsatz. In diesem Artikel präsentieren wir einen Überblick über die N. facialis-Chirurgie.

Klassifikation

Die Klassifikation der Gesichtslähmung hat verschiedenen Grundlagen: (a) nach Höhe der Schädigung des Gesichtsnervenkernegebietes, (b) nach anatomischem Verlauf des N. facialis und (c) nach Genese der Läsion (33).

Bei einem pathologischen Korrelat im Bereich der Großhirnrinde im Zentralbereich (bzw. Gyrus cinguli) spricht man von einer oberen Motoneuron-Läsion. Bei pathologischen Prozessen des Hirnstammes wird die Läsion als untere Motoneuron-Läsion klassifiziert. Von diesem System unterscheidet man eine periphere Gesichtslähmung, wenn der N. facialis von seinem Abgang im Hirnstamm bis zu den Zielmuskeln betroffen sein sollte.

Die periphere N. facialis-Läsion kann in der hinteren Schädelgrube (z. B. bei Tumoren), entlang seines Verlaufes im Os temporale (häufig Entzündungen, seltener Tumore), oder in seinem extraforaminalen Verlauf (Tumore, Parotitis, etc.) ihre Ursache haben. Dementsprechend wird die Läsion in intrakraniell, Schädelbasis- oder extrakraniell bedingt unterteilt (33).

In der Praxis sieht man die Gesichtslähmung am häufigsten bei einer Entzündung. Die zweithäufigste Ursache ist traumatisch bedingt (z. B. Schädelbasis-Frakturen, iatrogene Verletzung). Außerdem kann der Nerv in einem Tumor involviert sein, oder nicht selten, keine zu diagnostizierende Ursachen haben. Nach dieser Klassifikation unterscheidet man ent-

¹Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie,
²Abteilung für Physiotherapie,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
der Technischen Universität zu Dresden

zündliche, traumatische, tumorbedingte und idiopathische Läsionen des N. facialis. Die angeborene beidseitige N. facialis-Lähmung gehört zum Symptomkomplex des Möbius-Syndroms, wobei andere Anomalien, wie z.B. Herzwandfehlbildung, koexistieren können (33).

Klinische Manifestationen der Nervus-facialis-Lähmung

Um die klinische Manifestation einer Gesichtsnervenlähmung besser verstehen zu können, ist es notwendig, auf die morphophysiologische und evolutionäre Grundlage der Gesichtsmuskulatur einzugehen. Die Gesichtsmuskulatur wird in folgenden morphofunktionellen Gruppen unterteilt:

(a) Peri- und epikraniale Muskeln oder Skalmuskeln (Mm. occipitofrontalis, frontalis et transversus nuchae, Galea aponeurotica, Mm. auriculares sup., post., et ant.)

(b) Muskeln der Augenlider (Mm. levator palpebrae superioris, orbicularis oculi et corrugator)

(c) Nasenmuskeln (Mm. pyramidalis nasi, compressor septi, depressor alae nasi, dilatator naris posterior et anterior)

(d) Mundmuskeln (Mm. caninus, zygomaticus maj. et min., mentalis, quadratus labii super. et inf., triangularis, buccinator, orbicularis oris et risorius)

(e) Kaumuskeln (Mm. temporalis, pterygoideus sup. et inf., masseter)

Funktionen der Muskelgruppen:

Bezüglich der mimischen Funktion sind die epikranialen und Nasenmuskeln beim Menschen zum großen Teil atavistisch. Die feinen mimischen Bewegungen der Ohrmuscheln und der Nasenflügel haben bei höheren Säugern noch eine funktionelle Bedeutung. M. orbicularis oculi ist der

Tabelle 2: Selbstevaluierungsgesichtsgradierungssystem (SE-GGS)

Grad	Beschreibung
A	Normal
B	Fast normal
C	Gesichtsbewegungen gut möglich
D	Gesichtsbewegungen erschwert möglich
E	Nur leichte Gesichtsbewegungen möglich
F	Gesichtsbewegungen unmöglich

Spinktermuskel des Augenlides. Der palpebrale Anteil führt eine unwillkürliche Kontraktion durch und verschließt das Augenlid, wie z. B. beim Schlafen oder Blinzeln; der orbitale Anteil dagegen ist willkürlich. Der M. levator palpebrae superioris ist der direkte Antagonist des M. orbicularis oculi: Er öffnet die Augenlider. Die Tränengänge werden durch die koordinierten, willkürlichen sowie auch unwillkürlichen Kontraktionen der Lidmuskeln entweder mit einem positiven Druck eröffnet oder mit einem negativen Druck verschlossen. Der M. corrugator zieht die Augenbrauen medialwärts und produziert die vertikalen Stirnfalten, so dass man diesen als „Muskel des Leidens oder Erduldens“ betrachtet.

Der M. quadratus labii superioris ist der Elevator der Oberlippe. Der Zygomaticus zieht den Mundwinkel zurück und nach oben, wie zum Lächeln. Der M. mentalis eleviert und drückt die Unterlippe vor, dabei runzelt sich die Kinnhaut und es entsteht der Ausdruck des Zweifels. Der M. quadratus labii inferioris zieht die Unterlippe direkt nach unten und etwas lateral, daraus resultiert ein ironischer Ausdruck. Der M. triangularis, ein Antagonist der Mm. caninus et zygomaticus zieht den Mundwinkel nach unten. Wenn sich diese Muskeln zusammen mit dem M. caninus kontrahieren, bewegt sich der Mundwinkel medialwärts. Das Platysma retrahiert und deprimiert den Mundwinkel, ähnlich dem M. triangularis. Die einfache Kontraktion des M. orbicularis oris führt zum dichten Mundverschluss; bei Kontrak-

Tabelle 1: House + Brackmann Gesichtsgradierungssystem (HB-GGS)

Grad	Beschreibung	Charakteristika
I	Normal	Normale Gesichtsfunktion in allen Bereichen
II	Leichte Dysfunktion	<u>Allgemein</u> leichte Schwäche bei sorgfältiger Inspektion; sehr leichte Synkinese möglich normale Symmetrie und Tonus
		<u>In Ruhe</u> <u>In Bewegung</u> Stirn: moderate bis gute Funktion Augenlider: kompletter Verschluss mit minimaler Anstrengung Mund: leichte Asymmetrie
III	Moderate Dysfunktion	<u>Allgemein</u> Seitendifferenz eindeutig, jedoch nicht entstellend; nicht schwere, aber leicht zu bemerkende Synkinese; Kontraktur und/oder Hemifazialspasmus normale Symmetrie und Tonus
		<u>In Ruhe</u> <u>In Bewegung</u> Stirn: leichter bis moderater Bewegungsumfang Augenlider: kompletter Verschluss unter Anstrengung möglich Mund: leichte Schwäche bei maximaler Anstrengung
IV	Moderate bis schwere Dysfunktion	<u>Allgemein</u> eindeutige und entstellende Seitendifferenz normale Symmetrie und Tonus
		<u>In Ruhe</u> <u>In Bewegung</u> Stirn: keine Bewegung möglich Augenlider: inkompletter Verschluss unter Anstrengung Mund: asymmetrisch bei maximaler Anstrengung
V	Schwere Dysfunktion	<u>Allgemein</u> Bewegungen kaum sichtbar Asymmetrie
		<u>In Ruhe</u> <u>In Bewegung</u> Stirn: keine Bewegung möglich Augenlider: inkompletter Verschluss unter max. Anstrengung Mund: asymmetrisch; Bewegung kaum zu merken
VI	Vollständige Parese	Keine Bewegungen möglich

tion der tiefen Fasern werden die Lippen gegen die Zahnreihe gepresst. Die oberflächlichen Fasern, welche zum Großteil kreuzen, führen die Lippen zusammen und drücken sie nach vorne. Der M. buccinator komprimiert die Wangen, so dass die zu kauende Speise an die Zähne gedrückt wird. Bei aufgeblasenen Wangen drängen die Mm. buccinator die Luft durch die Lippen, wie beim Blasen einer Trompete (*Lt. buccina-Trompete*). Der M. risorius retrahiert den Mundwinkel und produziert einen unangenehmen, grinsenden Ausdruck.

Innervation der Gesichtsmuskeln:

Die motorische Innervation aller oben genannten Gesichtsmuskeln wird durch drei Nerven gewährleistet: N. facialis, oculomotorius et trigeminus (N. mandibularis). Alle Muskeln für den Gesichtsausdruck werden ausschließlich vom N. facialis innerviert, der sich im Bereich der Wange in fünf Äste aufspaltet; die Kaumuskeln werden durch die motorische Äste des N. trigeminus und die Lidöffnung durch den N. oculomotorius innerviert. Innerhalb der menschlichen Population haben die mimischen Muskeln eine differente Ausprägung in Abhängigkeit von der Genetik, gesprochenen Sprache, Kulturkreis, Gewohnheiten, etc. Allgemein betrachtet sind die Gesichtsausdrücke jedoch ein wichtiger grundlegender Faktor der menschlichen Kommunikation in allen Gesellschaften. Der Verlust der intakten koordinierten Bewegung der mimischen Muskeln, insbesondere durch eine Läsion des N. facialis, hat daher eine ausschlaggebende Bedeutung für das Individuum nicht nur in Bezug auf die äußere Schönheit, sondern auch auf alle anderen oben aufgezählten Funktionen.

Apparative/instrumentelle Diagnostik von Gesichtsnerven-Läsionen

Elektromyographische Untersuchungen der Muskulatur zu verschiedenen Zeitpunkten bieten eine dynamische Aussage, ob ein Muskel nach einem Nervenschaden wieder reinnerviert wird oder nicht. Präzise und zielgerichtete EMG-Diagnostik der einzelnen Gesichtsmuskeln können auf den Typ der Läsion hinweisen.

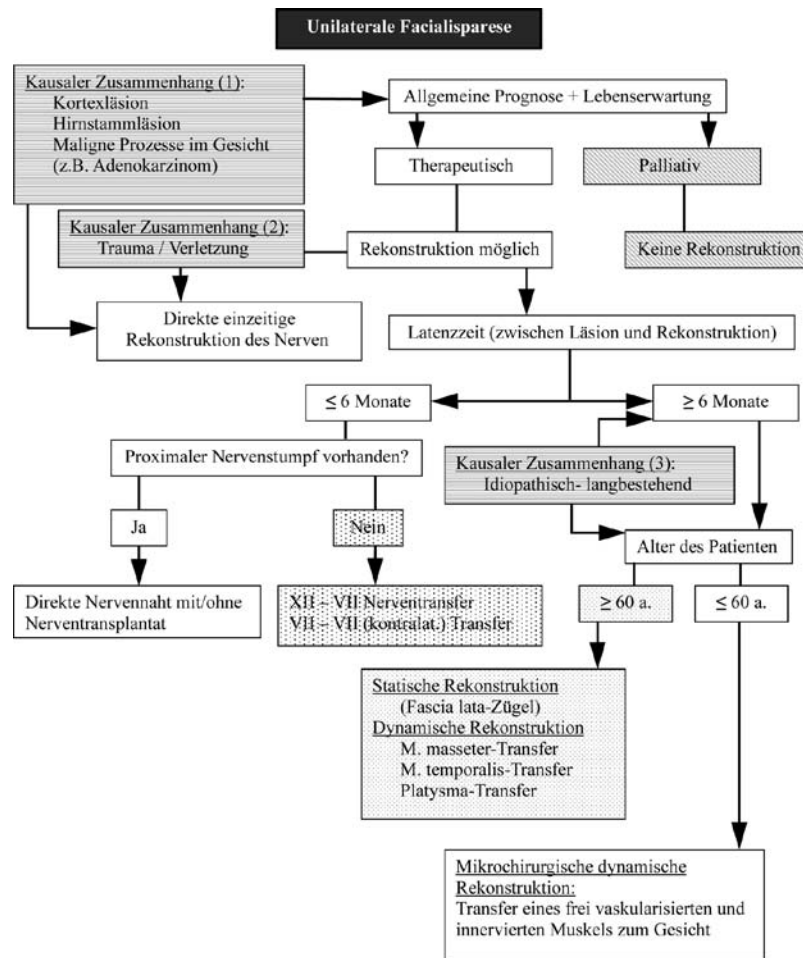


Abbildung 1: Algorithmus zur Behandlung der erworbenen Lähmung des Gesichtsnerven. In diesem Ablauf sind verschiedene individuelle Faktoren (z. B. ein primär rekonstruierter, jedoch nicht regenerierender Nerv, Ausmaß,

bzw. Grad der Lähmung, Motivationslage der einzelnen Patienten, Compliance, etc.) nicht berücksichtigt. Deshalb sollte jeder Fall auch individuell betrachtet und entsprechende Maßnahmen vorgeschlagen werden.

Mittels Magnetresonanztomographie (MRT) ist es möglich, die verschiedenen morphologischen Komponenten, welche eine Gesichtslähmung verursachen können, darzustellen, wie zum Beispiel Tumoren.

Die elektrophysiologischen Untersuchungen spielen eine wichtige Rolle nicht nur in der Diagnostik der Nervenläsion sondern auch hinsichtlich des postoperativen Nachweises der Reinnervation (20;29). Die Spezifität der ENG-Diagnostik bei komplexen Gesichtslähmungen ist aufgrund der technischen Möglichkeiten sehr begrenzt und zudem untersucherabhängig (21;23). Das EMG von Zielmuskeln kann den Grad der Nervenläsion nachweisen und stellt ein wichtiges Hilfsmittel für die Therapieführung dar. Außerdem kann mit dem EMG die Prognose für die Reinnervation nach einer Nervenrekonstruktion erfasst werden, obwohl

letztlich nur das funktionelle Endergebnis zählt.

Graduierungssysteme zur Erfassung und Bewertung der mimischen Funktion

Um die Gesichtsnervenlähmung zweckmäßig behandeln sowie den ausgewählten Behandlungsablauf kritisch analysieren zu können, werden verschiedene Systeme angeboten, die nach den jeweiligen Erstbeschreibern benannt werden, z.B. Botman & Jonkees, Peitersen, Yanagihara, Adour & Swanson, Janssen, Stennert, House & Brackmann, etc. (5). Wir verwenden das House und Brackmann Gesichtsgraduierungssystem (HB-GGS) (Tab. 1 s. S. 484). Da das Gesicht ein Organ des Selbstbewusstseins ist, wird die Auswertung auch durch den Patienten selbst nach einer vereinfachten Skala vorgenommen: das Selbstevaluierungsgesichtsgraduierungssystem (SE-GGS) (Tab. 2 S. 484).

Behandlungsziele bei der Gesichtslähmung

Die Wiederherstellung aller geschädigten mimischen Funktionen ist das ideale Ziel bei der Behandlung einer Gesichtslähmung. Diese ist nur bei leichtgradigen Lähmungen ($H+B \leq III^{\circ}$) mit vorhandener morphologischer und funktioneller Kontinuität des N. facialis in einer jungen Patientenpopulation möglich. Eine ideale Wiederherstellung aller mimischen Funktionen durch einen chirurgischen Eingriff gelingt nur, wenn der geschädigte Nerv (z. B. nach einem spitzen Trauma oder Tumorentfernung) in der gleichen Behandlungssitzung rekonstruiert wurde. Bei den übrigen Fällen sollten die Behandlungsziele in einem realistischen Rahmen gesehen werden. Eine akzeptable Gesichtssymmetrie in Ruhe und Bewegung, ausreichender Hornhautschutz durch vollständigen Lidschluss, deutliche Lautartikulation, und die Möglichkeit, den Kauinhalt im Mundraum zu behalten, sind die hauptsächlichen Ziele, die man auf chirurgischem Weg anstrebt. Deshalb sind die palpebralen und zirkumoralen Muskelgruppen der Schwerpunkt aller Behandlungsmodalitäten. Dies muss auch Gegenstand der Patientenaufklärung sein.

Behandlungsmethoden zur Gesichtsreanimation

Die Augenlider- und Mundmuskeln spielen die größte Rolle in der Gesamtfunktion der Mimik. Daher konzentrieren sich alle Behandlungsmaßnahmen hauptsächlich auf diese Muskelgruppen. Die Behandlungsstrategie richtet sich nach verschiedenen Faktoren:

- Wie ist die Lähmung entstanden? Wie ausgeprägt ist die Lähmung (nach dem HB-GGS)?
- Gibt es einen proximalen Anteil des geschädigten Nerven: Hirnstamm-Läsion? Nervenkontinuitätsunterbrechung im peripheren Bereich?
- Wie hoch ist die Compliance des Patienten (Alter, Begleiterkrankungen, etc.)?
- Welche Ziele werden beim individuellen Patienten angestrebt?

- Und das wichtigste: Wie lang liegt die Nervenläsion zurück? Sind die Nerven-Muskel-Synapsen in den mimischen Muskeln noch vorhanden?

In Abhängigkeit von diesen Aspekten ändert sich auch die Behandlungsstrategie, welche individuell für den betroffenen Patienten ausgewählt wird. Die chirurgischen Prozeduren können in zwei großen Gruppen unterteilt werden: (a) primäre Nervenrekonstruktion bei kurzzeitig bestehender Lähmung, und (b) Gesichtsreanimation bei langbestehender Parese (funktionelle Ersatzoperationen).

Die Möglichkeit der primären Nervenrekonstruktion wird wahrgenommen entweder bei einer einzeitigen Operation (z. B. Tumorentfernung und Nervenrekonstruktion in derselben Sitzung) oder wenn der Zeitpunkt der Nervenläsion nicht länger als 6 Monaten zurückliegt (Abb. 1 s. S. 485). Diese Möglichkeiten sind:

- Primäre Rekonstruktion des Gesichtsnerven mittels direkter Naht und/oder mit einem Nerventransplantat (14;24;27);
- Nervenleitsoperation bei Nichtvorhandensein des proximalen Endes des Gesichtsnerven, z. B. N. hypoglossus – zu – N. facialis, Ansa cervicalis – zu – N. facialis, N. accessorius spinalis – zu – N. facialis (2;11;32);
- Nervenrekonstruktion unter Nutzung eines Astes des kontralateralen N. facialis als Spender, überbrückt mit einem Nerventransplantat (Cross-Face Graft oder CFG) (27;28).

Bei lang zurückliegender Gesichtslähmung und bei bereits deutlich atrophierten mimischen Muskeln versprechen die oben erwähnten primären Nervenrekonstruktionsmaßnahmen keinen Erfolg mehr. Dann sollte eine ‚Reanimation‘ des gelähmten Gesichtes durch Ersatzstrukturen angestrebt werden. Dies hängt wiederum von mehreren ausschlaggebenden Faktoren ab:

- Statische Reanimationsoptionen sind einfacher in der operativen Durchführung, erhalten hauptsächlich die Ruhespannung des Gesichtes und werden meistens

älteren Patienten angeboten. Einfache Gesichtstraffung, Suspension des Mundwinkels am Processus zygomaticus mit einem autologen (Fascia lata) oder synthetischen Zügel, Tarsorrhaphie, Canthopexie und Goldimplantation im oberen Augenlid gehören zu dieser Subgruppe (25).

- Dynamische Reanimation bedeutet Ersatz der mimischen Muskeln durch andere intakte Muskeln. Hierzu kommen die vom N. trigeminus innervierten Kaumuskeln zum Einsatz. Häufig genutzte Spender sind M. temporalis und M. masseter, wobei die Insertion der entsprechenden Muskeln getrennt und zum Mundwinkel bzw. Augenlid transferiert werden (Abb. 2 s. S. 487) (7;11;28;30).
- Mikrochirurgische dynamische Reanimation ist die Rekonstruktionsoption, welche wahlweise bei jungen Patienten mit langbestehender irreparabler N. facialis-Lähmung genutzt wird. Hierbei wird ein freier Muskellappen mit seiner intakten Gefäßversorgung und innervierendem Nerv zum Gesicht autotransplantiert, wobei die Durchblutung durch Mikrogefäßanastomosen im Empfängergebiet wieder etabliert wird. Die Innervation des transplantierten Muskels erfolgt durch Nerven-anastomosierung mit einem intakten buccalen Ast des kontralateralen Gesichtsnerven an der nasolabialen Falte oder mit einem Ast des Nerven zum ipsilateralen M. masseter (Abb. 3 s. S. 487) (1;12;13;16-19;22;26;31).

Behandlungstechniken bei der Gesichtsreanimation:

Rekonstruktion des N. facialis

Primäre N. facialis Rekonstruktion: Bei scharfer Durchtrennung des N. facialis, auch im Rahmen der iatrogenen Behandlung z. B. während einer Mastoidektomie oder Tumorsektion im Bereich der Wangen, ist diese Behandlungsvariante dringend angezeigt. Wenn aber der Nerv entlang seines Verlaufes entfernt sein sollte, muß der Defekt mit einem Nervenautotransplantat mikrochirurgisch überbrückt werden. Bei tumo-

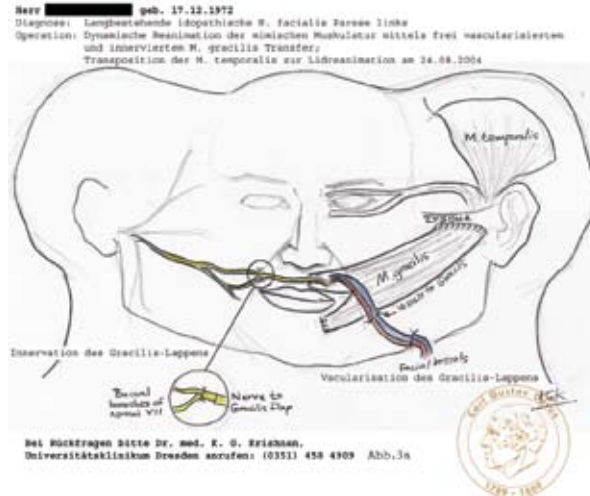


Abbildung 2: Schematische Darstellung von makrochirurgisch-dynamischer Reanimation des gelähmten Gesichtes bei älteren Patienten: **(2a)** Nutzung des gespaltenen M. temporalis zur Lidverschluss-, sowie Mundwinkelreanimation; **(2b)** Nutzung des gespaltenen M. masseter zur Reanimation des Mundwinkels.

Abbildung 3: Schematische Darstellung von mikrochirurgisch-dynamischer Reanimation des gelähmten Gesichtes mittels Autotransplantation eines frei vaskularisierten und innervierten M. gracilis-Lappens in der jüngeren Patientengruppe: **(3a)** In diesem Fall wurden die Endäste (Rr. buccales N. facialis)

des kontralateralen Gesichtsnerven zur Reinnervation des transplantierten Muskels genutzt; **(3b)** Hier bestand eine Facialis-Kerngebietläsion beidseits. Deshalb wurden 2 Faszikel des N. massetericus der ipsilateralen Seite zur Reinnervation des Muskellappens verwendet.

rösen Prozessen mit Involvierung des Hirnstammes verspricht die primäre Nervennaht mit oder ohne Nerventransplantat direkt vom Hirnstamm häufig keinen Erfolg. Daher sollte eine Nerventransfer-Operation in einer getrennten Sitzung, jedoch nicht später als 4 Monate nach der Tumoroperation, erfolgen. Nerventransfer zum N. facialis: In zwei Situationen ist diese angezeigt: (a) bei Nichtvorhandensein des proximalen Endes des N. facialis, und (b) bei Läsionen des Hirnstammes. Hierbei wird das distale Ende des N. facialis unterhalb der Glandula parotis über den prätragalen Zugangsweg freigelegt. Der Spendernerv für den Nerventransfer ist am häufigsten der N. hypoglossus. Durch den submandibulären Zugang wird der N. hypoglossus und dessen Beitrag zur Ansa cervicalis (N. hypoglossus descen-

dens) entlang seines Verlaufes zwischen der A. carotis interna und V. jugularis interna freipräpariert. In Abhängigkeit von seiner Beschaffenheit wird entweder der N. hypoglossus selbst oder die Ansa cervicalis als Spender benutzt. Der durchtrennte Nerv wird vorsichtig durch einen Tunnel zur Wange gezogen und dort mit dem freigelegten N. facialis mikrochirurgisch anastomosiert (Abbildung 4). Man beobachtet die ersten Erfolge eines solchen Transfers bereits 2 bis 3 Monate nach der Operation durch eine Wiederkehr der Ruhespannung in den mimischen Muskeln. Bei der Nutzung des N. hypoglossus als Spendernerv für den N. facialis sollte möglichst die Ansa cervicalis durchtrennt und mit dem distalen Ende des verbleibenden N. hypoglossus anastomosiert werden. Dadurch kann eine Hemihypoglossus-Parese

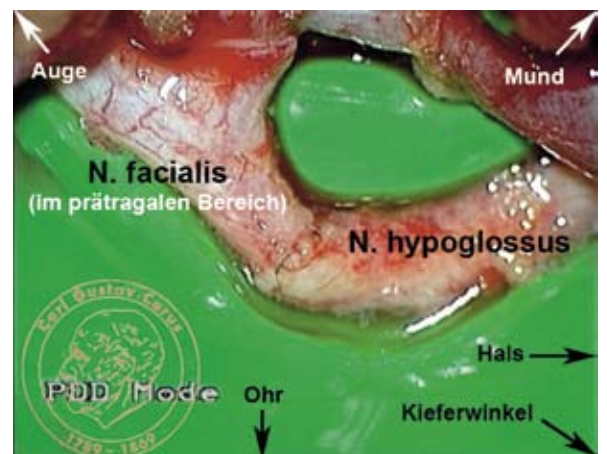


Abbildung 4: Operationsmikroskopisches Bild eines XII-zu-VII Transfers. Der N. hypoglossus (XII) wird vom submandibulären Bereich zum prätragalen Bereich untertunnelt. Hier erfolgt die mikrochirurgische Anastomose zwischen dem Spender- und Empfänger-nerven. Um die Zungenfunktion nicht zu schädigen, wird der Ramus descendens Nervi hypoglossi (a.b.a. Ansa cervicalis) mit dem distalen Stumpf des N. hypoglossus im submandibulären Bereich anastomosiert.



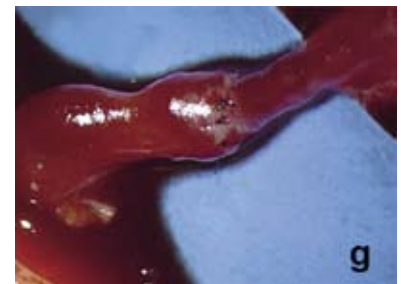
Abbildung 5: Intraoperative Bilder einer mikrochirurgischen, dynamischen Reanimation des gelähmten Gesichtes mittels Autotransplantation einer frei vaskularisierten und innervierten M. gracilis-Lappenplastik. **(a)** Hautmarkierung zur Entnahme der gepalpten M. gracilis-Lappenplastik; **(b)** Die entnommene Plastik mit ihren versorgenden Mikrogefäßen und motorischem Nerv (Ramus anterior Nn. obturatorii interni); **(c)** Probeanlage der Lappenplastik am Gesicht; **(d)** Hier wurde der proximale Ansatz des Muskellappens bereits am Zygoma fixiert. Der distale Ansatz wird mit dem Modiolus vernäht. Die Spender- und Rezipientengefäße werden zur Anastomosierung vorbereitet; **(e,f,g)** Beispiel einer Mikrogefäß Anastomose zwischen der Spenderarterie (hier A. facialis) und der Arterie des Muskellappens. Ebenfalls wird die Venenanastomose angelegt; **(h)** Der motorische Nerv des Gracilis-Lappens wird durch das Philtrum zur kontralateralen Nasolabialfalte durchgezogen; **(i)** Anschluss des motorischen Nerven des Muskellappens an die Endäste der funktionell intakten Rr. buccales Nn. facialis in der kontralateralen Nasolabialfalte.

vermieden werden. Jedoch ist die intakte Funktion eines der beiden Nn. hypoglossi im Verlauf der Zeit vollständig ausreichend für die uneingeschränkte motorische Funktion der Zunge. Unmittelbar nach so einem Nerventransfer muss eine gewisse Beeinträchtigung der Zungenmotilität erwartet werden, welche in Form einer Dysarthrie auffällig wird. Diese bildet sich selbständig im Verlauf der Zeit, auch ohne besondere physiotherapeutischen Übungen, zurück, da die Zunge über eine kontralaterale Innervation verfügt.

Das Phänomen einer Synkinese (Lt: assoziierte Bewegungen) nach einem Nerventransfer kann nur in seltenen Fällen mit der Zeit verschwinden. Nach Selbsteinschätzung der Patienten wirkt diese nicht störend, da der Gewinn durch die Reinnervation der mimischen Muskeln die relativ geringen und durchaus tolerierbaren Nebenwirkungen deutlich überwiegt.

Ersatzrekonstruktion des chronisch gelähmten Gesichtes (Reanimation)

Statische Reanimation des Gesichtes: Das Ziel einer statischen Reanimation des chronisch paralytisierten Gesichtes besteht darin, den hängenden Mundwinkel in die Horizontale zu heben, die assistierende Funktion beim Kauen zu gewährleisten und, im Bereich der Augenlider, einen ausreichenden Lidschluss zu erlangen. Wie bereits erwähnt, wird eine statische



Reanimation älteren Patienten angeboten. Einfache supramuskuläre oder subperiosteale Gesichtstraffung wird über die klassische prätragale Inzision durchgeführt. Eine andere Option ist die Suspension des Mundwinkels am Arcus zygomaticus mit einem Zügel, entweder aus Fascia lata oder aus synthetischen Materialien. Der Vorteil dieser Techniken liegt in ihrer einfachen und schnellen Durchführung und ist daher am Besten geeignet für ältere Patienten. Von Nachteil ist jedoch die temporäre Wirkung der Straffung. In seltenen Fällen sieht man Druckfisteln im Bereich des Lidimplantates, was eine Explantation des Gewichtes notwendig macht.

Makrochirurgische dynamische Reanimation des Gesichtes (Lokaler Muskeltransfer): Die makrochirurgische dynamische Reanimation des Gesichtes benutzt intakte Muskeln der Nachbarschaft. Hierbei kommen M. temporalis und M. masseter zum Einsatz. Verschiedene Kombinationen der makrochirurgischen dynamischen



Abbildung 6: (a) 44-jähriger Patient mit rechtsseitiger, kompletter Facialis-Lähmung H+B VI° bei Status nach Exstirpation eines gutartigen Tumors im Bereich des Hirnstamms. Während einer Beobachtungszeit unter aktiver physiotherapeutischer Behandlung von 6 Monaten ist es zu keinerlei Verbesserungen gekommen. (b) Reinnervationsergebnis circa

8 Monate nach Transfer des N. hypoglossus – zu – N. facialis im prätragalen Bereich (H+B II°); (c) Bei dieser Operation wurde der Ramus descendens Nn. hypoglossi (Ansa cervicalis) zur Reinnervation der Zunge an den distalen Stumpf des genutzten N. hypoglossus angeschlossen. Dieses Bild zeigt das Reinnervationsergebnis der Zunge nach 8 Monaten.

Gesichtsreanimation sind möglich. Operationstechnisch ist diese Option etwas aufwendiger als die statischen Techniken. Wahlweise werden solche Operationen älteren, jedoch complianten Patienten angeboten. Der Vorteil dieser Verfahren liegt in der einfachen Durchführung und relativ konstanten, guten Ergebnissen. Selten lernen die Patienten mit dem ‚Neomuskel‘ (besonders im Mundwinkelbereich) aktiv umzugehen. In der Regel resultieren keine koordinierten Gesichtsausdrücke. Nicht selten ist eine sekundäre Straffung nach dieser Operation notwendig.

Mikrochirurgische dynamische Reanimation des Gesichtes (freier innervierter und vaskularisierter Muskeltransfer): Bei dieser Technik werden die atrophierten mimischen Muskeln durch einen ungeschädigten Muskel ersetzt. Die Innervation dieses Muskels erfolgt durch einige intakte Faszikel des kontralateralen N. facialis oder ipsilateralen N. massetericus (Abb. 5 s. S. 488). Die am häufigsten

benutzten Spendermuskeln sind M. gracilis, M. latissimus dorsi und M. serratus anterior. Der Muskel wird gespalten und ein Teil in der erforderlichen Größe zusammen mit seiner Gefäßversorgung durch die Stielgefäße und seiner Innervation durch den motorischen Nerv entnommen. Danach wird der gewonnene Muskelanteil zwischen dem Processus zygomaticus und dem Mundwinkel ausgespannt fixiert. Anschließend werden die Mikrogefäß Anastomosen zwischen den Gefäßen des Muskelappens und den örtlichen Spendergefäße (z. B. A. et. V. facialis) etabliert. Danach erfolgt die Mikronerven Anastomose zwischen dem motorischen Nerv der Muskellappenplastik und den Spenderfasziken. Nach Abschwellung wird mit physiotherapeutischen Übungen begonnen. Gegebenenfalls wird auch eine Muskelstimulation durchgeführt (vide infra). In der Regel sieht man die aktiven willkürlichen Muskelbewegungen des transplantierten Muskels bereits 3 bis

4 Monate nach dem Eingriff. In unserer Klinik bevorzugen wir das einzeitige Vorgehen. Diese Operationsverfahren sind indiziert in einer besonders jungen und sonst gesunden Patientengruppe.

Physiotherapeutische Behandlung nach operativ versorgter Facialisparesie

Die Physiotherapie hat einen großen Stellenwert bei der Behandlung von Facialisparesen. Zur Anwendung kommen manuelle Lymphdrainage, Elektrotherapie, Korrekturmassage, Krankengymnastik, eventuell zusätzlich Logopädie (3;4;6;9;10;15). Die Behandlung nach operativer Versorgung hat folgende Ziele: (1) Entstauung und Ödemverringern, (2) Erhalt der Synapsen, (3) Unterstützung der Gesichtssymmetrie, (4) Aktivierung der Muskulatur und (5) Behandlung von Sprach- und Schluckstörungen.

Im Einzelnen erfolgen nachstehende Maßnahmen:

Entstauung: Die entstauende Therapie besteht aus einer Kombination von Maßnahmen, die postoperativ mit der abflussfördernde Lagerung des Patienten mit erhöhtem Oberkörper beginnen. Das Ziel einer manuellen Lymphdrainage ist die Steigerung der Lymphangiomotorik und damit ein beschleunigter Ödemabtransport. Nach Rücksprache mit dem Operateur kann nach der Lymphdrainage eine vorsichtige Kompression, z. B. mittels Stirnband, erfolgen. Kontraindiziert ist die manuelle Lymphdrainage bei dekompensierter Herzinsuffizienz. Bei intakter Kau motorik empfehlen wir dem Patienten das Kauen von Kaugummi, um den Ödemabtransport über die Muskelaktivität zu unterstützen.

Erhalt der Synapsen: Sobald das Gesicht abgeschwollen ist, beginnen wir mit der Exponentialstromtherapie. Exponentialstrom ist ein niederfrequenter Dreieckimpulsstrom zur selektiven Behandlung denervierter Muskulatur. Dieser dient dem Erhalt der Synapsen und der kontraktile Muskelsubstanz. Dadurch wird die aktive Kontraktionsfähigkeit des Muskels auch nach Nervenrekonstruktion

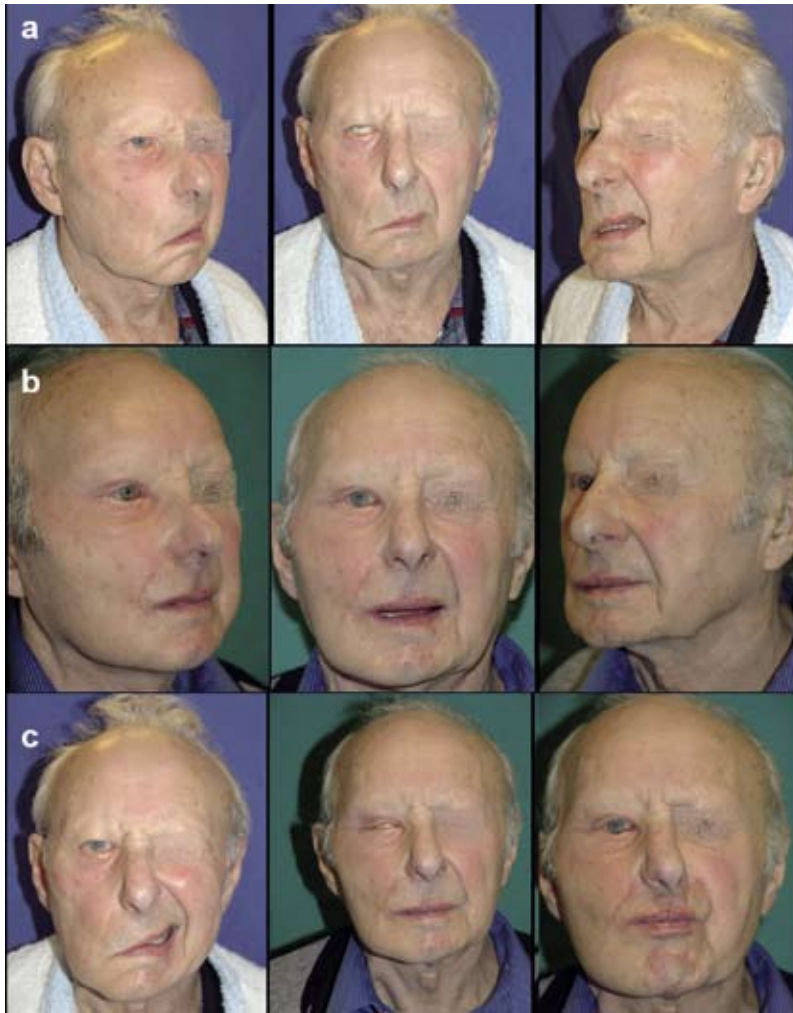


Abbildung 7: (a) 77-jähriger Patient mit einer kompletten Gesichtslähmung rechts (H+B VI°); (b) 1½ Jahre nach makrochirurgischer dynamischer Reanimation des Gesichtes mittels Transfer von Anteilen des M. temporalis

zum Lidverschluss und Mundwinkel-Reanimation. Erkennbar ist eine gewisse Wiederherstellung der statischen Gesichtssymmetrie; (c) Die Augenlid- sowie Mundfunktion haben sich ebenfalls deutlich verbessert (H+B III°).

und Muskelerersatzplastiken wieder gebahnt. Der gelähmte Muskel benötigt einen Dreieckimpuls zur Muskelkontraktion, im Gegensatz zum gesunden Muskel, der auf Rechteckimpulse reagiert.

Die Parameter der Elektrotherapie werden individuell bestimmt. Eine für Exponentialstrom übliche I/t -Kurve ist im Gesicht sensibel zu belastend. Deshalb müssen zur Festlegung der geeigneten Flusszeiten (meist zwischen 100 ms und 400 ms) die Impulsparameter bei jedem Patienten individuell getestet werden. Die Impulspause erweist sich mit 2000 ms günstig. In Ausnahmefällen können mit der Anode als Reizelektrode bessere Zuckungen erreicht werden. Die Elektrotherapie muss bei auftretenden Kontrakturen abgesetzt werden. Unterstützung der Gesichtssymme-

trie: Zur Beeinflussung der Gesichtssymmetrie werden Massagegriffe zur Steigerung des Muskeltonus der betroffenen Seite und zur Regulierung des oft überhöhten Tonus der Gegenseite angewandt, wie z. B. Korrekturstreichungen und Knetungen.

Aktivierung der Muskulatur: Im Anschluss an die Massagegriffe wird mit den aktiven Bewegungsübungen für die mimische Muskulatur begonnen. Dabei unterstützt der Therapeut die Bewegungen der paretischen Gesichtshälfte. Überaktivität der gesunden Seite soll dabei vermieden werden. Deshalb übt der Patient selbst immer vor einem Spiegel und nutzt dabei seine Hand zur Unterstützung der betroffenen Seite. Zwischen den Übungen sind Entspannungsphasen notwendig.

Sprachübungen: Wegen der für den Patienten zusätzlich belastenden Phonationsstörungen bei Facialisparese werden Phonationsübungen durchgeführt. Diese erfolgen in der Übungsbehandlung und sollten zusätzlich durch den Logopäden betreut werden. Besonders bei Schluckstörungen und eingeschränkter Zungenmotorik (als OP-Folge) ist die Logopädie erforderlich. Das differenzierte Behandlungsvorgehen bei Läsion des Gesichtsnerven kann am besten durch Fallbeispiele dargestellt werden.

Fall Nr. 1: (Nervenrekonstruktion mittels XII-VII-Transfer) Es handelt sich um einen 44-jährigen Patienten, der durch Schwindel und Kopfschmerzen auffällig war. Die diagnostische Abklärung wies einen raumfordernden Prozess im Kleinhirnbrückenwinkel rechts auf (Abb. 6 s. S. 489), welche operativ entfernt wurde, wobei die morphologische Kontinuität des N. facialis durch Monitoring geschont wurde. Jedoch war der Patient postoperativ durch eine komplette Facialis-Lähmung rechts auffällig. Regelmäßige klinische und elektrophysiologische Kontrolluntersuchungen zeigten keine positive Entwicklung bzw. persistierende subklinische Spontanaktivitäten in den mimischen Muskeln. Am Ende des 4. Monats nach der Tumorentfernung waren anfängliche Zeichen einer Muskeltrophie sowie wiederholte Hornhautentzündungen eindeutig vorhanden (HB-GGS-VI°), woraufhin wir ihr eine Nervenrekonstruktion vorschlugen (Abb. 6 s. S. 489). Ein klassischer XII-VII-Transfer wurde durchgeführt. Zusätzlich wurde der Ramus descendens Nervi hypoglossi zum distalen Ende des N. hypoglossus transferiert (Abb. 6 s. S. 489). Bereits 3 Monate nach dem Nervenrekonstruktion zeigten sich ein deutlicher Wiederaufbau der nasolabialen Falte, des Resttonus des Gesichtes und ein vollständiger Lidverschluss. Auch in Bewegung war eine sehr gute dynamische Entwicklung der Muskelbewegungen der ehemals gelähmten Gesichtshälfte zu verzeichnen (Abbildung 6). Der Patient berichtete über assoziierte unwillkürliche Gesichtsbewegungen (Synkinese). Um die Synkinesen zu vermeiden,

ist es möglich, einen Cross-Face-Nerve-Graft in einer zweiten und dritten Sitzung durchzuführen. Das hatte der Patient jedoch abgelehnt, da er mit dem vorhandenen Ergebnis sehr zufrieden war (SE-GGS-A°).

Fall Nr. 2: (Makrochirurgische dynamische Reanimation) Dieser 77-jährige Patient musste sich im Alter von 60 Jahren einer Mastoidektomie wegen eitrigen Entzündungen unterziehen. Seit dieser Zeit bestand eine vollständige rechtsseitige Gesichtslähmung (HB-GGS-VI°). Der Patient wurde langfristig physiotherapeutisch behandelt. Er hat über Möglichkeiten einer Behandlung selbst recherchiert und stellte sich selbständig bei uns vor (Abb. 7 s. S. 490). Eine typische chronische Hornhautentzündung sowie chronisch veränderte linksbetonte bzw. rechtsvermeidende Kaumuster waren festzustellen. Er wache jeden Morgen in einem See eigenen Speichels auf. Eine primäre Nervenrekonstruktion ist aufgrund der langbestehenden Parese nicht indiziert. Es verbleiben nur noch statische und dynamische Reanimationsoptionen. Einerseits zeigt der Patient eine hohe Motivation durch Selbstrecherche und zielgerichtete Behandlungssuche. Andererseits ist sein Alter relativ fortgeschritten und damit verbunden eine zu erwartende gewisse Nervenregenerationsverzögerung nach definitiver mikrochirurgischer Gesichtsreanimation. Eine makrochirurgische Reanimation der mimischen Funktion wurde durch einen Muskeltransfer vom M. temporalis zum Mundwinkel sowie zu den Augenlidern erreicht (Abb. 7 s. S. 490). Eine statische Symmetrie war aufgrund des passiven Zuges sofort nach der Operation vorhanden. Jedoch lernte der Patient mit dem transferierten Muskel zur Gesichtsbewegungen erst nach 7 Monaten umzugehen (Abb. 7 s. S. 490). Nach dem HB-GGS werteten wir den Patienten zum diesen Zeitpunkt als HB-GGS-III°. Jedoch brachte seine Selbstevaluation den Ergebnis eines SE-GGS-B°.

Das ‚Umlernen‘, d. h. einen Muskel für einen anderen, primär für ihn nicht bestimmten Zweck zu nutzen, gelingt im Bereich des Gesichtes



Abbildung 8: Eine 48-jährige Patientin mit lang bestehender Facialis-Parese links (Status nach Exstirpation eines gutartigen Hirnstammprozesses mit einem Outcome nach der Karnofsky-Skala von 100 ohne Rezidivtumor während einer dreijährigen Beobachtungszeit). **(a)** Photodokumentation vor der Operation (H+B VI°). Eine dynamische mikrochirurgische Reanimation des Gesichtes mittels Autotrans-

plantation eines frei vaskularisierten und innervierten M. gracilis-Lappens wurde durchgeführt. Die Innervation des Lappens erfolgte vom ipsilateralen N. massetericus (s. auch Abbildung 3b). Der Verlauf gestaltete sich insgesamt komplikationsfrei; **(c)** Resultat ca. 2 Jahre nach der Operation. Die wieder sichtbare nasolabiale Falte dokumentiert die dynamische Funktion des Lappens.

nicht immer, insbesondere bei älteren Menschen. Jedoch spielt ein transferierter Muskel bis zum willkürlichen Bewegungseintritt auch eine statische Rolle, wie im dargestellten Fall zu erkennen.

Fall Nr. 3: (Mikrochirurgische dynamische Reanimation) Es handelt hier um eine 48-jährige Patientin mit einer lang bestehenden linksseitigen Facialis-Parese bei Status nach Exstirpation eines gutartigen Hirnstammprozesses. Bei der Vorstellung bei uns wurde die Facialis-Parese als HB-GGS-VI° eingeschätzt. Die SE-GGS zu diesem Zeitpunkt trug den Grad F. Die elektromyographischen Befunde zeigten einen bindegewebigen Umbau der mimischen Muskeln. Diese Patientin war eine geeignete Kandidatin für die mikrochirurgische dynamische Gesichtsreanimation. Ein frei vaskularisierter und innervierter, gepaltener M. gracilis-Lappen wurde zum Gesicht transplantiert. Der Muskel selbst wurde zwischen Zygoma und dem Mundwinkel ausgespannt.

Die Blutversorgung des Muskels erfolgte durch Mikrogefäßanastomosen mit der A. et V. temporalis superficialis. Die Innervation erfolgte durch 3 intakten Faszikeln des ipsilateralen N. massetericus (s. Abbildung 8). Gleichzeitig erfolgte der Transfer eines M. temporalis-Streifens zur Lidreanimation. Eine statische Symmetrie in Ruhe war bereits eine Woche nach der Operation (nach Sistieren der Gesichtsschwellung) zu erkennen (s. Abbildung 8). 4 Monate nach der Gesichtsreanimation bemerkte der Patient willkürliche Zuckungen des transferierten Muskels. Die Gradierung nach dem HB-GGS betrug zu diesem Zeitpunkt II°. Der Patient selbst wertete sich als Grad B nach dem SE-GGS.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Kartik G. Krishnan und
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert
Fetscherstraße 74
01307 Dresden