

Editorial	Wie kommunizieren Ärzte?	148
Berufspolitik	Wahl der Ausschüsse – Bewerben Sie sich jetzt! 114. Deutscher Ärztetag Steigende Arztzahlen in Sachsen 36. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	149 150 151 152
Recht und Medizin	Was tun bei Medizinschadensfällen?	157
Buchbesprechung	DGPI-Handbuch – Infektionen bei Kindern und Jugendlichen Psychiatrie in der DDR – Erzählungen von Zeitzeugen	160 184
Hygiene aktuell	Rotavirusimpfung	161
Mitteilungen der Geschäftsstelle	STEX in der Tasche – wie weiter? Start der Online-Befragung zur ärztlichen Weiterbildung 5. Deutsch-polnisches Symposium Fortbildung: Aktuelle Tendenzen in der Suchtmedizin/Suchtpsychiatrie Neue Tarifverträge für Medizinische Fachangestellte Neuberufungen Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/ Medizinische Fachangestellte“ Konzerte und Ausstellungen	165 166 166 167 167 167 167 168 168
Leserbrief	Leitsymptom „akuter Bauch“	168
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	169
Originalie	Leitsymptom Schwindel – aus hausärztlicher Sicht	170
Tagungsbericht	Der Arzt vor Gericht als Prozesspartei, Angeklagter und Gutachter Medizin & Glaube – Tagungsbericht	174 175
Personalia	Unsere Jubilare im Mai 2011 Dr. med. Ralf-Rainer Schmidt zum 65. Geburtstag In memoriam Bernd Hahn	177 179 184
Medizingeschichte	Karl Stülpner Via Regia und die Pest	180 185
Ostern	Ostern 2011	182
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Juni 2011	



36. Tagung der Kreisärztekammern
Seite 152



Leitsymptom Schwindel
Seite 170



Tagungsbericht Medizin & Glaube
Seite 175



3. Sächsische Landesausstellung
Görlitz 2011
Seite 185

Abbildung auf Titelseite: Starschnitt nach unten (Abb. 2a der Originalie: Priv.-Doz. Dr. med. habil. Manfred Jähne „Zur Katarakt-Operation beim erzgebirgischen Wildschützen Karl Stülpner“, Seite 180 bis 181 in diesem Heft).

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

Wie kommunizieren Ärzte?



Dass wir uns bewusst gewordene Behandlungsfehler auch mit unseren Patienten kommunizieren sollten, haben wir nun aus Gesprächen mit der Versicherungswirtschaft und der Rechtsvertretung gelernt.

Über mögliche Art, Höhe oder Modi der Regulierung dürfen wir nicht informieren.

Können, wollen wir Kollegen, Dienststellen oder unsere Patienten in der Regel nur informieren, vielleicht sogar elektronisch? Worin liegt dann der Unterschied zum Kommunizieren? Sicher in der Effektivität.

Definition: Bei Wikipedia findet sich Kommunikation als Sozialhandlung, die immer situationsbezogen stattfindet und einer Problemlösung dient. Kommunikation (*communicare*) ist damit wohl eine besondere Form der Interaktion und bedeutet „teilen, mitteilen, teilnehmen lassen; gemeinsam machen, vereinigen“. Wesentliche Aspekte dieser Sozialhandlung sind zum einen *Anregung und Vollzug von Zeichenprozessen*. Zum anderen *Teilhabe*, in der etwas nun Gemeinsames entsteht (lateinisch *communio*: „Gemeinschaft“, *communis*: „gemeinsam“).

Welche „Zeichen“ senden wir aus und welche empfangen wir? Haben wir dafür eine geeignete Antenne ausgefahren und haben wir diese auf uns gegenseitig ausgerichtet?

Letzteres hängt wohl ganz wesentlich davon ab, ob wir bereit sein werden, etwas Gemeinsames entstehen lassen zu wollen. Erst so werden Hindernisse überwunden, die sich allein

nicht bewältigen lassen: Eben die Krone eines Patient-Arzt-Verhältnisses.

Körpersprache: Kürzlich habe ich wieder dankbar erfahren können, dass meine Hand zum wirksamsten Kommunikationsmittel mit einem Patienten wurde: Es war in einer peinlichen Situation während eines Konzertes. Wir konnten kaum sprechen, konnten uns auch nicht „Auge in Auge“ begegnen. Nur über die Berührung und deren Modifikation, zum Beispiel am Radialispuls, erfolgte die Übertragung von Verständnis, Rückmeldung von Angst, Ruhe und anderes mehr. Wir trennten uns danach mit wenigen dankbaren Worten und Blicken. Das Problem war für uns beide gut gelöst.

Kommunikation wird häufig als „Austausch“ oder „Übertragung“ von Gefühlen wie Sorge, aber auch Wissen, Erkenntnis oder Erfahrung, sicher zwischen Arzt und Patienten besonders „asymmetrisch“, erfolgen.

Mit „Austausch“ ist immer ein gegenseitiges Geben und Nehmen gemeint. Übertragung muss Distanzen überwinden, Gedanken, Vorstellungen, Meinungen werden ein Individuum „verlassen“ und in ein anderes „hinein gelangen“. Empathische Körpersprache erweist sich als das Wirksamste.

Elektronisch: Kommunikation im anderen Sinne erfolgt zunehmend mit elektronischen Medien. E-Mail, Homepage, Facebook, Twitter sind zum Beispiel auch für Ärzte nicht mehr wegzudenken. Recherche bei Google nutzen 80 Prozent der Kollegen. Zielgruppen werden immer differenzierter bedient oder sogar aufgesucht. Diese Möglichkeit bereichert die Szene und das wollen wir. Sie kann aber gleichzeitig die persönliche Ebene der Kommunikation stören und Stress mit und aus der Technik bringen und Arbeitsunzufriedenheit erhöhen.

Kommunikationsknigge: Kürzlich hörte ich den Ruf nach einem elektronischen Kommunikationsknigge. Zum Beispiel solche Grundregeln scheinen einzuleuchten:

Ich entscheide frei und ganz bewusst, wann und wie ich meine persönliche Kommunikation durch moderne Informationsmethoden ergänze.

Ich benutze nur die neue Technik und Software, für die ich Zeit und Gelegenheit hatte, sie auch vorher richtig beherrschen zu lernen.

Ich lasse mir meine notwendige Kreativzeit – zum Beispiel für und mit den Patienten – nicht oft unterbrechen.

Ich bin nicht 24-Stunden für Informationen durch alle erreichbar, ich lege die Zeiten selbst fest.

Ich will nicht die Empathie der Interaktion mit meinen Partnern durch Technik ersetzen.

Ich will nicht in Zugzwang gesetzt werden, weil man mit den technischen Möglichkeiten jederzeit sofortige Reaktion von mir erwartet.

Ich will erkennen können, was wichtige und nicht wichtige, neue und alte Informationen sind.

Ich will nicht unterschiedliche Informationen zum gleichen Sachverhalt erhalten.

Ich will Informationen so strukturiert erhalten, dass ich meinem Speichermedium auch ihr Vergessen (Löschen) beibringen kann.

Ich will elektronische Kommunikation nicht zur Lösung von zwischenmenschlichen Problemen missbrauchen. Sie sollen meine Sozialhandlungen nicht ersetzen.

Elektronische Kommunikation kann sicher gut informieren helfen. Und dafür nutze ich sie auch selbst gern und mit anhaltender Begeisterung und bin gern bereit – unabhängig vom Lebensalter – dazu immer Neues zu lernen.

Wenn Ihnen Widersprüche zum Gelesenen oder weitere wichtige Punkte zur Erweiterung des Technischen Kommunikationsknigge für die Kammerarbeit einfallen, lassen sie es die Kammer und uns persönlich wissen. Ich freue mich auf jede Art der Kommunikation.

Sicher stimmen Sie mir nun zu: Bei Problemen liegt die effektivste Lösung wohl immer noch in der persönlichen Kommunikation zwischen Ärzten und zu unseren Patienten, um etwas Neues, Gemeinsames entstehen zu lassen.

Wahl der Ausschüsse

Bewerben Sie sich jetzt!



Mit dem Ende der Wahlperiode im Juni 2011 stehen unter anderem auch die Wahlen der Ausschüsse, Kommissionen und Arbeitsgruppen der Sächsischen Landesärztekammer

für die Wahlperiode 2011/2015 an. Die Sächsische Landesärztekammer unterhält zahlreiche Gremien zur fachlichen Beratung des Vorstandes sowie zur Erarbeitung von Stellungnahmen und Positionen bei ärztlichen sowie berufs- und gesundheitspolitischen Fragestellungen. Auf diese Weise nimmt die Sächsische Landesärztekammer ihre politische Beratungsfunktion wahr und gestaltet die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit, ein wichtiges Privileg der freiberuflichen Selbstverwaltung, maßgeblich mit. Zu den Themenfeldern gehören die ärztliche Ausbildung, die Weiter- und Fortbildung, die ärztliche Ethik, das Berufsrecht, die stationäre und ambulante Versorgung, die ärztliche Qualitätssicherung, das ärztliche Berufsrecht sowie das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ und vieles mehr.

Rund 1.000 Ärzte engagieren sich auf diese Weise in der ärztlichen Selbstverwaltung. Eine Übersicht über unsere Gremien finden Sie im Internet unter www.slaek.de, Menüpunkt: Kammer.

Wenn auch Sie einen Beitrag für die ärztliche Selbstverwaltung, die Berufsfreiheit und für das Ansehen unseres ärztlichen Berufsstandes leisten möchten sowie Interesse an einer Mitarbeit in einer dieser ehrenamtlichen Einrichtungen haben, möchte ich Sie ermuntern, jetzt mit uns Kontakt aufzunehmen. Ein Engagement ist unabhängig von einem Mandat in der Kammerversammlung möglich. Rufen Sie uns unter 0351 8267414 an oder schreiben Sie eine Mail an hgf@slaek.de. Wir informieren Sie auch gern über die Rahmenbedingungen dieser ehrenamtlichen Tätigkeit.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ wünschen allen Lesern ein frohes Osterfest und erholsame Osterfeiertage.



114. Deutscher Ärztetag

Vom 31. Mai bis 3. Juni 2011 findet der 114. Deutsche Ärztetag in Kiel statt. Wir möchten Sie nachfolgend über die Namen der Delegierten informieren, die dort in diesem Jahr die Interessen der sächsischen Ärzte vertreten werden:

- Dipl.-Med. Petra Albrecht, Meißen (Delegierte)
- Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig (Delegierter)
- Erik Bodendieck, Wurzen (Delegierter)
- Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt, Leipzig (Delegierter)
- Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, Leipzig (Delegierter)
- Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Leipzig (Delegierter)
- Dr. med. Steffen Liebscher, Aue (Delegierter)
- Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig (Delegierter)



Quelle: Landeshauptstadt Kiel/Christina Fischer

- Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Saueremann, Dresden (Delegierter)
- Ute Taube, Berthelsdorf (Delegierte)
- Dr. med. Claus Vogel, Leipzig (Delegierter)
- Dr. med. Stefan Windau, Leipzig (Delegierter)
- Dr. med. Thomas Fritz, Dresden (Ersatzdelegierter)
- Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dresden (BÄK-Vorstand, Ersatzdelegierter)

Themen des 114. Deutschen Ärztetages sind unter anderem

- Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik,
- berufliche Perspektiven von jungen Ärzten in der Patientenversorgung,
- Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftsweisendes Konzept,
- Perspektiven moderner Präventionskonzepte im Kindes- und Jugendalter sowie
- die Überarbeitung der (Muster-) Berufsordnung.

Eine umfassende Tagesordnung finden Sie auf der Homepage der Bundesärztekammer www.baek.de.

Anregungen für Anträge der sächsischen Delegierten auf dem Deutschen Ärztetag zu diesen, aber auch anderen Themen oder Problemen, die Ihnen in Ihrer täglichen ärztlichen Arbeit begegnen, nimmt die Hauptgeschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer gern entgegen (hgf@slaek.de).

Wie in jedem Jahr werden wir über den 114. Deutschen Ärztetag in Kiel auch diesmal ausführlich im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2011, berichten.

Auch die Wahlperiode der sächsischen Delegierten zu den Deutschen Ärztetagen endet im Sommer dieses Jahres. Wir verweisen insoweit auf den Aufruf des Präsidenten auf Seite 149 und möchten Sie bitten, bei Interesse an einer Mitarbeit in der Wahlperiode 2011/2015 mit uns Kontakt aufzunehmen.


ÄRZTE FÜR SACHSEN

WWW.AERZTE-FUER-SACHSEN.DE

Die neue Informationsplattform für [künftige] Medizinstudenten und Ärzte in Sachsen



 **WIR BIETEN**

- Informationen rund um das Medizinstudium und den Berufseinstieg
- Aktuelle Stipendien und andere Fördermöglichkeiten in Sachsen
- Unterstützung bei der Facharztwahl
- Stellenbörse

 Besuchen Sie Ärzte für Sachsen auf Facebook.

Steigende Arztzahlen in Sachsen

Aktuell leben und arbeiten in Sachsen 21.014 Ärzte. Dies sind fast 600 Ärzte mehr als im Jahr zuvor (20.418). 15.157 Ärzte in Sachsen sind derzeit berufstätig. Davon 8.039 im stationären und 5.578 im ambulanten Bereich. Der Langzeitvergleich macht den ansteigenden Trend noch deutlicher: im Vergleich zum Jahr 2005 gibt es heute 2.279 Ärzte mehr in Sachsen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer: „Der Anstieg der absoluten Zahlen bedeutet deshalb nicht, dass es keinen Ärztemangel mehr gibt. Zudem nimmt durch den demografischen Wandel in Sachsen der Bedarf an medizinischen Leistungen und damit an Ärzten weiter zu“.

Ärztemangel im ambulanten Sektor

Der Ärztemangel im ambulanten Sektor setzt sich weiter fort. Hier sank die Anzahl der Ärzte in eigener Praxis im Vergleich zu 2005 um 219 und im Vergleich zu 2009 um 77 Ärzte. Dem ambulanten Bereich sind noch 763 angestellte Ärzte in Praxen hinzuzurechnen. Diese Zahl steigt seit Jahren an und zeigt, dass immer

weniger Ärzte bereit sind, eine eigene Praxis zu übernehmen. Derzeit suchen etwa 150 niedergelassene Ärzte einen Nachfolger. Und mit der Einführung des demografischen Faktors in der Bedarfsplanung für den ambulanten Bereich am 4. März 2011 hat sich der Ärztebedarf noch um 500 erhöht.

Ärztinnen überwiegen

Der Trend des stärkeren Anstiegs der Anzahl von Ärztinnen setzt sich in Sachsen weiter fort. Insgesamt stellen sie mit 52,9 Prozent den größeren Anteil (N=11.106) und damit fast 1.200 mehr als bei den Ärzten. Besonders deutlich lässt sich die unterschiedliche Entwicklung anhand der Arztzahlen der Krankenhäuser beleuchten: stieg die Anzahl der Ärztinnen (3.658) hier um 256 im Vergleich zum Vorjahr und um rund 700 im Vergleich zum Jahr 2005, zeigen die Zahlen der Ärzte nur einen Anstieg von 91 und 206. Dieser Trend hat allerdings keinen Einfluss auf das gleichbleibende signifikante Ungleichgewicht bei den leitenden Funktionen. Hier zeigt die Verteilung weiterhin deutlich in Richtung der Männer: 523 leitenden Ärzten stehen 87 Ärztinnen gegenüber, ein fast zu vernachlässigender Unterschied zu 2005, wo es 541 zu 78 waren.

Aufgrund von familiären Verpflichtungen ist davon auszugehen, dass Ärztinnen oft in Teilzeit arbeiten.

Ausländische Ärzte

Insgesamt 1.402 (+153) ausländische Ärzte aus 87 Nationen waren zum 31. Dezember 2010 gemeldet. Daraus ergibt sich im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme um etwa 12 Prozent. Die meisten Ärzte stammen aus Polen, der Slowakei, Tschechien, Russland und Österreich.

Von den ausländischen Medizinern arbeiten 1.111 Ärzte im stationären Sektor und 67 im niedergelassenen Bereich. 116 arbeiten in sonstigen Bereichen und 108 sind ohne ärztliche Tätigkeit. Der Anteil der ausländischen Ärzte beträgt in Bezug auf die 15.000 berufstätigen Mediziner in Sachsen 8,2 Prozent.

„Die gut ausgebildeten ausländischen Kollegen sichern die medizinische Versorgung in Sachsen mit ab und helfen so, die Auswirkungen des Ärztemangels zu minimieren“, so Prof. Dr. Jan Schulze. Zugleich sammeln diese Ärzte Auslandserfahrung, die sie nach einer Rückkehr ins Heimatland anwenden können.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

36. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur 36. Tagung am 19. März 2011 waren die Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Mitglieder des Vorstandes, Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer und Gäste gefolgt. Die Teilnehmer gedachten mit einer Schweigeminute der Opfer des verheerenden Erdbebens und der Tsunami-Katastrophe in Japan.

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Tätigkeit der Kreisärztekammern

Zu Beginn der Sitzung dankte der Präsident den Vorsitzenden der Kreisärztekammern für ihre Tätigkeit im vergangenen Jahr. „In den Tätigkeitsberichten wird deutlich, wie wichtig die Kreisärztekammern für den regionalen ärztlichen Austausch sind.“, so Prof. Dr. Schulze.

Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern berichten, dass sich durch die abgeschlossene Kreisreform Synergieeffekte ergeben haben. So ist die Vorbereitung von regionalen Veranstaltungen effektiver geworden und die Teilnehmerzahlen sind deutlich gestiegen. Immer mehr Kreisärztekammern veranstalten inzwischen regionale Ärztebälle (Dresden, Mittelsachsen, Zwickau, Sächsische Schweiz/Ostsachsen). Schwierigkeiten sehen die Vorsitzenden bei dem



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Erik Bodendieck, Dipl.-Med. Petra Albrecht (v.l.)

Kontakt zu den Senioren, da deren Anteil weiter steigt. Eine persönliche Gratulation, die Überreichung eines Präsentes und/oder die Überbringung von Glückwünschen durch einen ehrenamtlichen Mitarbeiter ist wegen des extrem hohen Zeitaufwandes und der großen Fahrstrecken kaum noch zu bewältigen. Hier müssen für einige Kreisärztekammern andere Lösungen gefunden werden.

Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik

Versorgungsgesetz

Anschließend ging der Präsident auf das vom Bundesgesundheitsministerium geplante Versorgungsgesetz ein. Dieses sieht insbesondere neue Regelungen zu folgenden Punkten vor:

- Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch eine kleinräumige Bedarfsplanung,
- Medizinische Versorgungszentren,
- ambulante spezialärztliche Versorgung,
- innovative Behandlungsmethoden,
- Zuweisung gegen Entgelt.

Viele Ansätze in diesem Versorgungsgesetz werden von Sachsen mitgetragen. Die Bundesländer fordern zudem stärkere Planungskompetenzen und Mitwirkungsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung ein. Auch die Sächsische Landesärztekammer will über eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe stärker in die gesetzgeberischen Aktivitäten einbezogen werden.

Krankenhaushygiene

Einen weiteren Schwerpunkt bildete das Thema Krankenhaushygiene. Aufgrund von Vorfällen in Krankenhäusern legte das Bundesgesundheitsministerium ein Konzept zur Überwachung der Krankenhaushygiene vor. Dieses sieht Änderungen im Infektionsschutzgesetz zur besseren Infektionskontrolle, eine Qualitätssicherung in der stationären Versorgung und in der ambulanten Versorgung vor. Auf Grundlage des Konzeptes ist ein Hygiene-Gesetz geplant. Prof. Dr. Schulze wies darauf hin, dass in den vergangenen Jahren die Kontrollmöglichkeiten durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst aus personellen und finanziellen Gründen immer weiter abgenommen haben. Auch ist die Anzahl und der fachliche Einfluss der Hygienebeauftragten zurückgegangen. Könnte man diese Entwicklung umkehren, so wäre ein solches Gesetz nicht notwendig. Aufgrund der Bedeutung des Themas und der historischen Wurzeln der Hygiene in Dresden, wird die Sächsische Landesärztekammer zusammen mit Partnern einen Hygienekongress vom 2. bis 3. Dezem-



Dr. med. Andreas Bartusch, Dr. med. Rainer Kobes, Dr. med. Matthias Cebulla (v.l.)

ber 2011 im Deutschen Hygiene-Museum Dresden durchführen. Dies wäre genau 100 Jahre nach der 1. Hygieneausstellung 1911 sowie zum 150. Geburtstag von Karl August Lingner ein bedeutender Höhepunkt.

Ärztmangel

Ein Dauerthema der letzten Jahre stand auch wieder zur Diskussion: der Ärztemangel. Laut Sächsischem Gesundheitsministerium fehlen bis 2020 rund 15.000 Absolventen in der Medizin (Nachwuchsbedarf 60.000, tatsächliche Abgänge 45.000). Hinzu kommt die Einführung des demografischen Faktors ab 1. März 2011. Dieser hat zur Folge, dass rund 500 Haus- und Fachärzte in Sachsen für die medizinische Versorgung mehr benötigt werden. Unklar ist und bleibt, woher die Ärzte kommen sollen. Trotz steigender Arztzahlen in Sachsen bleibt auch für die nächsten Jahre insbesondere ein Defizit bei den niedergelassenen Ärzten bestehen. Hier sind zu den existierenden Maßnahmen (Übersicht unter www.aerzte-fuer-sachsen.de) noch ergänzende Ideen notwendig, um Ärzte für den ländlichen Bereich zu gewinnen. Auch der Ausbau des Service rund um die ärztliche Weiterbildung (zum Beispiel zum Facharzt für Allgemeinmedizin) in Form von Weiterbildungsverbänden und Online-Suchmöglichkeiten nach freien Weiterbildungsmöglichkeiten in Sachsen gehört dazu. Zukünftig könnten

auch fünf bis zehn Prozent der Medizinstudenten von den Hochschulen nicht mehr über Numerus clausus sondern nach dem Wunsch einer Tätigkeit als Hausarzt oder Ähnliches ausgewählt werden. Zudem könnten bei entsprechender Finanzierung zehn Prozent mehr Studienplätze in Sachsen geschaffen werden, um mehr Absolventen zur Verfügung zu haben.

Netzwerk „Ärzte für Sachsen“

Flankiert werden müssen alle Maßnahmen mit einer entsprechenden Informationspolitik der Beteiligten. Denn nur wenn die einzelnen Fördermaßnahmen auch bei Studenten und Absolventen bekannt sind, wird es gelingen, diese in Sachsen zu halten. Dazu kann zum einen das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ mit seinen derzeit 132 Mitgliedern durch Workshops zu Fördermöglichkeiten für Bürgermeister und Landräte sowie (bundesweiten) Anzeigen beitragen. Auch die Präsentation in Gymnasien, bei den Fachschaftsräten der Medizin oder auf der Messe „Karriere Start“ sind dafür geeignet.

Web 2.0

Perspektivisch müssen verstärkt auch die sozialen Netzwerke Anwendung finden, da gerade Studenten und Absolventen diese Netzwerke zur Information und Kommunikation nutzen. Vor diesem Hintergrund stellte Knut Köhler M.A., Leiter



Dr. med. Katrin Pollack

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, den Gästen das neue Kommunikationskonzept der Sächsischen Landesärztekammer vor. Dieses beinhaltet unter anderem den Ausbau der Internetpräsenz der Sächsischen Landesärztekammer und des Netzwerkes „Ärzte für Sachsen“ sowie die jeweils eigenständige Präsentation auf der Netzwerkplattform Facebook. Hauptaugenmerk liegt dabei auf der zielgruppengerechten Ansprache von jungen Ärzten, denn 65 Prozent der 20 bis 29-Jährigen und 44 Prozent der 30 bis 39-Jährigen nutzen soziale Netzwerke im Internet zumeist täglich. Ärzte dieser Altersgruppe sind über eine statische Website, mit E-Mails oder einem gedruckten Ärzteblatt Sachsen schon heute nur noch schwer zu erreichen.

Das Konzept sieht auch die Nutzung des Nachrichtenkanals „Twitter“ für Pressemitteilungen sowie die Herstellung von zwei Imagefilmen, einmal

für den Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“ und einmal für die Tätigkeit als Arzt in ländlichen Regionen Sachsens, vor. Diese Imagefilme werden dann auf Videoportalen wie YouTube, bei Präsentationen, Veranstaltungen (auch bei den Netzwerkpartnern) zum Einsatz kommen.

Schwerpunkte der Diskussion Ärztlemangel/Weiterbildung

Die Gestaltung einer familienfreundlichen Weiterbildung mit geregelter Arbeitszeit ist wesentlich für die Motivation der jungen Ärzte und damit bedeutsam, dem Ärztemangel in Praxis und Klinik entgegenzuwirken. Nach den bisherigen Erfahrungen wird das Arbeitszeitgesetz nicht in allen Krankenhäusern eingehalten. Auf Initiative der Kreisärztekammer Görlitz soll ein Weiterbildungsverbund zwischen den einzelnen Krankenhäusern entstehen. Das Landratsamt unterstützt diesen Arbeitskreis für Ostsachsen, der sich

zunächst mit der Weiterbildung in den Fachrichtungen Chirurgie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin beschäftigt. Die Erstellung eines Weiterbildungsatlas ist geplant. Die Bürokratie belastet weiterhin und fast unverändert die ärztliche Tätigkeit.

Beschwerdeverfahren

Patientenbeschwerden, die eine vermutete fehlerhafte ärztliche Behandlung betreffen, sollen grundsätzlich an die Gutachterstelle für Arzthafungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer durch den Vorsitzenden der entsprechenden Kreisärztekammer weitergeleitet werden. Nur „niederschwellige“ Patientenbeschwerden über Ärzte und interärztliche Auseinandersetzungen werden von der Rechtsabteilung, nach Rücksprache mit dem Vorsitzenden des Ausschusses Berufsrecht, zum Zwecke der Vermittlung an den Vorsitzenden der jeweiligen Kreisärztekammer abgegeben und direkt in der Kreiskammer bearbeitet.



Dr. med. Einar Köhler

Aktuelle Fragen aus der ärztlichen Fortbildung

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Akademie für
ärztliche Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. Bach gab einen kurzen Bericht über die laufende Arbeit, aktuelle Tendenzen der Fortbildung und zukünftige Projekte. Zunächst wurde eine Übersicht über die gesamten Aufgaben des Referats Fortbildung gegeben, wobei besonders die Arbeit der hauptamtlichen Mitarbeiter im gesamten Service, der Referentenbetreuung, der Veranstaltungsorganisation und der Beratung der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen gewürdigt wurde. Vorgestellt wurden des Weiteren die Zertifizierungen der Veranstaltungen (über 17.000 im Jahr 2010) und einige Erklärungen zu der verschwindend geringen Anzahl zur Ablehnung von Punktevergaben gemacht. Dabei ging es in der Regel um zu hohe Zuwendungen der Veranstalter an



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

die Teilnehmer oder um Veranstaltungen, die nicht durch die Weiterbildungsordnung abgedeckt wurden.

Ambulante Ethikberatung

Dr. med. Thomas Lipp,
Prof. Dr. med. Frank Oehmichen,
Mitglieder des Gesprächskreises Ethik
in der Medizin

Ein Antrag auf Errichtung einer ambulanten Ethikberatung wurde aus dem Gesprächskreis Ethik in der Medizin beim 112. Deutschen Ärztetag 2009 eingebracht und dort, wie auch anschließend beim Sächsischen Ärztetag, angenommen. Das war die Geburtsstunde der ambulanten Ethikberatung an der Sächsischen Landesärztekammer. Warum brauchen wir eine ambulante Ethikberatung? Dieser Frage widmete sich Dr. med. Lipp.

Hintergrund

Wenn Fragen nach dem Leben, nach subjektiver Lebensqualität und Selbstbestimmung relevant werden, kommt Ethik und Moral zwingend ins Spiel (Schwangerschaftsabbruch, Lebensende, der Umgang mit dem Sterben und Tod). Diese sind mit Unsicherheiten bezüglich des Umgangs mit ethischen und rechtlichen Grenzsituationen verbunden, weil ethische Einstellungen Normen sind, die idealen Maximen entsprechen, die aber nach eigenem Ermessen umgesetzt werden sollen. Auf das ärztliche Handeln bezogen heißt das, dass es zweifelsfrei der Normalfall sei, Leben zu bewahren und dem Patienten nicht zu schaden. Sterbende und Schwerstkranke können durch ärztliches Handeln und medizinischen Fortschritt zu Extrem- und Grenzfällen werden.

Das Problem verstärkt sich durch Individualisierung und durch Verlust von Autorität. Eine allgemein gültige Ethik findet sich durch eine wachsende Pluralität immer weniger. Eine ethische wie auch religiöse Bildung wird aus verschiedensten Gründen immer weniger gefordert, gefördert und gelebt, gleichwohl als Defizit von den meisten empfunden. Auch



Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Dr. med. Thomas Lipp

die Ärzteschaft zeichnet sich durch Heterogenität in moralischen und ethischen Fragen als Spiegelbild von Zeit und Gesellschaft aus. Damit ist der Einzelne immer mehr seinem eigenen Wertefühl überlassen.

In den fünfziger Jahren entstand die Intensivmedizin durch die technischen Möglichkeiten und erstmals wurde der Erhalt von Organen und Körperfunktionen über den Tod hinaus möglich. Bis dato gab es das Weiterleben und die Vervollkommnung des Lebens gegen Krankheit und Tod nur in Märchen wie im „Gevatter Tod“. Durch die Intensivmedizin wurde das „Bettumdrehen“ nahezu zur industriellen Norm. Heute entscheiden in diesem Bereich medizinische Maßnahmen, ob das Lebenslicht verlöscht. Notfallmaßnahmen sind schnell begonnen, aber wer

beantwortet die sich dann stellende Frage nach dem Aufhören? Die klassische Situation des Zauberlehrlings! In der Folge entwickelte sich aus der Dominanz des Lebenserhaltens und der Heiligkeit des Lebens die Dominanz der Lebensqualität und die frühere Dominanz der Paternalität entwickelte sich zur Dominanz des Patientenwillens.

Ethische Grenzfälle für niedergelassene Ärzte

Eine entscheidende Frage lautet auch: Ist künstliche Ernährung eine Therapie- oder eine Basisversorgung? Neben der Auffassung, dass die Ernährung und damit auch die künstliche Ernährung als minimales Mittel der Lebenserhaltung stets geboten ist, besteht auch die Position, dass künstliche Ernährung als Therapie einer entsprechenden Rechtfertigung

bedarf und auch beendet werden kann. Erst in der letzten Zeit ist der juristische Aspekt im Sinne Therapie erneut bestätigt worden. Fehlender Hunger oder fehlendes Durstgefühl sind bei Sterbenden oft zu beobachten, gleichwohl sind Hunger und Durst zu stillen. Ethisch und rechtlich ist es kein Unterschied, ob die Einstellung der Ernährung über die Verweigerung einer oralen oder enteralen Versorgung erfolgt.

Dissoziation der Behandlungskette

Verschärft werden ethische Fragestellungen durch die vom Gesetzgeber vorgegebenen finanziellen und wirtschaftlichen Zwänge, die sich in Budgets und der Definition im SGB V niederschlagen. Gleichwohl ist jede Verschwendung und Fehlallokation als solche unethisch, da diese Reserven denen, die sie brauchen, vorenthalten werden. Schon im Vorfeld von Einweisungen müssen deshalb die ethischen Fragen nach Indikation oder nach fehlender Indikation, geklärt werden, von Ärzten, die ihre Patienten kennen. Dies kann nicht allein dem Krankenhaus überlassen bleiben.

Eine häufige Ursache von Problemen ist die Dissoziation der ärztlichen Behandlungskette, das Rufen des Notarztes und das fehlende Beiwohnen des Hausarztes, also das oft zu schematische, nach formalen Regeln und Leitlinien definierte Handeln des Arztes, meist unter Zeitdruck.

Ambulante Ethikberatung

Warum also brauchen wir ethische Beratung für niedergelassene Ärzte? Wer eine Behandlung einstellt oder darauf verzichtet, muss gleichzeitig eine kompetente Palliativversorgung und die Organisation der Betreuung und Begleitung des Kranken, des Sterbenden und seiner Angehörigen sicherstellen. In der Klinik können diese Entscheidungen im Team gefällt werden.

Aber der niedergelassene Arzt ist bei vielen Grenzfragen der heutigen

medizinischen Versorgung und mit seinen ethischen und medizinischen Fragen allein. Die Messlatte für das richtige Entscheiden im kritischen Moment liegt sehr hoch und da es sich in der Regel um seltene Patientenfälle handelt, gelingt es dem niedergelassenen Arzt nicht, Sicherheit zu erlangen, er erstickt in der Routine, der Menge seiner Arbeit und ist regelmäßig nachvollziehbar überfordert bei den oben genannten Fragestellungen. Aus diesem Grunde ist die Installation einer ambulanten Ethikberatung, auch im Sinne des Patienten, zwingend erforderlich.

Ethikberatung könnte auch in Form einer Zweitmeinung oder Indikationsberatung erfolgen. Hausärzte sollten in die Lage versetzt werden, die eigene Indikationsstellung durch einen Kollegen verifizieren oder objektivieren zu lassen. Denn Indikation ist genau genommen nicht von ethischen oder moralischen Maßstäben abhängig, weshalb ein Patient etwas nicht Indiziertes nicht einfordern kann. Dies entbindet den Arzt nicht davon, dass er die tatsächliche Entscheidung am Ende selbst treffen muss, aber es könnte ihn bestärken, sicherer machen, schulen.

Im Anschluss an diese Ausführungen stellte Prof. Dr. med. Frank Oehmichen die ambulante Ethikberatung vor dem theoretischen Hintergrund und anhand eines Fallbeispiels dar.

Sächsisches Seniorentreffen

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende des Ausschusses
Senioren der Sächsischen
Landesärztekammer
Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Vorstandsmitglied

Frau Dr. Göbel gab einen Bericht zur Seniorenarbeit und zum Sächsischen Seniorentreffen nach der Übergabe der Verantwortung für die organisatorische Durchführung an den Reiseveranstalter „Muldental Reisen“. Das Reiseziel des diesjährigen 16. Sächsi-

sen Seniorentreffens im Herbst ist Annaberg-Buchholz. Wie in den vergangenen Jahren empfiehlt der Seniorenausschuss eine Stützung der Ausfahrtskosten durch die Kreisärztekammer. Während des 16. Seniorentreffens soll eine Befragung der Senioren über deren Vorstellungen, Vorschläge, Kritikpunkten zur weiteren Gestaltung der Ausfahrten und zur Seniorenarbeit erfolgen.

Personalia

Abschließend wies der Präsident darauf hin, dass Dr. med. Stefan Windau aus Leipzig, Mitglied der Kammerversammlung, am 11. März 2011 in



Dr. med. Stefan Windau

Berlin zum 1. stellvertretenden Vorsitzenden der KBV-Vertreterversammlung gewählt wurde. Er wünschte ihm für dieses nicht ganz einfache berufspolitische Amt alles Gute sowie Kraft und Zeit für die Umsetzung der anfallenden vielfältigen Aufgaben.

Terminhinweis:

Die 37. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern findet am 17. September 2011 in der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Was tun bei Medizin-schadensfällen?

Abschlussbericht der „Initiativgruppe Patientenentschädigung“

Probleme der derzeitigen Haftpflichtregelung und ihre Auswirkung auf das Arzt-Patient-Verhältnis waren für den Erstautor Anlass, auf der 41. Kammerversammlung am 14. November 2009 einen Antrag einzubringen, in dem die Gründung einer Initiativgruppe beschlossen wurde. Mitglieder der Initiativgruppe waren: Dr. med. Rainer Kluge (Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer), Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken (Mandatsträger), Dr. med. Andreas Prokop (Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht der Sächsischen Landesärztekammer), Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Sauer mann (Vorstandsmitglied), Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern (Juristenfakultät Leipzig und Mitglied der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer), Dr. med. Katrin Bräutigam (Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer) und Dr. jur. Alexander Gruner (Leiter der Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer).

1. Problemstellung aus ärztlicher Sicht

Folgeschäden nach medizinischen Maßnahmen (zum Beispiel Operationen) werden im deutschen Rechtssystem nach dem Arzthaftungsrecht geregelt. Hiervon unberührt bleibt die strafrechtliche Komponente. Einen Schadensersatzanspruch, ob materiell oder immateriell (Schmerzensgeld), haben Patienten nur, wenn ein fehlerhaftes Verhalten des Arztes nachweisbar ist und kausal ein Schaden verursacht wurde. Der Arzt muss für diese Fälle eine Berufshaftpflichtversicherung abschließen. Ob ein fehlerhaftes Verhalten vorlag, wird durch medizinische Sachverständige eingeschätzt. Auf ihrem Gutachten beruht die Regulierung durch die Haftpflichtversicherung oder – im Falle der gerichtlichen Auseinandersetzung – das entsprechende Gerichtsurteil. Neben den allgemeinen Haftungsgrundsätzen

des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ist zu erkennen, dass die Kernfragen der Arzthaftung sehr von der Rechtsprechung geprägt werden.

Die Entschädigungsregelung nach dem Haftpflichtprinzip führt aber sowohl aufseiten des Arztes als auch des Patienten zu erheblichen Problemen, die sich im Endeffekt zu einer Zerrüttung des Arzt-Patient-Verhältnisses aufsummieren können. Grund dafür ist die Tatsache, dass ein Patient, der in einem vermeintlichen oder tatsächlichen Schadensfall um eine Entschädigung ersucht, prinzipiell dazu gezwungen ist, ein konfrontatives Vorgehen einzuschlagen. Er muss dem Arzt ein Fehlverhalten vorwerfen, selbst wenn er dies persönlich gar nicht so empfindet. Die für den Arzt zunächst ungewohnte und in Form und Art qualitativ sehr unterschiedliche Formulierung von Schadensersatzansprüchen durch Rechtsanwälte kann zu den unten geschilderten Reaktionen führen:

1.1. Konsequenzen für den behandelnden Arzt

Der Arzt sieht sich bei einer juristischen Auseinandersetzung wegen eines Medizinschadensfalls mit schwersten, oft unberechtigten Vorwürfen konfrontiert. Es droht stets die gerichtliche Auseinandersetzung. Zusätzlich regelt das Versicherungsvertragsrecht ein Anerkenntnisverbot, das sich juristisch eigentlich nur auf ein Anerkennen eines Schadensersatzes bezieht, vom Arzt aber oft als „Maulkorb“ bezüglich jeglichen Eingeständnisses eines Misserfolges einer Behandlung fehlinterpretiert wird. Typischerweise traut sich der Arzt deshalb aus versicherungsrelevanten Gründen nicht einmal, sein Bedauern zu äußern, geschweige denn die in unserem Kulturkreis übliche Entschuldigung auszusprechen. Daraus entsteht eine sehr angespannte Situation zwischen Arzt und Patient. Folgt dann tatsächlich eine juristische Auseinandersetzung, ist das Arzt-Patient-Verhältnis nachhaltig zerstört. Es kann sogar zu der absurden Situation kommen, dass der Arzt im Patienten nicht den Partner in der Behandlung, sondern den Gegner im Prozess sieht. Da der Arzt

aus seinem Berufsethos heraus nichts anderes als die Heilung des Patienten bzw. die Linderung seiner Beschwerden erreichen möchte, wirken häufige juristische Auseinandersetzungen in besonderem Maße frustrierend. Hier besteht ein wesentlicher qualitativer Unterschied zu anderen Professionen (Ingenieure, Architekten, Steuerberater etc.), die sich auch mit juristischen Streitigkeiten auseinandersetzen müssen.

1.2. Konsequenzen für den betroffenen Patienten

Der Patient kann nach Folgeschäden nur dann eine Entschädigung erwarten, wenn ein Fehler aufseiten des behandelnden Arztes nachgewiesen wurde. Selbst schwerste Folgezustände nach ärztlichen Maßnahmen, werden – insofern eine korrekte Aufklärung erfolgte und kein Fehler unterlaufen oder nachweisbar ist – nicht entschädigt.

Um überhaupt eine Chance auf eine Entschädigung zu haben, muss der Patient den Klageweg beschreiten, selbst wenn er dem Arzt eigentlich keine persönlichen Vorwürfe macht. Der Patient ist auf die Hilfe von Juristen angewiesen, die äußerst unterschiedliche medizinrechtliche Kompetenz aufweisen. Nach Erhalt einer Klageschrift, die Ärzte oft als polemisch empfinden, ist eine weitere unbefangene Behandlung des Patienten durch den angeschuldigten Arzt eigentlich kaum noch möglich. Der Patient sucht sich nach einer derartigen Auseinandersetzung einen neuen Arzt.

Nicht zuletzt wird in den meisten Fällen nach jahrelanger, zermürender Prozessstätigkeit gar keine Kompensation gewährt, da ein fehlerhaftes ärztliches Verhalten nicht nachweisbar ist. In diesen Fällen ist der Patient dann nicht nur durch die Folge der medizinischen Maßnahme geschädigt, sondern zusätzlich noch durch die meist erheblichen finanziellen Belastungen der juristischen Auseinandersetzung.

Obwohl das Arzthaftungsrecht aus rein juristischer Sicht sogar einen gewissen Schutz für den Arzt darstellen kann, da ja neben der Kausalität zwischen medizinischer Behand-

lung und unerwünschter Folge auch ein fehlerhaftes Verhalten durch den Arzt nachgewiesen werden muss, führt es im Falle einer Auseinandersetzung zu einer Gegnerschaft zwischen Arzt und Patient und zu einer sehr unberechenbaren Gewähr für eine Patientenentschädigung. Keinesfalls ist es möglich, dass Arzt und Patient den Sachverhalt als Partner aufarbeiten können.

Ein weiterer Nachteil besteht darin, dass auf der Suche nach einem „fehlerhaften“ Verhalten des Arztes nach Nebenkriegsschauplätzen gesucht wird. So wird der Aufklärung eine Bedeutung zugemessen, die ihr im Rahmen der eigentlichen medizinischen Behandlung gar nicht zukommen dürfte. Das Gleiche gilt für die Dokumentation. Die Folge sehen wir in einer zunehmenden Bürokratisierung des ärztlichen Alltags.

2. Alternativen zum Haftpflichtprinzip

Es existierten oder existieren jedoch durchaus Alternativen und Ergänzungen zum Arzthaftpflichtprinzip.

2.1. Die „erweiterte materielle Unterstützung (EmU)“ der DDR

Die „Anordnung über die Erweiterung der materiellen Unterstützung der Bürger bei Schäden infolge medizinischer Eingriffe“ vom 16.12.1974 und ihre Modifizierung zur „Anordnung über eine erweiterte materielle Unterstützung für Bürger bei Gesundheitsschäden infolge medizinischer Maßnahmen“ vom 28.1.1987 stellten die Grundlage der EmU dar. Zunächst wurden die Medizinschadensfälle auch in der DDR ausschließlich nach dem Haftpflichtprinzip geregelt. Dabei bestand die auch heute wieder existierende Lücke in der Entschädigung für Patienten, die aufgrund einer medizinischen Maßnahme einen Schaden erlitten, der nicht auf ein fehlerhaftes Verhalten durch den behandelnden Arzt zurückgeführt werden konnte. In diesen Fällen wurde die EmU wirksam. Bedingungen waren die nachgewiesene Kausalität, ein „krasses Missverhältnis“ zum vorher sagbaren Risiko der medizinischen Maßnahme sowie eine erhebliche Schwere des

Schadens, der zu einer Änderung der bisherigen Arbeits- und Lebensbedingungen führen musste. Dabei war es unerheblich, ob eine Aufklärung erfolgte. Es bestand eine Meldepflicht sowie ein eingespieltes Meldeverfahren. Die Entschädigungsleistungen waren vergleichsweise moderat und reichten von der Durchführung von Rehabilitationsleistungen bis hin zu finanziellen Beihilfen.

Die EmU-Regelung setzte die Haftpflichtregelung also nicht außer Kraft, sondern erweiterte die Schadensabsicherung für diejenigen Fälle, die nicht von der Haftpflicht erfasst wurden. Da in der Regel eine schnelle und relativ unbürokratische Bearbeitung erfolgte, wurde sie von der Bevölkerung gut angenommen. Für die Ärzte wirkte sie jedoch nur insofern erleichternd, dass sie die Hemmung, Schäden zu melden, verringerte. Als positiver Nebeneffekt war durch die Meldepflicht das Erstellen von Komplikationsstatistiken möglich.

Da die EmU-Regelung auch nach der deutschen Einheit von Juristen als sinnvoll erachtet wurde, wurde sie nicht sofort ausgesetzt, sondern lief als „Gesetz über den Abschluss von Unterstützungen der Bürger der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik bei Gesundheitsschäden infolge medizinischer Maßnahmen (Unterstützungsabschlussgesetz)“ vom 06.05.1994 innerhalb einiger Jahre langsam aus.

2.2. Verschuldensunabhängige Versicherungssysteme in skandinavischen Ländern

In einigen skandinavischen Ländern, namentlich in Schweden und Finnland, wurden versicherungsrechtliche Systeme implementiert, die einen unvorhersehbaren Schaden durch eine medizinische Maßnahme unabhängig von der Schuldfrage regulieren. Dies bedeutet, dass nur noch die Kausalität nachgewiesen werden muss. Ausgeschlossen werden zwangsläufige Schadensfolgen (zum Beispiel nach ausgedehnten Tumoroperationen, Chemotherapien, Bestrahlungen), insbesondere wenn ohne Behandlung eine lebensbedrohende Situation oder schwerste Inva-

lidität aufgetreten wäre. Der Aufklärung wird auch hier bei weitem nicht die Bedeutung zugemessen, die sie im deutschen Haftungsrecht erfährt. Als Konsequenz kommt es dazu, dass Arzt und Patient bei der Bearbeitung eines Medizinschadensfalls partnerschaftlich zusammenarbeiten und sich nicht antagonistisch gegenüberstehen. Letzteres hat eine direkte positive Rückwirkung auf das Arzt-Patient-Verhältnis. Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich die schuldunabhängigen Versicherungssysteme in den Ländern, in denen sie praktiziert werden, sowohl bei der Bevölkerung als auch bei den Mitarbeitern des Gesundheitswesens einer großen Beliebtheit erfreuen.

Eine wesentliche Grundlage dieser Versicherungsmodelle ist jedoch das Vorhandensein eines staatlichen, zumeist steuerfinanzierten Gesundheitssystems, in dem der individuelle Arztvertrag zugunsten eines öffentlich-rechtlichen medizinischen Betreuungsverhältnisses zurücktritt. Die medizinischen Einrichtungen und die Versicherungsgesellschaften können durch gesetzgeberischen Druck gezwungen werden, entsprechende Versicherungen miteinander abzuschließen. Die Entschädigungszahlungen sind im Vergleich zu den Haftpflichtfällen sehr moderat, werden allerdings verhältnismäßig schnell erstattet.

2.3. Fondssysteme in Österreich

In mehreren Bundesländern Österreichs wurde ein anderer Weg zur Entschädigung von Folgeschäden nach medizinischen Maßnahmen und damit zur Vermeidung juristischer Auseinandersetzungen gegangen. Es wurden Entschädigungsfonds gegründet, die für die Fälle eintreten, in denen die Haftpflichtregelung nicht greift, da keine Schuldzuweisung möglich ist. Dies entspricht also der in der damaligen DDR üblichen EmU-Regelung. Da die Finanzierung der Fonds teilweise durch die Patienten erfolgt, indem diese einen geringen Betrag (in Niederösterreich 0,73 EUR) pro Tag im Krankenhaus einzahlen müssen, greift die fondsfinanzierte Regelung nur bei Patienten, die in einem Krankenhaus behandelt

wurden. Es sind auch nicht alle Krankenhäuser „Fonds-Krankenanstalten“. Diejenigen, die es sind, haben aber einen deutlichen Wettbewerbsvorteil, sodass die meisten Krankenhäuser an der Fondsregelung teilnehmen. Das österreichische Fondssystem bringt für den Patienten deutliche Vorteile und dürfte auch so manche unsinnige gerichtliche Auseinandersetzung vermeiden. Jedoch dürften die skandinavischen Versicherungsmodelle für das Arzt-Patient-Verhältnis effektiver sein.

3. Konsequenzen

Obwohl manches für zusätzliche oder verschuldensunabhängige Regelungssysteme spräche, ist aufgrund einer komplizierten Gemengelage unterschiedlicher Meinungen, Rechtsauffassungen und Sachzwängen davon auszugehen, dass in Deutschland in absehbarer Zeit kein Abrücken von der Regelung zu erwarten ist, dass Medizinschadensfälle ausschließlich nach dem Haftpflichtprinzip geregelt werden. So bleibt der sächsischen Ärzteschaft nur übrig, sich mit den derzeit bestehenden Regelungen bekannt zu machen und sich mit den bestehenden Verhältnissen zu arrangieren. Es gibt jedoch einige Regeln, die dies erleichtern:

Kommunikation mit dem Patienten

Entgegen der landläufigen Meinung, dass man wegen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) gegenüber dem Patienten überhaupt kein „Schuldeingeständnis“ machen dürfte, ist es in Wirklichkeit so, dass man den Ablauf der medizinischen Maßnahme, infolge derer ein Medizinschadensfall auftrat, auf der Sachverhaltsebene mit dem Patienten absolut wahrheitsgemäß besprechen darf. Es ist auch zulässig, sein Bedauern über eine unerwünschte Situation zum Ausdruck zu bringen. Sobald der Patient das Gefühl hat, ihm würde etwas verschwiegen, wird er misstrauisch, was bis zur Einschaltung der Staatsanwaltschaft als „Retter der Wahrheit“ führen kann. Insofern können eine gute Kommunikation und ein professioneller Umgang mit Fehlern und Misserfolgen aufsei-

ten des Arztes mitunter schon eine juristische Auseinandersetzung vermeiden.

Wenn man bemerkt, dass eine juristische Auseinandersetzung vermutlich nicht zu vermeiden ist, ist es sogar zulässig, darauf hinzuweisen, dass an den Landesärztekammern Gutachter-/Schlichtungsstellen existieren, die unentgeltlich für die Prüfung eines Sachverhaltes herangezogen werden können (siehe unten). Unzulässig bleibt es jedoch, eine Aussage darüber zu machen, ob die Versicherung für einen Schaden aufkommt oder nicht (Anerkenntnisverbot), da dies nicht im Ermessen des behandelnden Arztes liegt.

Kommunikation mit dem Versicherer

In über 80 Prozent der Haftungsfälle gelingt es dem Versicherer, eine außergerichtliche Einigung herbeizuführen. Um dies für alle Beteiligten günstigere Ergebnis zu erreichen, ist es jedoch erforderlich, dass der betroffene Arzt möglichst schnell mit seinem Versicherer in Kontakt tritt. Es ist also günstig, im Falle einer drohenden Schadensfallauseinandersetzung sofort den Versicherer vorab zu informieren. In der Regel wird dieser auch einen Rechtsbeistand beauftragen.

Hinweis auf die Gutachter-/Schlichtungsstellen der Landesärztekammern

Die Gutachter-/Schlichtungsstellen der Landesärztekammern sind hochrangige Institutionen, die unentgeltlich und möglichst vor Beginn einer juristischen Auseinandersetzung in Anspruch genommen werden sollten. Diese veranlassen eine objektive Untersuchung nach Aktenlage durch unabhängige Fachexperten. Diese erstellen entsprechende Gutachten, deren Ergebnisse in der Regel auch durch die Versicherungen anerkannt werden. Der Ablauf der Gutachtenerstellung ist sachlich, professionell und ohne Polemik. Eventuelle Bedenken aufseiten des Patienten, dass in der Bearbeitung eines Schadensfalls das sogenannte „Krähenprinzip“ („eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus“) zur Anwendung käme, können allein durch die Tatsache zerstreut

werden, dass in den letzten Jahren ca. ein Drittel der durch die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer geprüften Fälle als Folge fehlerhaften Verhaltens eingeschätzt wurden.

Man ist also gut beraten, bei Medizinschadensfällen, bei denen mit dem Patienten trotz guter Kommunikation keine Übereinstimmung zu erreichen ist und der Vorwurf einer „Fehlbehandlung“ weiter im Raum steht, auf die Existenz der Gutachter-/Schlichtungsstellen der Landesärztekammern hinzuweisen.

Reaktion auf die Klageschrift

Kommt es dennoch zur juristischen Auseinandersetzung, werden die Klageschriften meistens durch Rechtsanwälte verfasst und sind entsprechend polemisch formuliert. Ziel derartiger Schriftsätze ist es jedoch nahezu ausschließlich, das Beste für den Klienten „herauszuholen“. In der Regel stehen also hauptsächlich pekuniäre Interessen im Vordergrund und nicht der Wunsch, den Arzt zu schädigen. Des Weiteren gehen der Patient und dessen Rechtsbeistand davon aus, dass ohnehin eine Versicherung für eventuell Schadenersatzansprüche aufkommt. Aus diesem Grunde sollte man den Anschuldigungen gegenüber gelassen reagieren und sie seinerseits einem in Medizinrechtsfragen bewanderten Juristen übergeben. Die vom Arzt in der Regel schriftlich verfasste Stellungnahme und Einschätzung des Sachverhalts sollte durch ein persönliches Gespräch mit diesem Juristen vertieft werden. Auch die Formulierung eines eventuell Bedauerns oder einer Entschuldigung kann mit diesem abgesprochen werden.

Die meisten Kollegen der sächsischen Ärzteschaft sind noch von dem relativ wohlwollenden Verhalten der Patienten geprägt, das vor 1989 und in den ersten Jahren nach der sogenannten Wende herrschte. Inzwischen ist – nicht zuletzt auch wegen unreflektierter, populistischer Aussagen von Politikern – eine Art Dienstleistungsmentalität bzw. Verbrauchermentalität entstanden. Dabei wird Gesundheit als Ware betrachtet und bei unvorhergesehenen unerwünsch-

ten Folgezuständen möchte man eine finanzielle Entschädigung („Geldzurück-Garantie“). Gegen diese gesellschaftliche Entwicklung anzukämpfen hat vermutlich wenig Sinn, man muss sich vielmehr damit arrangieren. Unter Beherzigung der oben genannten Punkte fällt dies wahrscheinlich leichter.

4. Zusammenfassung

Die Mitglieder der Initiativgruppe konnten feststellen, dass die Regelung von unerwarteten Medizinschadensfällen nach dem Haftpflichtverfahren sowohl für den Patienten als

auch für den Arzt mit erheblichen Problemen belastet ist. Es konnten verschiedene Alternativen und Ergänzungen zur Haftpflichtregelung in anderen europäischen Ländern eruiert werden. Auf dem Gebiet der ehemaligen DDR bestand mit der EmU-Regelung ebenfalls eine patienten- und arztfreundlichere Lösung. Nach Rücksprachen mit Juristen und Vertretern der Versicherungswirtschaft musste aber festgestellt werden, dass unter den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen keine Änderung der Haftpflichtregelung zu erwarten ist.

Aus diesem Grund hat die Kommission mit den oben genannten Grundsätzen praktische Hinweise für die ärztlichen Kollegen erarbeitet, um die Gefahr juristischer Auseinandersetzungen auf ein Mindestmaß zu begrenzen und die Freude an der ärztlichen Arbeit zu erhalten.

Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken
Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Klinikum Chemnitz gGmbH
Flemmingstraße 2
09009 Chemnitz
Leiter der Initiativgruppe
E-Mail:jens.oeken@skc.de

DGPI-Handbuch – Infektionen bei Kindern und Jugendlichen

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (Hrsg.):
5. Auflage. G. Thieme Verlag, Stuttgart & New York, 2009,
743 Seiten, 9 Abbildungen,
164 Tabellen, Preis: 69,95 EUR



Dieses Buch wurde nach dem Vorbild des „Red Book“ der American Academy of Pediatrics (bisher 28 Auflagen) gestaltet. Es ist ein Gemeinschaftswerk ost- und westdeutscher pädiatrischer Infektiologen, die sich bald nach der Wende zur Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie zusammengeschlossen haben. Bisher sind fünf Auflagen erschienen. Neben pädiatrischen Infektiologen oder Pädiatern und Ärzten anderer

klinischer Fächer gehören Mikrobiologen, Mykologen, Hygieniker, Impfspezialisten und Mitarbeiter von Gesundheitsämtern zu den Autoren. Jedes Kapitel des Buches wurde von einem Koordinator betreut, der von mehreren Mitarbeitern unterstützt wurde (insgesamt 60 Koordinatoren, 210 Mitarbeiter). Überwiegend handelt es sich um Autoren aus Deutschland, aber auch Schweizer und Österreicher sind häufiger vertreten. Daneben haben einzelne Autoren aus den USA, Kanada, Luxemburg, Südafrika, Australien, den Niederlanden, England und Polen mitgearbeitet. Dem Redaktionskollegium kam die Aufgabe zu, eventuelle Widersprüche und Wiederholungen zu vermeiden. Ihm gehörten H. Scholz (Berlin), B. H. Belohradsky (München), R. Bialek (Kiel), W. Heininger (Basel), H. W. Kreth (Würzburg) und R. Roos (München) an.

Da das Jugendalter bis zum 18. Lebensjahr reicht, bedeutet dies, dass auch jeder Arzt, der Erwachsene betreut, dieses Buch mit Nutzen im Alltag verwenden kann. Lediglich die speziellen infektiologischen und pharmakokinetischen Probleme des höheren Alters werden nicht abgehandelt.

Die einzelnen Kapitel des Buches sind so gestaltet, dass sich ein Arzt in wenigen Minuten über klinisches Bild, Ätiologie, Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und Prophylaxe einer Infektionskrankheit informieren kann. Neben den alphabetisch geordneten Erreger-bezogenen Infektionen ent-

hält das Buch Kapitel über Schutzimpfungen, mikrobiologische Diagnostik, antimikrobielle Therapie, Antibiotika-Prophylaxe sowie Fieber unklarer Genese.

Aber auch organbezogene Infektionen werden in gesonderten Kapiteln abgehandelt (Infektionen des Respirationstrakts, des Darms und des Urogenitaltrakts, Sepsis, Knochen- und Gelenkinfektionen, kardiale Infektionen usw.).

In Anbetracht der aktuellen Situation (Zunahme der Infektionen durch Antibiotika-resistente Bakterien, zum Beispiel MRSA, VRE, ESBL-Bildner) ist es berechtigt, darauf hinzuweisen, dass dieses Buch helfen kann, Infektionen rechtzeitig zu erkennen, adäquat zu behandeln oder zu vermeiden.

Dieses Buch kann damit eine Hilfe bei dem Bemühen sein, den führenden Platz, den Sachsen beim Pro-Kopfverbrauch an Antibiotika in Deutschland innehat, zu erhalten und vielleicht den Antibiotikaverbrauch zukünftig sogar noch weiter zu senken. Vorbilder sollten hier die auf diesem Gebiet führenden Länder in Europa sein (Schweiz, Niederlande). Wenn dies gelingt, könnte viel Geld gespart und der Selektionsdruck in Richtung antibiotikaresistente Bakterien gemildert werden.

Das Buch kann guten Gewissens allen Ärzten, die Patienten mit Infektionen behandeln, zur täglichen Nutzung empfohlen werden.

Prof. Dr. med. habil. Werner Handrick, Leipzig

Rotavirusimpfung

Erfahrungen mit der Impfpfehlung in Sachsen 2010

S. Bigl¹, D. Beier², H. Bigl³, M. Borte⁴

¹ Sächsische Impfkommision,
² Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen
Sachsen Chemnitz,

³ Klinik Bavaria Kreischa,

⁴ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Einleitung

Die Sächsische Impfkommision (SIKO) hat die Aufnahme der Rotavirusimpfung in das Standardimpfprogramm Sachsens ab dem 01.01.2008 empfohlen. Die Begründung für diese Entscheidung ist die hohe Krankheitslast der Rotavirusgastroenteritiden besonders im Säuglings- und Kleinkindesalter unter klinischen, epidemiologischen, ökonomischen und familienpsychologischen Aspekten (1,2,3,4,8). Da Sachsen diesbezüglich das erste Bundesland war, ist gleichzeitig ein entsprechendes Überwachungsprogramm initiiert worden, das von der Staatsministerin bestätigt worden war. Einzelheiten der Aufgaben für die verschiedenen Bereiche sind im „Ärztblatt Sachsen“ 2007 beschrieben worden (12).

Impfpfehlungen für die Rotavirusimpfung nach dem IfSG § 20 Absatz 3 sind im Folgejahr 2009 auch in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen ausgesprochen worden. Die Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut (STIKO) hat dies bis heute deutschlandweit der Entscheidung des Einzelarztes überlassen, obwohl auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (10), der European Society for Pediatric Infectious Diseases (ESPID), der European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. ebenfalls empfohlen worden ist, die Rotavirusimpfung in die Standardimpfprogramme der Länder aufzunehmen. Dies ist auch in zahlreichen Ländern geschehen wie zum Beispiel in den USA, in Österreich, Belgien, Luxemburg, Finnland und Polen.

Die diesbezüglichen Erfahrungen und guten Erfolge in Sachsen nach zwei Jahren (für 2008 und 2009) sind ebenfalls 2010 im „Ärztblatt Sachsen“ beschrieben worden (13). Die nachstehende Analyse aus Sachsen ergänzt die Überwachung um das Jahr 2010. Sie zeigt die Impfeffektivität der Rotavirusimpfung in Sachsen in der praktischen Anwendung (Effectiveness) nach nur drei Jahren als beeindruckenden Erfolg auf.

Gleichzeitig werden Mängel in der notwendigen Überwachung aufgezeigt, die zwingend einer grundlegenden Verbesserung bedürfen.

Impfungen in der Routinepraxis

Eine vollständige Impfung besteht aus 2 (Rotarix®) bzw. 3 (RotaTeq®) oralen Applikationen, je einer Impfdosis in 4-wöchigem Mindestabstand; Beginn ab vollendeter 6. Lebenswoche. Bis zur Vollendung der 26. Lebenswoche sollte die Impfserie beendet sein. Stillen ist kein Hinderungsgrund.

Beide Impfstoffe wurden nach Herstellerangaben oft zeitgleich mit den im Impfkalendarium aufgeführten Kombinationsimpfstoffen für Kinder gegeben. (5, 6).

Impfraten

Die Impfraten in Sachsen sind im Jahr 2010 auf 63,4 % (21 626 Säuglinge) angewachsen. 2008, dem ersten Jahr der Impfpfehlung, waren es

36,2 % (12.467 Säuglinge von 34.411), im Jahr 2009 56,8 % (19.558 Säuglinge).

In Deutschland (ohne Sachsen) betragen die errechneten Impfraten (Lebendgeborene und Angaben des Arzneimittelmarktes, bezogen auf vollständige Impfungen, zwei bzw. drei Dosen) 2008 8,6 %, 2009 16,6 % und 2010 24,7 % (Abb. 1).

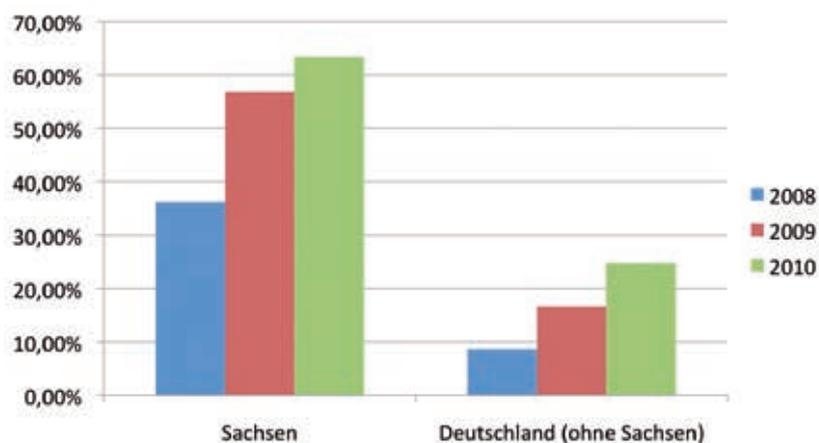
Morbiditätsentwicklung

Die Morbiditätsentwicklung wurde an Hand der offiziellen gesetzlichen Meldedaten ausgewertet (Diesbezügliche dringend abzustellende Mängel sind in einem eigenen Kapitel aufgeführt).

2010 sank die Morbidität im Vergleich mit dem Fünfjahresmittelwert vor der Impfpfehlung 2003 – 2007 bei den 0 – <1Jährigen um 70,1 % (2008 / 2009 waren es 20,9 % / 49,7 %), bei den 1 – <2 Jährigen um 65,5 % (2009 waren es 20,2 %). Die deutliche Morbiditäts-senkung auch der Nichtgeimpften (Altersgruppe 3 – <5) um 38 bzw. 36,6 % ist als sogenannte „Herdimmunität“ zu bewerten. Besser wäre die Bezeichnung „Herdschutz“, da mit großer Wahrscheinlichkeit nur in seltenen Fällen eine Immunität vorliegt (siehe Tab. 1 und Abb. 2).

Im Vergleich mit der deutschlandweiten Morbiditätsentwicklung wird der positive Effekt der Impfung besonders deutlich, wobei zu beachten ist,

Durchimmunisierungsraten der Rotavirusimpfung in Sachsen und Deutschland (ohne Sachsen) 2008 – 2010*



* berechnet nach Apothekenverkaufszahlen

Abbildung 1

Tabelle 1: Rotavirus-Erkrankungen – Altersspezifische Inzidenz in Sachsen vor und nach Einführung der Standardimpfung (Meldezahlen)

Altersgruppe	2003 - 2007		2008		2009		2010	
	0/0000	%	0/0000	%	0/0000	%	0/0000	%
0 - <1	5.544	100	4.387	79,1	2.789	50,3	1.657	29,9
1 - <2	6.415	100	6.938	108	5.118	79,8	2.215	34,5
2 - <3	3.100	100	3.919	126	2.778	89,6	1.772	57,2
3 - <4	1.630	100	2.185	134	1.189	73,0	1.011	62,0
4 - <5	1.002	100	1.385	138	801	80,0	636	63,4
2 - <5	1.911	100	2.496	131	1.589	83,1	1.137	59,5
5 - 9	340	100	502	148	318	93,6	241	70,8
10 - 14	87	100	127	146	87	100	72	83
15 - 19	47	100	105	226	71	153	44	95
20 - 24	41	100	77	189	71	174	55	135
25 - 29	56	100	90	160	72	128	55	98
30 - 39	48	100	90	188	61	128	43	89
40 - 49	32	100	65	206	49	156	35	110
50 - 59	45	100	91	205	67	151	50	112
10 - 59	45	100	87	193	66	147	47	104
60 - 69	42	100	94	223	62	147	52	125
70 +	102	100	226	222	178	175	144	141
60 +	73	100	166	227	128	175	104	143
gesamt	201	100	266	132	199	99	127	63

Quelle: LUA Chemnitz

Altersspezifische Rotavirusinzidenz (Fallzahl pro 100 000 der Altersgruppe) im Freistaat Sachsen vor Einführung der Standardimpfempfehlung am 1.1.2008 (5-Jahresmittel 2003 – 2007) und danach bis 2010

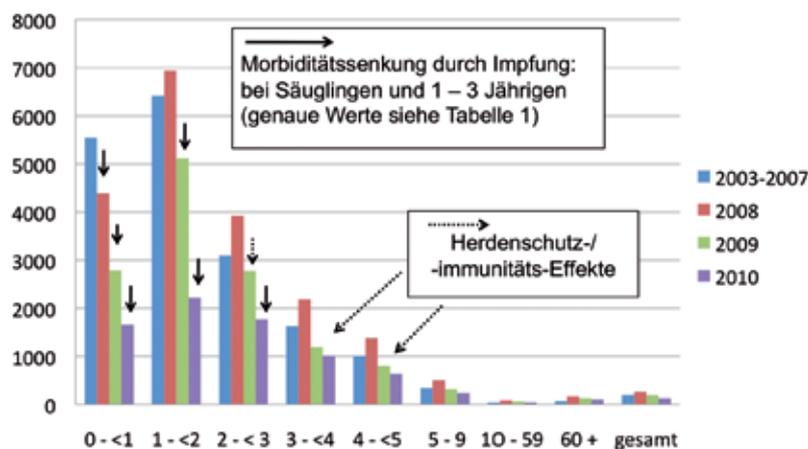


Abbildung 2

dass die Bundesländer mit Impfempfehlungen 2009 (siehe oben) wesentlich zu der 25,5 %-igen Morbiditätssenkung bei den Säuglingen deutschlandweit beigetragen haben. (siehe Tab. 2)

Mit der deutlichen Morbiditätssenkung in der Altersgruppe bis 5 Jahre ist eine Altersverschiebung der Morbidität verbunden. Im Jahr 2006 hatten in Sachsen Kinder unter 5 Jahren einen Anteil von 67 % an allen gemeldeten Rotavirus-Erkrankungen, 2009 betrug der Anteil dieser Altersgruppe nur noch 52,2 %, 2010 45,7 %.

Hospitalisierung

Die Hospitalisierung von Kindern unter einem Jahr konnte durch die Impfung signifikant gesenkt werden. Mit 739 Fällen 2007 versus 302 Fällen 2010 bei Säuglingen konnten Krankenhauseinweisungen von Säuglingen somit um fast 60 % gesenkt werden. Dies ersparte allein in Sachsen 2010 437 Müttern bzw. Familien die diesbezüglichen psychischen Sorgen und physischen Anstrengungen, die mit der Krankenhausbehandlung zwangsläufig verbunden sind. Die Hospitalisationsraten der 1 - <2Jährigen und der 2 - <3Jähri-

gen konnte ebenfalls um 57,8 % bzw. 30,6 % gesenkt werden. Die Zahl der geimpften Kinder, die trotz Impfung erkrankten und hospitalisiert werden mussten, beschränkte sich auf 7 im Jahre 2010 in Sachsen. In den Altersgruppen der Kinder über fünf Jahre, der Jugendlichen und der Erwachsenen ergaben sich keine signifikanten Veränderungen in den Hospitalisierungsraten. Insgesamt sank die Anzahl der Krankenhausbehandlungen wegen Rotavirus-Erkrankungen um ein Viertel (25,2 %) (siehe Tab. 3 und Abb. 3).

Mortalität und Letalität

Im Gegensatz zur Situation in Entwicklungsländern spielt die Letalität oder Mortalität an Rotavirus-Erkrankungen in hochzivilisierten Ländern nur eine untergeordnete Rolle. In Deutschland wurden 2009 offiziell elf Todesfälle registriert, zwischen 2004 und 2007 waren es jeweils zwischen vier und acht.

2009 entspricht dies einer Letalität von 0,02 % und einer Mortalität von 0,013 0/0000. Gestorben sind 2009 im Zusammenhang mit Rotavirus-Infektionen in Deutschland ein Neugeborenes, ein Säugling, ein einjähriges Kind und acht Personen über 69 Jahre (7).

Impfversager

Die Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen (LUA) erreichten im Jahr 2010 insgesamt 35 Meldungen von mutmaßlichen Impfversagern oder Erkrankungen trotz vollständiger Impfung. Diese 35 Erkrankungen sind in Tabelle 4 nach Impfstoff und Geburtsjahr (= analog Impfstoff) aufgeschlüsselt. Daraus sind keine validen Schlussfolgerungen hinsichtlich Impfstoff und Dauer/Jahre des Schutzes nach der Impfung ableitbar (Tab. 4).

Leider werden die Vorgaben der SIKO zur Vorgehensweise bei vermeintlichen Impfdurchbrüchen von den Kinderärzten und den Gesundheitsämtern bei der Kontrolle und Ergänzung der Infektionsmeldungen von Geimpften oft nicht mehr eingehalten (sorgfältige und genaue Ana-

mnese entsprechend eines vorgegebenen Erhebungsbogens und die Einsendung einer Stuhlprobe über das zuständige Gesundheitsamt zwecks Genotypisierung).

Genotypisierung

Im Zeitraum vom März 2008 (Start des Begleitprogramms der SIKO) bis September 2010 wurden insgesamt 297 Stuhlproben von hospitalisierten Erkrankten wegen Rotavirusinfektion, einschließlich der Impfdurchbrüche, genotypisiert. In Sachsen war in der Saison 2007/2008 (Saison jeweils von September bis August des Folgejahres) mit 64 % G1 der vorherrschende Genotyp, in der Saison 2008/2009 waren G3 (26 %) und G4 (37 %), in der Saison 2009/2010 G1 und G3 die vorherrschenden Genotypen (Abb. 5).

Der Überwachung der zirkulierenden Rotavirusstämme, besonders die von Erkrankten trotz Impfung durch Genotypisierung (P-Typen 1 – 29 des VP4; G-Typen 1 – 15 des VP7; die Serogruppen A – G und Subgruppen I und II des VP6 sowie die Genotypen des NSP4 des Gensegmentes 10), kommt wegen der möglichen genetischen Veränderungen durch Mutation, Rearrangements (Umordnung der RNA-Segmente) und genetischem Reassortment (bei Doppelinfektionen z. B. mit Rotaviren von Tieren) ähnlich wie bei der Influenza eine besondere Bedeutung zu. Die theoretischen Befürchtungen bei sogar in Sachsen aufgezeigter genetischer Vielfalt (15) der zirkulierenden Rotaviren (Typenwechsel – Replacement – wegen Impfung) haben bisher in der Impfpraxis keine Bedeutung erlangt. Nach M. Iturriza-Gomara (16) wurden in der Saison 2007 – 2008 europaweit in 19 Ländern 2720 Rotavirusstämme genotypisiert, davon waren unverändert 92,43 % menschliche Stämme, potentiell tierische 0,96 %, Reassortanten zwischen tierischen und menschlichen Stämmen 0,59 %. Nur teilweise typisiert wurden 3,82 % und Doppelinfektionen bzw. unklare Befunde lagen vor in 2,21 %.

Die Realisierung einer qualitätsgerechten vollständigen Genotypisierung einer repräsentativen Anzahl

Tabelle 2: Rotavirus-Erkrankungen – Altersspezifische Inzidenz in Deutschland (ohne Sachsen) vor und nach Einführung der Schutzimpfung (Meldezahlen)

Altersgruppe	2003 - 2007		2008		2009		2010	
	0/0000	%	0/0000	%	0/0000	%	0/0000	%
0 - <1	1.843	100	1.936	105	1.592	86,4	1.373	74,5
1 - <2	1.694	100	2.292	135	1.880	111	1.642	97
2 - <3	748	100	1.135	152	890	119	871	117
3 - <4	360	100	587	163	454	126	446	124
4 - <5	210	100	390	188	285	136	287	137
2 - <5	435	100	712	164	552	127	1.525	351
5 - 9	63	100	115	183	86	137	85	135
10 - 14	14	100	26	186	22	157	20	144
15 - 19	8	100	16	200	14	175	11	137
20 - 24	9	100	17	189	16	178	13	144
25 - 29	12	100	24	200	19	158	16	129
30 - 39	12	100	22	183	17	142	15	127
40 - 49	7	100	13	186	12	171	10	148
50 - 59	8	100	17	213	15	188	14	177
10 - 59	10	100	18	180	16	160	14	136
60 - 69	11	100	24	218	21	191	18	164
70 +	36	100	85	236	70	194	64	178
60 +	24	100	56	233	47	196	43	181
gesamt	57	100	85	149	69	121	88	154

Quelle: RKI, SurvStat

Tabelle 3: Hospitalisierungen gemeldeter Rotavirus-Erkrankungen in Sachsen vor und nach Einführung der Standardimpfung

Altersgruppe	2007		2008		2009		2010		
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	
0- <1	gesamt	739	100	483	65,4	362	49,0	302	40,9
	davon geimpft	0		0		3		7	
1- <2	gesamt	586	100	492	84,0	398	67,9	247	42,2
	davon geimpft	0		0		3		5	
2- <3	gesamt	271	100	233	86,0	193	71,2	188	69,4
	davon geimpft	1		1		0		4	
3- <5	gesamt	199	100	211	106,0	146	73,4	156	78,4
	davon geimpft	1		1		3		9	
5- <15	gesamt	122	100	150	123,0	130	106,6	131	107,4
	davon geimpft	1		1		3		9	
15- <25	gesamt	32	100	49	153,1	47	146,9	37	115,6
	davon geimpft	1		1		3		9	
25- <45	gesamt	71	100	72	101,4	56	78,9	72	101,4
	davon geimpft	1		1		3		9	
45- <65	gesamt	98	100	158	161,2	136	138,3	165	168,4
	davon geimpft	1		1		3		9	
≥65	gesamt	386	100	611	158,3	512	132,6	576	149,2
	davon geimpft	1		1		6		16	
gesamt	gesamt	2.504	100	2.459	98,2	1.980	79,1	1.874	74,8
	davon geimpft	1		1		6		16	

Quelle: LUA Chemnitz

ausgewählter Rotavirusstämme jährlich und bei Impfversagern zur rechtzeitigen Erkennung eines Typenwechsels (sog. Replacement) nach Einführung der Rotavirusimpfung ist wichtige Überwachungsaufgabe des Staates. Die SIKO hat vor Einführung diesbezüglich das entsprechende Management in Sachsen inauguriert, das zukünftig besser von der LUA trotz Personalreduzierung realisiert werden sollte.

Nebenwirkungen, Impfmotivation

Hinsichtlich Nebenwirkungen wird auf die detaillierte Darstellung der Befragungen der sächsischen Kinderärzte verwiesen (11,13,14).

Meldungen über „Verdachtsfälle einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“ nach IfSG § 6 Abs.1 Nr. 3 nach Rotavirusimpfung – oft simultan mit einer 6- oder 5-fach-Impfung – erfolgten

Fälle von Hospitalisierungen nach Altersgruppen wegen Rotavirus-erkrankung vor Einführung (2007) der Säuglingsimpfung am 1.1.2008 und danach bis 2010

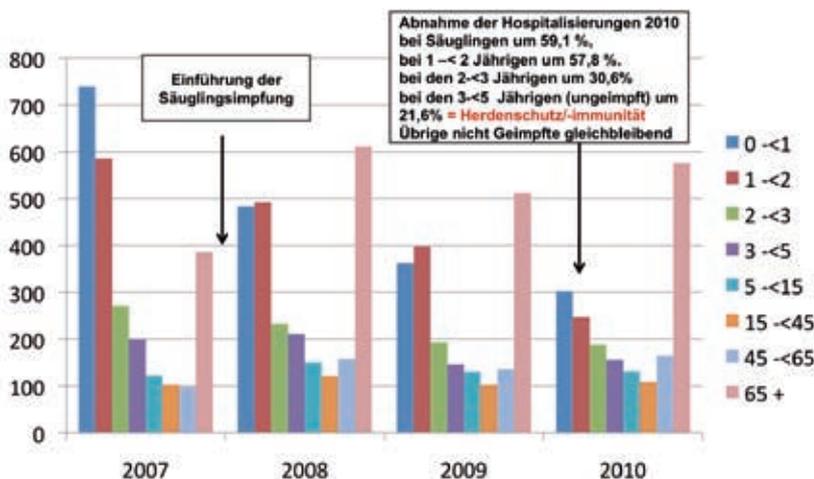


Abbildung 3

2010 bei 21 626 geimpften Säuglingen (= 53 920 oral verabreichten Impfdosen) nur viermal: je einmal „fünf Minuten schockartiger Zustand“, „Neurodermitis“, „Fieber 39,9 °C für zwei Tage“ und „Thrombozythopenie ohne nähere Angaben (die diagnostische Abklärung ist noch nicht abgeschlossen)“.

Anmerkungen zur Realisierung des Überwachungsprogramms:

1. Bei Rotavirus-erkrankungen trotz Impfung erfolgt seitens der behandelnden Ärzte – häufig keine Einsendung einer zweiten Stuhlprobe an das zuständige Gesundheitsamt zwecks Weiterleitung zur genauen Genotypisierung an die LUA und – häufig keine Mitteilung einer genauen Anamnese im Rahmen der Infektions-Meldung an das GA (Impfstoff, Impfdaten, Erkrankungsdaten, Schwere der Erkrankung nach dem Clark-Score, Tierkontakt, Kontaktfälle).

2. Es erfolgt oft keine Direktmeldung durch den behandelnden Arzt nach der IfSG-MeldeVO vom 3.Juni 2002 § 1(1) Nr. 5 und § 4 (1) Nr. 11. Allein dies gewährleistet auch die Erfassung der klinisch-epidemiologisch bestätigten Fälle bei Kontakt zu bekannten Rotavirus-erkrankten z.B. in Gemeinschaftseinrichtungen und in der Familie sowie bei Ausbrüchen nach IfSG § 6 Abs. 1 unter 5.

3. Seitens der am Begleitprogramm zur Einführung der Rotavirus-Impfung beteiligten Kinderkliniken des Freistaates Sachsens erfolgen zu wenig Stuhleinsendungen von wegen Rotavirus-erkrankung hospitalisierten Kindern an die LUA zwecks Bestimmung der in der jeweiligen Rotavirus-saison (September bis August des Folgejahres mit Maxima im Februar bis April) zirkulierenden Genotypen (Bestimmung kostenlos).

4. Nicht alle G-Typen, keine P-Typen, keine Subtypen und andere werden seitens der LUA bestimmt.

5. Wichtig ist die wissenschaftlich exakte und lückenlose infektionsepidemiologische Arbeit der Gesundheitsämter als Aufsichts- und Kontrollbehörde. Details sind aus den Ergebnissen einer Befragung der Amtsärzte 2009 ableitbar (siehe 11).

Wesentliches für die Praxis:

- Die Rotavirusimpfung ist hinsichtlich Senkung der Morbidität und damit Vermeidung einer Hospitalisierung auch drei Jahre nach der Impfung sehr effektiv. Dies belegen die offiziellen Meldedaten in Sachsen auch im Vergleich zur gesamtdeutschen Situation.
- Um diese Resultate noch zu verbessern, ist eine weitere Erhöhung der Impfraten erforderlich. Den Ärzten kommt bei der Aufklärung über den Nutzen der Rotavirusimpfung eine führende Rolle zu.
- Als Grund für die noch nicht ausreichende Impfbeteiligung wird von den impfenden Kinderärzten und den Eltern der Säuglinge die finanzielle Belastung als Hauptgrund angegeben, da zur Zeit nur wenige Krankenkassen die Bezahlung der Rotavirusimpfung als sogenannte „Satzungsleistung“ übernommen haben. Die Mehrzahl der Gesetzliche Krankenkassen (GKK) erstattet die Kosten nach wie vor erst im Nachhinein oder lehnt diese ganz ab. Dieser bürokratische Aufwand hat in der Konsequenz eine Benachteiligung sozial schwacher Familien zur Folge.
- Die Ständige Impfkommission am RKI (STIKO) wird dringend gebeten, ihre bisher ablehnende Haltung zu überdenken, da diese im Gegensatz zu den Voten der internationalen Fachgremien steht. Die „Stellungnahme der STIKO zur Rotavirusimpfung“ im Epidemiologischen Bulletin noch im August 2010 beachtet in keiner Weise die gerade auch in Deutschland bestehenden gesellschaftspolitische Brisanz der Generationsproblematik, indem sie ihre Ablehnung vordergründig neoliberalistisch pekuniär begründet: „Anhaltspunkte für

Tabelle 4: Gemeldete Rotavirus-erkrankungen und (Hospitalisierungen) nach Geburtsjahrgängen trotz vollständiger Impfung 2010*

Geburtsjahrgang	2007	2008	2009	2010	gesamt
Rotarix	3	7 (1)	3	1	14 (1)
RotaTeq	0	15 (3)	6 (3)	0	21 (6)
gesamt	3	22 (4)	9 (3)	1	35 (7)

*Bei 33 weiteren Meldungen war die Impfung unvollständig (15x) oder es lagen keine oder unzureichende Angaben vor (18x).

Nachgewiesene Genotypen – Jahre 2008 bis 2010

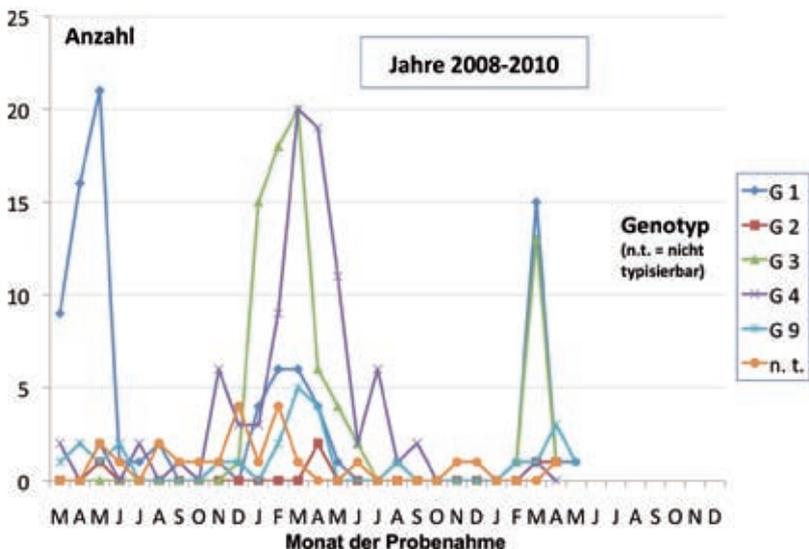


Abbildung 4

einen Nutzen im Hinblick auf mögliche Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen bestehen für die Rotavirus-Impfung derzeit nicht“ (17).

- Alle gesetzlichen Krankenkassen werden aufgefordert, die Rotavirusimpfung als Satzungsleistung zu übernehmen.
- Die Landesuntersuchungsanstalt wird ersucht, entsprechend den

2007 vom SMS genehmigten Begleitprogramm der SIKO die Genotypisierung der Rotavirusstämme zu erweitern. Insbesondere bei Impfdurchbrüchen und / oder Verdacht auf tierische Rotaviren sollte gezielt auch nach den Gruppen B-G des VP6 gesucht werden.

- Das NRZ Rotaviren am RKI sollte beauftragt werden, jährlich eine

routinemäßige Überwachung der Genotypen von zirkulierenden Rotaviren aus statistisch repräsentativ ausgewählten Stuhlproben durchzuführen und dabei Virusstämme von Tieren mit einbeziehen.

- Die Anmerkungen zur Realisierung des Überwachungsprogramms der Rotavirusimpfungsempfehlung in Sachsen sind von allen Beteiligten strikt zu beachten.
- Eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit in den Medien zur Aufklärung der Bevölkerung insbesondere junger Mütter über die Krankheitslast und die Bekämpfungsmöglichkeiten von Rotaviruserkrankungen ist von den Zuständigen zielgerichtet zu organisieren.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
 Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
 Sächsische Impfkommision
 Ludwigsburgstraße 21
 09114 Chemnitz
 Tel.: 03 71 / 336 04 22
 E-Mail: siegwart@bigl.de

STEX in der Tasche – wie weiter?

„Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen“

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Sächsische Landesärztekammer, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen laden alle Medizinstudenten, die PJ-ler und andere Interessierte herzlich ein zu einer

Informationsveranstaltung für Medizinstudenten und Jungärzte

am 2. Mai 2011 ab 9.00 Uhr
 in das Operative Zentrum Chirurgie
 Universitätsklinikum Leipzig,
 Liebigstraße 20, 04103 Leipzig,
 sowie

am 27. Juni 2011 ab 15.00 Uhr
 in das Medizinisch-Theoretische
 Zentrum der Technischen
 Universität Dresden,
 Fiedlerstraße 42, 01307 Dresden.

Nach einer einführenden Vortragsveranstaltung zu den Themen Weiterbildung und Karriereplanung im Hörsaal, informieren und beraten Sie im Foyer erfahrene Ärzte, Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser, Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen und der Sächsischen Apotheker- und Ärztekammer zur Weiterbildung sowie zu Chancen und Einsatzmöglichkeiten im

- ambulanten Bereich,
- stationären Bereich,
- öffentlichen Gesundheitsdienst, zu Themen wie

- individuelle Gestaltung der Weiterbildung,
- Karrierechancen im Krankenhaus,
- Gründung oder Übernahme einer Praxis,
- Berufsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- Fördermöglichkeiten.

Für das leibliche Wohl während der Veranstaltung wird gesorgt sein. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Die Veranstaltungen sind kostenfrei.

Für Ihre Fragen stehen wir Ihnen unter Arzt-in-Sachsen@slaek.de zur Verfügung.

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

Evaluation der Weiterbildung in Deutschland Online-Befragung 2011

Ein Projekt der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern

Aktuelle Information

Start der Online-Befragung zur ärztlichen Weiterbildung

Die Bundesärztekammer und alle Landesärztekammern führen im Jahr 2011 eine Online-Befragung zur Situation der Weiterbildung zum Facharzt in Deutschland durch. Wie die Bundesärztekammer informierte, ist zur Verbesserung des Prozessablaufs eine vollständige Überarbeitung des Webportals erforderlich. Dadurch ändert sich der ursprünglich für April 2011 geplante Beginn der Online-Befragung.

Neuer Start der Umfrage und Öffnung des Webportals für die Weiterbildungsbeauftragten (WBB) und weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte (WBA) ist der **1. Juni 2011**.

Den Weiterbildungsbeauftragten werden rechtzeitig vor diesem Zeitpunkt die Zugangsdaten zum Webportal für die Teilnahme an der Befragung 2011 von der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) zugesandt. Das Webportal für die Befragten wird Ende Juli 2011 geschlossen.

Alle Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, erhalten ihre Zugangsdaten zur Befragung unmittelbar von der Sächsischen Landesärztekammer mit einem Schreiben, welches ihnen persönlich zugesandt wird. Voraussetzung hierfür ist, dass sich der Weiterbildungsbeauftragte gegenüber der Ärztekammer zur Teilnahme an der Befragung 2011 erklärt hat.

Neuer Zeitplan

Ende Mai 2011:

Schreiben an WBB durch die SLÄK, Start der Online-Befragung der WBB

Juni – August 2011:

Schreiben an WBA durch die SLÄK, Online-Befragung der WBA

Ende Juli 2011:

Ende der Befragung der Weiterbildungsbeauftragten

Ende August 2011:

Ende der Befragung der Weiterzubildenden

ab November 2011:

Auswertung und Ergebnisse, Befugtenberichte

Wir bitten alle Weiterbildungsbeauftragten und Weiterzubildenden, an der Befragung teilzunehmen.

Ansprechpartner der Sächsischen Landesärztekammer:

Hotline: 0351/ 8267 335

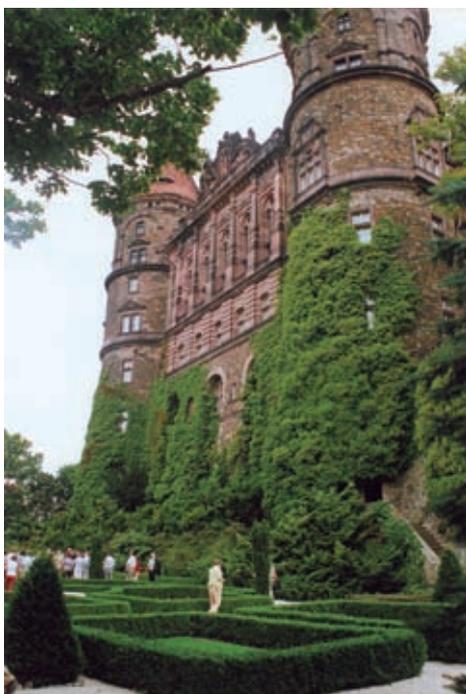
(Frau Peggy Thomas),

E-Mail: evaluation@slaek.de

Weitere und aktuelle Informationen zur „Evaluation der Weiterbildung“ erhalten Sie unter www.slaek.de → Weiterbildung → Evaluation

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

5. Deutsch-polnisches Symposium



Schloss Fürstenstein/Waldenburg

Die Sächsische Landesärztekammer, die Niederschlesische Ärztekammer und die Schlesische Ärztekammer laden alle interessierten Ärzte zum 5. Deutsch-polnischen Symposium ein. Zu den vorläufigen berufs- und gesundheitspolitischen sowie medizinhistorischen Themen gehören:

- Patientenrechte in Europa und Deutschland
- Rolle der Selbstverwaltung im heutigen Rechtsstaat
- Demographische Entwicklung und medizinische Betreuung
- Grenzüberschreitender Rettungsdienst
- Psychologisch-historische Überlegungen zu den gesellschaftlichen Wandlungen in Deutschland und Polen nach 1989
- Polnisch-deutsche medizinische Beziehungen im 19. und 20. Jahrhundert
- Deutsche in Oberschlesien im 19. und 20. Jahrhundert

Termin: 6. bis 8. Oktober 2011

Ort: Schloss Fürstenstein/

Waldenburg bei Breslau

(Information unter www.ksiaz.de)

Teilnehmergebühr: 100 EUR für Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, 150 EUR für Nichtmitglieder

Die Teilnehmergebühr beinhaltet den Bustransfer ab Dresden, zwei Übernachtungen und Vollpension, Festabend sowie das Rahmenprogramm.

Anmeldungen bis spätestens 2. September 2011 unter 0351 8267 401 oder per E-Mail dresden@slaek.de. Die Anmeldung ist nur verbindlich in Verbindung mit der Zahlung der Teilnahmegebühren.

Wichtiger Hinweis: Die Anzahl der Teilnehmer ist begrenzt.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Aktuelle Tendenzen in der Suchtmedizin/ Suchtpsychiatrie

Vorankündigung

Im Zusammenhang mit der „Aktionswoche Alkohol der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen“ findet wie jedes Jahr in der Sächsischen Landesärztekammer eine Fortbildungsveranstaltung statt, die sich an alle Ärzte, insbesondere auch an die Hausärzte wendet, die mit Suchtpa-

tienten zu tun haben. Zugleich verstehen wir das Angebot auch als Refresherkurs für Kolleginnen und Kollegen, die den Kurs „Suchtmedizinische Grundversorgung“ absolviert haben. Eingeladen sind aber auch Mitarbeiter, die in der Betreuung Abhängiger in Beratungsstellen o. ä. tätig sind.

Die Veranstaltung findet am **28. Mai 2011 ab 9.30 Uhr** im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, statt und steht unter der Leitung von Dr. med. Frank Härtel, Leiter der

Arbeitsgruppe „Sucht und Drogen“ unserer Ärztekammer. Die Themenpalette reicht von Comorbiditäten bei Alkoholkrankheit, Opiatabhängigkeit (Entzugsbehandlung) bis zur Rolle der Persönlichkeit in der Genese von süchtigen Prozessen.

Interessierte Kolleginnen und Kollegen sind herzlich eingeladen. Die Veranstaltung wurde mit vier Fortbildungspunkten zertifiziert. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie für
ärztlich Fort- und Weiterbildung

Neue Tarifverträge für MFA

Nach Ablauf der Erklärungsfrist sind der neue Gehalts- und der Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte jetzt rückwirkend zum 1. Januar 2011 in Kraft getreten. Danach steigen die Tarifgehälter für Medizinische Fachangestellte in den ersten drei Berufsjahren um rund fünf Prozent und im vierten bis sechsten um rund 2,6 Prozent. In den anderen Gehaltsgruppen gibt es ein Plus von 1,25 Prozent. Die

monatlichen Ausbildungsvergütungen erhöhen sich um 30 Euro.

In den ersten drei Berufsjahren liegen die Tarifgehälter nun in den Tätigkeitsgruppen I und II bei 1.495 oder 1.570 Euro. Im vierten bis sechsten Berufsjahr können je nach Qualifikation vier Tätigkeitsgruppen erreicht werden, deren Gehälter auf 1.595 bis 1.914 Euro steigen. Die monatlichen Ausbildungsvergütungen steigen im ersten Jahr auf 561 Euro, im zweiten auf 602 Euro und im dritten auf 646 Euro.

Bei der betrieblichen Altersversorgung erhöht sich der Arbeitgeberbeitrag ab 1.7.2011 um 10 Euro. Er beträgt somit für Auszubildende nach der Probezeit und Beschäftigte mit mindestens 18 Wochenstunden 30 Euro und für Beschäftigte mit weniger als 18 Wochenstunden 20 Euro.

Die neuen Tarifverträge finden Sie auf www.vmf-online.de oder www.baek.de.

Knut Köhler M. A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Neuberufungen

Dr. med. Steffen Pfüller hat am 1. März 2011 die Chefarztposition der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Kreiskrankenhaus Stollberg gGmbH übernommen.

Die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig hat Prof. Dr. med. Edward Shang auf die Stiftungsprofessur für Bariatrische Chirurgie mit Wirkung zum 15. Dezember 2010 und Prof. Dr. med. Jens Dawczynski auf die Professur für Ophthalmologische Bildgebung und Bildanalyse mit Wirkung zum 1. Januar 2011 berufen.

Sächsische
Landesärztekammer 
Körperschaft des öffentlichen Rechts

560 m² attraktive Büroflächen

im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden zu vermieten.

Dem Mieter stehen zwei große Besprechungsräume, derzeit 9 Büroräume, ein Archiv sowie eine Küche und ein Sanitärbereich zur Verfügung. Besucher erwartet ein repräsentativer Empfangsbereich. Das Haus ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln sehr gut zu erreichen. Die Autobahn A4 und der Flughafen befinden sich in der Nähe.

Die Vermietung erfolgt an seriöse Interessenten, vorzugsweise mit ärztlichem Bezug. Der Mietbeginn ist voraussichtlich das I. Quartal 2012.

Ansprechpartner:
Sächsische Landesärztekammer
Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Geschäftsführerin
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon: 0351 8267 431, E-Mail: finanzen@slaek.de

Zwischenprüfung

Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“ **am Montag, dem 6. Juni 2011, 8.00 – 10.00 Uhr** durch.

Folgende Prüfungsorte für die Zwischenprüfung wurden festgelegt:

- Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen
An der Markthalle 10,
09111 Chemnitz
- Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Gesundheit
„Anne Frank“
Reißiger Straße 46,
08525 Plauen
- Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16,
01099 Dresden

Leitsymptom „akuter Bauch“

Liebe Redaktion,
zu dem oben genannten Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2011, Seite 18, möchte ich zwei kleine Ergänzungen machen:

1. Bei Frauen im gebärfähigen Alter immer mit an eine Extrauteringravidität denken! Das ist zwar in der Formulierung „...gegebenenfalls gynäkologische Untersuchung“ indirekt enthalten, sollte aber gerade für junge, noch weniger erfahrene Kollegen deutlicher signalisiert werden.
2. Eine sehr aussagekräftige klinische Untersuchung im Initialstadium des

- BSZ Christoph Lüders Görlitz
Carl-von-Ossietzky-Straße 13 – 16,
02826 Görlitz
- Ruth-Pfau-Schule, Berufliches Schulzentrum der Stadt Leipzig
Schönauer Straße 160,
04207 Leipzig

Teilnehmer/innen an der Zwischenprüfung sind Auszubildende des zweiten Ausbildungsjahres und Umschüler/innen, die in diese Fachklassen integriert sind.

Anmeldeformulare und Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten alle Ausbilder von der Sächsischen Landesärztekammer. Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat bis zum 30. April 2011 zu erfolgen. Die Freistellung zur Zwischenprüfung umfasst nur den Zeitraum der Prüfung (§ 15 Berufsbildungsgesetz). Die Auszubildenden und Umschüler/innen gehen anschließend wieder in die Arztpraxis oder zum Unterricht. Auszubildende, deren 18. Lebensjahr zum Ende des ersten Ausbildungsjahres noch nicht vollendet war, sind

verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Jugendarbeitsschutzgesetz spätestens am Tage der Anmeldung zur Zwischenprüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen, soweit dies noch nicht erfolgt ist. Anderenfalls ist die Eintragung des Berufsausbildungsvertrages des/der Auszubildenden aus dem Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse nach § 35 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz zu löschen.

Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist nach dem Berufsbildungsgesetz und der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Abschlussprüfung.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267170/171 zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

akuten Abdomens ist die Messung der Temperaturdifferenz sublingual/rektal. Diese erfordert einen Zeitaufwand von höchstens 2 bis 3 Minuten und kann dem zuerst konsultierten Hausarzt oder Notdienst bei positivem Ergebnis und noch blander oder unklarer Symptomatik helfen, die Weiche zu stellen für die Dringlichkeit der weiteren Maßnahmen. Dies hat meiner Tochter das Leben gerettet: Eine völlig unspezifische Symptomatik mit leichter Übelkeit, Brechreiz, nur leichten Ober- und Unterbauchschmerzen (bekannte Magenanamnese), keinerlei akuten dramatischen Symptome, stabiler Kreislauf, aber eine Temperaturdifferenz von 1,5° C.

Nach der daraufhin eingeleiteten Noteinweisung in die Klinik dauerte die umfangreiche Diagnostik dort noch knapp 2 Stunden (bei der Abdomenleeraufnahme im Stehen war die Tochter dann immerhin schon kollabiert!), bevor schließlich die diagnostische Laparoskopie die Diagnose gebracht hat: rupturierte Extrauterinavidität mit knapp 3 Liter Blut in der Bauchhöhle. Der Anästhesist sagte mir nach der Operation, eine Stunde später wäre meine Tochter nicht mehr zu retten gewesen.

Freundliche Grüße,
Dr. med. Gerlinde Burck, Internistin/
Kardiologin/Rentnerin

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte Festsaal

Sonntag, 8. Mai 2011
11.00 Uhr – Junge Matinee
Bass contra Bass
Werke für zwei, drei und vier

Kontrabässe mit und ohne Klavier
von Telemann, Dittersdorf, Schubert,
Chopin, Bottesini, Kuszewitzky,
Weinberg, Poradowski u. a.
Studierende der Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen Foyer und 4. Etage

Claus Weidensdorfer – O. T.
bis 15. Mai 2011

Günther Hornig
Malerei und Zeichnung
18. Mai bis 17. Juli 2011
Vernissage: Donnerstag, 19. Mai 2011,
19.30 Uhr
Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,
Kulturjournalistin, Dresden

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, die für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. für Arztgruppen, bei welchen mit Bezug auf die aktuelle Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen entsprechend der Zahlenangabe Neuzulassungen sowie Praxisübergabeverfahren nach Maßgabe des § 103 Abs. 4 SGB V möglich 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 Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Reg.-Nr. 11/C016 verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.04.2011

Facharzt für Allgemeinmedizin*) Reg.-Nr. 11/C017

Chemnitz-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut/Verhaltenstherapie, Reg.-Nr. 11/C018

Freiberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis, Reg.-Nr. 11/C019

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis

Reg.-Nr. 11/C020

Aue-Schwarzenberg

Praktischer Arzt*)

Reg.-Nr. 11/C021

Zwickauer-Stadt

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*), Reg.-Nr. 11/C022

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.04.2011

Zwickauer Land

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 11/C023

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.05.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Radiologie

Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis

Reg.-Nr. 11/D020

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.04.2011

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Kinder- u. Jugendmedizin

Reg.-Nr. 11/D021

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.04.2011

Löbau-Zittau

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 11/D022

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/D023

Weißeritzkreis

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 11/D024

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.04.2011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.05.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für HNO-Heilkunde

Reg.-Nr. 11/L019

Leipziger Land

Facharzt für Innere Medizin – fachärztlich

Reg.-Nr. 11/L020

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.05.2011 die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153 oder -154 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 Chemnitz Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe 1. Quartal 2012

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Praxisübernahme ab sofort

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

geplante Praxisabgabe: Ende 2011

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: sofort

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)

geplante Praxisabgabe: Ende 2011

Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: Anfang 2014 (auch eher möglich)

Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 154.

Leitsymptom Schwindel – aus hausärztlicher Sicht

T. Steger, A. Klement

Zusammenfassung

Das Leitsymptom Schwindel hat nach einer aktuellen Untersuchung in der hausärztlichen Medizin eine Einjahresprävalenz von 3,4 Prozent. Es gelingt in vielen Fällen nicht, eine exakte Diagnose zu stellen. Jedoch können abwendbar gefährliche Verläufe daran erkannt werden, dass neben dem Schwindel weitere Symptome sowie Auffälligkeiten bei der klinischen Untersuchung auftreten. Vier häufige Bilder von Erkrankungen (gutartiger Lagerungsschwindel, psychogener Schwindel, multisensorischer Altersschwindel und zervikogener Schwindel) können in der Primärversorgung festgestellt und überwiegend selbst behandelt werden. Sie werden im Einzelnen näher beschrieben.

Einleitung

In epidemiologischen Querschnittserhebungen geben mehr als 20 Prozent der Bevölkerung innerhalb des letzten Jahres eine oder mehrere Episoden von Schwindel an (Neuhäuser, H. K.; Radtke, A.; v Brevern, M.; et al., 2008). Nur ein Teil der Betroffenen sucht deshalb ärztliche Hilfe auf. In der Hausarztpraxis liegt die Einjah-

resprävalenz daher deutlich niedriger, in einer aktuellen Untersuchung bei 3,4 Prozent (Kruschinski, M.; Kersting, M.; Breull, A.; et al., 2008). Die Ergebnisse zeigen, dass es in der hausärztlichen Konsultation wegen Schwindel oft schwierig ist, nach der ICD 10-Klassifikation eine sinnvolle Diagnose zu stellen, die Verschleuslung erfolgt daher häufig mit der Ziffer R42 als Symptom. Hier bestätigt sich ein bekanntes Charakteristikum allgemeinärztlicher Arbeit, in der Versorgung des sogenannten „unausgelesenen Krankengutes“ ist eine exakte Diagnosestellung zunächst nur in einer Minderheit der Fälle möglich (Braun, R. N.; Mader, F.H., 2005).

Die Herausforderung für die Hausärzte besteht nun darin, die „abwendbar gefährlichen Verläufe“ rechtzeitig zu erkennen sowie häufige Ursachen für Schwindel selbst zu klassifizieren und zu behandeln. Es bleibt eine große Gruppe zunächst nicht näher zu klassifizierender Schwindelsymptome, die weiter beobachtet werden sollte.

Untersuchungen zum weiteren Verlauf zeigen nach einem Jahr einen erheblichen Teil chronischer Symptome, die Zahlen schwanken zwischen 20 und 70 Prozent (Kroenke, K.; Lucas, C.; Rosenberg M.L.; et al., 1994; Meyer, B.: Dreykluft, H-R.; Abholz, H-H., 1993). Bei Chronifizierungsgefahr bedarf es daher rechtzeitig weiterer Abklärung, um eine gezielte Therapie einzuleiten.

Bei einer großen Gruppe zunächst nicht näher zu klassifizierenden Schwindelsymptomen wird auch deutlich, dass nicht-evidenzbasierte Behandlungsverfahren und damit einhergehende vereinfachende Modellvorstellungen eine große Anziehung- und Suggestionskraft auf Betroffene und Ärzte ausüben.

Abwendbar gefährliche Verläufe

Lebensbedrohliche Erkrankungen sind in der Primärversorgung bei Patienten mit Schwindelsymptomen selten. So fanden beispielsweise Gizzi et al., dass, wenn Schwindel das einzige Symptom ist, rund 10.000 CCTs durchgeführt werden müssen, um einen Hirntumor zu fin-

den (Gizzi, M.; Riley, E.; Molinari, S.; et al. 1996). In der bisher einzigen deutschen Untersuchung zum Thema „abwendbar gefährliche Verläufe“ bei Schwindel wurden 100 Patienten nach einem Jahr erneut befragt. 80 Prozent waren beschwerdefrei, in keinem Fall fand sich eine bedrohliche Erkrankung (Meyer, B.: Dreykluft, H-R.; Abholz, H-H., 1993).

Seltene abwendbar gefährliche Verläufe sind vor allem verschiedene zentrale Erkrankungen des Gleichgewichtssystems wie Tumore, Metastasen, Entzündungsherde im Rahmen einer Multiplen Sklerose, Blutungen, Durchblutungsstörungen und Infarkte, Migräneattacken und Herzrhythmusstörungen (Kroenke K.; Hoffman R.M.; Einstadter, D., 2000).

In den meisten Fällen sind hier neben dem Schwindel weitere Symptome und klinische Auffälligkeiten vorhanden. So können durch eine gründliche Anamnese und klinische Untersuchung entsprechende Hinweise erfasst werden und eine weiterführende Diagnostik oder eine stationäre Einweisung veranlasst werden.

Häufige Ursachen von Schwindel in der hausärztlichen Versorgung

Vier häufige Bilder von Schwindelerkrankungen in der Primärversorgung sind der gutartige Lagerungsschwindel, der psychogene Schwindel, der multisensorische oder Altersschwindel und der zervikogene Schwindel. Deutlich seltener treten die Neuritis vestibularis, der Mb. Meniere und die vestibuläre Migräne auf. Hierzu sei auf die einschlägigen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie verwiesen (<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF>).

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPPV)

Der BPPV ist eine Erkrankung des Vestibularorgans (peripher-vesibulärer Schwindel), bei der in den meisten Fällen der hintere Bogengang betroffen ist. Infolge degenerativer Prozesse, seltener nach einem Trauma oder einer Infektion (zum Beispiel Neuritis vestibularis) werden Calciumkarbonatkristalle, Otolithen aus dem Utriculus des Vestibularorgans abgelöst und gelangen so in

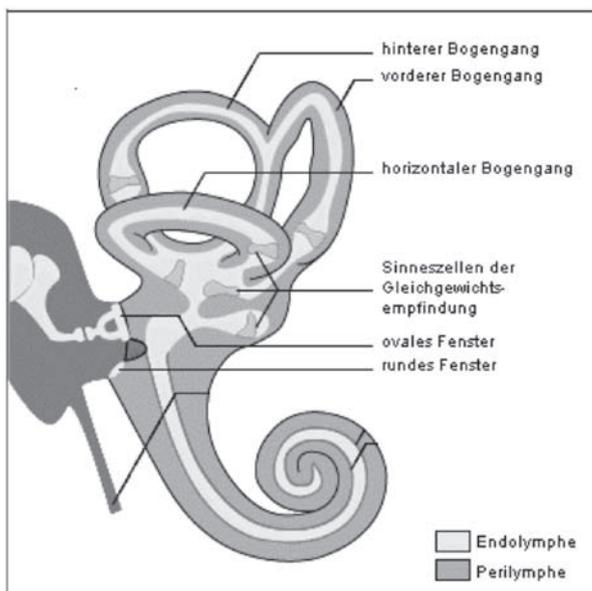


Abbildung 1: rechtes Innenohr mit hinterem Bogengang (modifiziert nach <http://www.onmeda.de/lexika/anatomie>)

den hinteren Bogengang. Dort üben sie bei Kopflagewechsel einen Sog auf die Kupula aus, es folgt eine kurze Drehschwindelattacke mit bis zu 30 Sekunden Dauer. Typische Auslöser sind: Hinlegen oder Aufrichten im Bett, Herumdrehen im Bett, insbesondere zur Seite des betroffenen Ohres, Bücken und Kopfreklination. Begleitende Übelkeit ist möglich. Die ersten Symptome treten häufig in den Morgenstunden auf und verlieren dann im Tagesverlauf durch wiederholte Lagewechsel an Intensität. Die Erkrankung wird als gutartig bezeichnet, da sie meist spontan innerhalb von Tagen bis Wochen abklingt. Es treten allerdings häufig Rezidive auf.

Diagnostik und Therapie

Das Lagerungsmanöver nach Semont eignet sich für die Diagnostik und Therapie, das heißt in einem Arbeitsschritt wird die Diagnose gesichert und dem Patienten die Lagerungstechnik demonstriert, die er dann selbständig zu Hause durchführen sollte. Man testet nacheinander beide Gleichgewichtsorgane. Beim sitzenden Patienten und der Untersuchung des linken hinteren Bogenganges wird der Kopf um 45° nach rechts gedreht (Schritt 1 siehe Skizze).

Der Patient wird dann auf das linke seitliche Hinterhaupt gelegt (Schritt 2 siehe Skizze). Bei pathologischem hinterem Bogengang tritt hier nach einigen Sekunden Latenz ein, Drehschwindel und ein Nystagmus auf.

Es folgt der therapeutische Teil. Nach 30 Sekunden wird der Patient mit einem raschen Schwung zur Gegenseite gelagert, ohne in der Sitzposition anzuhalten (Schritt 3). Dadurch wird der Otolithenpropf aus dem hinteren Bogengang „herausgeschleudert“ und gelangt zurück in den Utriculus. Die Drehung des Kopfes um 45° zur gesunden Seite wird während des gesamten Manövers beibehalten, sodass der Patient mit der Nase zur Liege gewandt in der dritten Position landet. Nach zwei Minuten kann sich der Patient wieder aufrichten.

Bei pathologischer Testung (Schritt 2) bekommt der Patient die Aufgabe,

dieses Manöver selbständig, 3 mal täglich, jeweils 3 mal durchzuführen. Spätestens nach einigen Tagen ist ein Abklingen des Schwindels zu erwarten (<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF>).

Insgesamt wird der gutartige Lagerungsschwindel zu selten diagnostiziert, gerade auch bei älteren Patienten wird er häufig als „Durchblutungsstörung“ fehlgedeutet.

Psychogener Schwindel

Hier sollen zwei Formen unterschieden werden, Schwindel als Ausdruck von Angst („phobischer Schwankschwindel“) und die Somatisierung. Beide Formen können primär auftreten oder sekundär im Anschluss an eine organischen (Schwindel)erkrankung.

Beim phobischen Schwankschwindel sind es zunächst typische Angstauslöser, in denen die Symptomatik auftritt: Auto fahren, leere Räume, Menschenansammlungen. Die Patienten beschreiben eine Stand- und Gangunsicherheit, Benommenheit, Angst zu fallen oder Angst vor Ohnmacht. Dabei wird die Angst zunächst nicht als Ursache sondern als Folge des Schwindels betrachtet. Häufig tritt im weiteren Verlauf eine Generalisierung der Symptomatik und ein Vermeidungsverhalten auf (Kapfhammer, H.-P.; Gründel, H., 2001).

Diagnostik und Therapie

Wie allgemein bei Angsterkrankungen sind es zum einen biographische Ereignisse, in denen die Patienten starke Ängste erlebten, die die Neigung erklären, in späteren Jahren mit Angst zu reagieren. So berichten manchmal ältere Patienten – auf Nachfrage – von panischen Ängsten während der Kriegszeit, jüngere zum Beispiel von Gewalterfahrungen aus ihrer Kindheit. In den meisten Fällen bedarf es jedoch längerer psychotherapeutischer Prozesse, um solche oder auch weniger dramatische Ursachen zu erinnern. Zum zweiten sind es oft aktuelle Probleme im familiären oder beruflichen Umfeld, die zu einer Überforderung führen und auf die die Patienten mit Angst reagieren. Weiterhin kann Angst natürlich

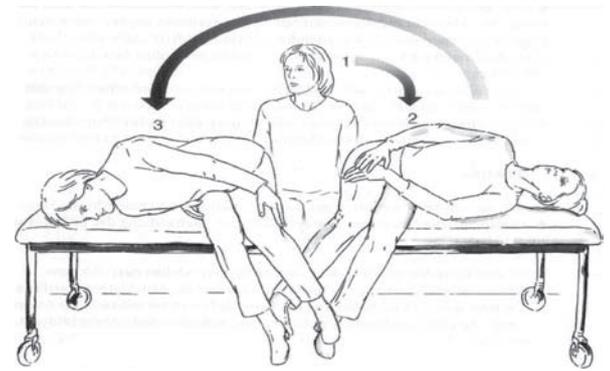


Abbildung 2: Lagerungsmanöver nach Semont (modifiziert nach <http://www.drhschaaf.de/Lagerungsschwindel.pdf>)

auch mit weiteren Symptomen verbunden sein wie Parästhesien, Luftnot etc. und das klinische Bild sich in seiner Erscheinung verändern. Schließlich ist auch zu erwähnen, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen, bei denen die Angst nicht als Ursache benannt wird, ebenso ängstlich verarbeitet werden können (zum Beispiel die Wirbel sind „verrutscht“ und müssen immer wieder eingerenkt werden usw.).

Ein entscheidender Schritt besteht für die Patienten darin, das Phänomen Angst als Ursache zu akzeptieren. Dieses gemeinsame Benennen sollte möglichst bereits in der hausärztlichen Medizin erfolgen. Im weiteren sind dann stützende Gespräche im Rahmen der Sprechstunde, eine angstlösende Psychopharmakotherapie zum Beispiel mit Sertralin 50 bis 100 mg täglich oder eine Überweisung an einen Psychotherapeuten oder Psychiater die therapeutischen Schritte.

Für die Gespräche mit einer Dauer von 10 min, zum Beispiel alle 14d, sind zwei Überlegungen hilfreich. Werden von den Patienten biographische Ursachen genannt, dann sollte dieser Zusammenhang als Erklärung genutzt werden (zum Beispiel, weil ich damals etwas erlebt habe, registriere ich heute in bestimmten Situationen immer noch mit Angst). Das schafft in der Angst oder Schwindelsymptomatik eine erste Distanz und erleichtert den Umgang. Werden aktuelle Probleme benannt, dann sollte innerhalb der 10 min dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, über die Probleme zu sprechen und nach Lösungen zu suchen.

Tabelle1: Kriterien für Somatisierung

Kriterien für Somatisierung

- Fehlende Abhängigkeit des Schwindels von der Willkürmotorik
- Fehlen symptomfreier Intervalle oder nachvollziehbarer Auslösemechanismen
- Affektiv getönte oder symbolische Beschreibung des Symptoms
- „negative emotionale“ Reaktion des Untersuchenden

Somatoforme Störung

Bei der Somatisierung handelt es sich meines Erachtens um die eigentliche Problemgruppe in der Diagnose des Schwindels. Die Schwierigkeit bei somatoformen Schwindel besteht darin, dass die Patienten im Gegensatz zur oben geschilderten Angsterkrankung kein psychologisches Krankheitsmodell vertreten, das heißt eine Einsicht in psychologische Zusammenhänge nur bei einem Teil der Patienten, und hier auch nur schrittweise, erarbeitet werden kann. Die direkte Frage: „Haben Sie Stress?“ ist hier zur Diagnose selten hilfreich, oft führt die Frage eher auf eine falsche Fährte, da der Patient mit „nein“ antwortet oder die alltagsüblichen Stressoren nennt, bei denen der Zusammenhang zur Symptomatik jedoch weiter unklar bleibt.

Um diese Fallstricke zu umgehen, greife ich auf ein Anamneseschema zurück, nach welchem vier wesentliche Kriterien eines Symptoms erfragt werden, um Hinweise auf eine Psychogenese oder psychologische „Verstärkung“ zu erhalten. Das gilt für Schwindel wie auch für andere körperliche Symptome (Adler, R.; Hemmeler, W., 1992).

Diagnostik und Therapie

Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal ist die fehlende Abhängigkeit von der Willkürmotorik. Dahinter steht die Überlegung, das Schwindel „organischer“ Genese seine „lokalisierbare“ Ursache in Strukturen des Nervensystems wie zum Beispiel dem peripheren Vestibularorgan oder dem peripheren Nervensystem hat und daher immer dann auftritt, wenn diese geschädigten Strukturen getriggert werden. Im Beispiel des BPPV sind das Lage-

wechsel und Drehbewegungen des Kopfes. Bei Schwindel psychogenen Ursprungs besteht dieser Zusammenhang nicht oder bleibt vage, der Patient kann keine auslösenden oder verstärkenden Bewegungen oder Körperhaltungen benennen. Häufig tritt hier eine Art Dauerschwindel im Liegen, Sitzen, Stehen und Laufen auf, ebenso wie scheinbar nicht zu erklärende Schwindelattacken.

Ein weiterer Hinweis kann die affektiv getönte und symbolische Beschreibung des Symptoms sein. Die Patienten sprechen von „Ohnmacht“, den „Halt verlieren“ etc. Beim Untersucher entsteht schnell der Eindruck, das Ganze sei inadäquat, rätselhaft und stimme irgendwie nicht.

Anhand dieser Kriterien kann der Verdacht auf eine Somatisierung gestellt werden. Eine Bestätigung dieser Diagnose würde sich nach einer längeren psychotherapeutischen Behandlung ergeben, in der der Zusammenhang zur biografischen Auslösesituation und eine Besserung oder Heilung eintritt. Diese ist in vielen Fällen nicht möglich, da die Patienten nur selten ein psychologisches Krankheitsmodell akzeptieren. So bleibt nur die „indirekte“ Bestätigung über fehlende oder die Symptomatik nicht erklärende organische Befunde.

Eine einmalige gründliche neurologische und HNO-ärztliche Diagnostik ist notwendig.

Es sei noch einmal darauf hingewiesen, das psychogener Schwindel allein oder in Kombination mit einer organischen Schwindelerkrankung auftreten kann. Letztere würde aber ohne psychologische Faktoren nach ca. drei Wochen zentral kompensiert werden oder insgesamt deutlich blander verlaufen.

Statt von Therapie im eigentlichen Sinne ist hier eher von einer Begleitung zu sprechen, da es nur selten gelingt, psychologische Zusammenhänge herzustellen. Sinnvoll sind regelmäßige Kontakte, zum Beispiel im Abstand von sechs Wochen, in denen der Patient kurz seine Symptomatik schildern kann, ohne das mit neuen diagnostischen Maßnahmen oder Therapieversuchen reagiert

wird. Man sollte einerseits betonen, dass es für diese Symptomatik jetzt keine effektive Behandlungsmethode gibt und andererseits Verständnis dafür äußern, dass es nicht leicht ist, mit dieser Erkrankung zu leben. So werden kein neuer Handlungsdruck entfacht und nicht indizierte diagnostische Maßnahmen verhindert, die wieder in einer Enttäuschung enden würden. Gleichzeitig wird emotionale Unterstützung gewährt. Häufig kommt es zwischen Patient und Behandelndem dann zu einem gegenseitigen Verhandlungs- und Abstimmungsprozess, in dessen Verlauf die Symptomatik auf ein erträgliches Maß beschränkt bleibt und auch eine Symptomreduktion möglich ist (Ortmann, K., 2001). Dabei sind symptomatische Maßnahmen wie Antivertiginosa oder Physiotherapie als ein Baustein anwendbar, der eine Linderung bringen kann.

Multisensorischer Schwindel oder Altersschwindel

Das Konzept des multisensorischen Schwindels bei älteren Menschen besagt, dass eine Summe aus altersphysiologischen Veränderungen und krankhaften Störungen zu Schwindel führen kann. Das heißt, das normale Altern ist „per se“ kein Grund zum Schwindeln oder Fallen. Dennoch treten Schwindelerkrankungen im Alter deutlich häufiger auf.

Tabelle 2 und 3 enthalten mögliche Ursachen und Auslöser für multisensorischen Schwindel (Maarsingh, O.R.,; Dros, J.; Schellevis, F.G.; et al., 2010). Die Patienten berichten über Präsynkopen, Schwankschwindel oder einfach Unsicherheit beim Gehen werden beschrieben. Häufig sind eine nicht ausreichende Bewegung oder Angst vor Stürzen mit entsprechender Vermeidungshaltung zu beobachten. Es resultiert ein verminderter „Trainingszustand“, bei dem schon kleinere, sonst harmlose Störungen der Raumorientierung zu Schwindel, Stolpern und schließlich auch zu Stürzen führen.

Dabei sei darauf hingewiesen, das es auch im Alter einzelne, gut behandelbare Ursachen von Schwindel gibt. Am häufigsten übersehen wird der gutartige Lagerungsschwindel.

Diagnostik und Therapie

Es bewährt sich, mittels einer Checkliste die einzelnen Punkte abzufragen und eine körperliche Untersuchung durchzuführen. Anhand der folgenden drei Tests kann man den „Trainingszustand“ des Gleichgewichtssystems und die Sturzgefahr abschätzen:

- Chair-rising-Test: Kann der Patient fünfmal hintereinander ohne Einsatz der Arme von einem Stuhl aufstehen?
- Kann der Patient fünf Sekunden still auf einer Linie stehen?
- Timed Up and Go Test: Der Patient sitzt auf einem Stuhl. Auf Kommando soll er aufstehen, eine Entfernung von 3 m zurücklegen, sich dort umdrehen, den Weg zurückgehen und sich wie-

Tabelle 2: Ursachen für multisensorischen Schwindel

Ursachen für multisensorischen Altersschwindel

- Immobilität (aus Bequemlichkeit, mangelndem Antrieb oder Angst vor Stürzen)
- AM-Nebenwirkungen und Interaktionen
- Kardiovaskulär
 - Hypertonus
 - HRST
 - Herzinsuffizienz
 - KHK
- Neurologisch
 - Polyneuropathie
 - Mb. Parkinson
 - cerebrale Durchblutungsstörung
- Orthopädisch
 - verminderte Mobilität postoperativ
 - Gelenkerkrankungen mit Schmerzen, Inaktivität und muskulärer Schwäche
- Visusverschlechterungen
 - Katarakt
 - Makuladegeneration
- Psychogen
 - Ängste und Depressionen
 - Ruhestand
 - Tod eines Partners oder Wegzug der Kinder
 - Einsamkeit

Tabelle 3: Auslöser für multisensorischen Schwindel

Auslöser für multisensorischen Schwindel

- Lagewechsel (Aufstehen vom Bett oder einem Stuhl)
- Vorbeugen
- Gehen
- Kopfbewegungen (Drehungen, nach oben schauen)
- Längeres Stehen

der hinsetzen. Die Zeit wird gestoppt, ein Hilfsmittel, zum Beispiel Gehstock, ist erlaubt (eingeschränkte Mobilität, wenn mehr als 20 sec.).

Je nach Befund erfolgt, wenn möglich, die Therapie einzelner Ursachen. In vielen Fällen bietet ein Gleichgewichtstraining oder Gangtraining über einen Physiotherapeuten einen sinnvollen Ansatz. Auch Antivertiginosa können hilfreich sein. In niedriger, nicht sedierender Dosis wird bei einem Teil der Patienten eine gute Wirksamkeit erreicht.

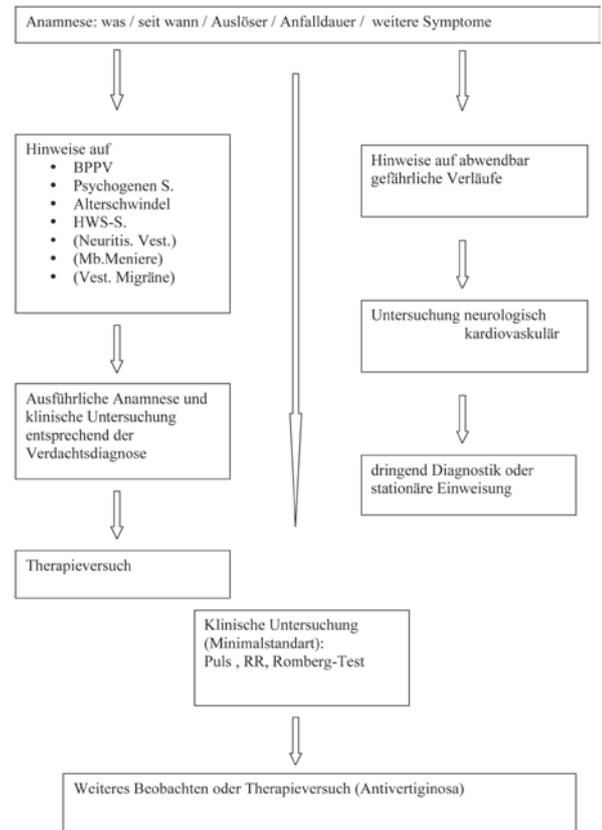
Zervikogener Schwindel

Diese Entität ist in der Literatur umstritten, es existiert keine allgemein akzeptierte Definition und Beschreibung dieses Krankheitsbildes. Andererseits macht der Erfolg manualtherapeutischer und chirotherapeutischer Behandlungen bei einem Teil der Patienten diese Diagnose wahrscheinlich. Die genaue Untersuchung der HWS hinsichtlich Funktionsstörungen einzelner Segmente bedarf der besonderen Fortbildung und überschreitet schnell den in der Sprechstunde verfügbaren Zeitrahmen. Daher kann hier nur die Empfehlung gegeben werden, bei Vorliegen eines HWS-Syndromes eine manualtherapeutische Behandlung über einen Physiotherapeuten oder eine fach-orthopädische Abklärung einzuleiten.

Praktisches Vorgehen

Im Folgenden soll ein möglicher Ablauf einer Konsultation beim Beratungsanlass Schwindel vorgeschlagen werden:

Zervikogener Schwindel



Die große Gruppe von Patienten, bei denen sich weder Hinweise auf die genannten vier Erkrankungen noch auf abwendbar gefährliche Verläufe ergeben, bedarf weiterer Beobachtung. Die Patienten sollten explizit zur Wiedervorstellung bei Beschwerdepersistenz oder neuen Symptomen aufgefordert werden. Hier kann ein symptomatischer Therapieversuch mittels Antivertiginosa (zum Beispiel Arlever 3 mal 1 bis 3 mal 2 Tabletten – zeitlich begrenzt!) unternommen werden. Ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis ist gleichermaßen Basis für „watchful waiting“ als auch die gegebenenfalls weitere Diagnostik und Therapie eines chronischen Schwindels.

Literaturverzeichnis beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Thomas Steger

Bästleinstraße 6

04347 Leipzig

thomas.steger@medizin.uni-halle.de

Der Arzt vor Gericht als Prozesspartei, Angeklagter und Gutachter

So lautete das diesjährige Thema des 40. Symposiums für Juristen und Ärzte der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin. In bewährter interdisziplinärer Weise haben Ärzte und Juristen für Juristen und Ärzte referiert und miteinander diskutiert.

Ärzte können in unterschiedlichster Weise Kontakt mit dem Gericht haben. Grundsatzreferate (Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz, Prof. Dr. med. Hans F. Kienzle) befassten sich mit den unterschiedlichsten Rechtsbeziehungen und bewerteten Sanktionen in diesen Bereichen durch ein und dasselbe Fehlverhalten eines Arztes. Die Unterschiede zwischen straf- und zivilrechtlicher Verantwortlichkeit oder auch öffentlich-rechtlicher Verfahren wurden erläutert. Aus ärztlicher Sicht wurden mögliche Gründe und Entwicklungen der unterschiedlichen Haftungsszenarien dargestellt. Herr Rechtsanwalt Dr. jur. Martin Stellpflug legte dar, in welchen Verfahren Ärzte als Kläger zu finden sind, wie sich anwaltliche Tätigkeit vor einer Klage darstellt, welche Motivationen für eine Klage in Betracht kommen und welche Schwierigkeiten und Kosten auf den ärztlichen Kläger bei den Zivilgerichten, Verwaltungsgerichten und Sozialgerichten zukommen. Der Vertragsarzt als Kläger vor den Sozialgerichten wurde aus erster Hand von Herrn Prof. Dr. jur. Ulrich Wenner in seiner Eigenschaft als Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht in Kassel beschrieben. Nach Erläuterung der möglichen Konfliktfelder zwischen Ärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Gremien wurde der Verfahrensablauf der Gerichtsverfahren unter besonderer Berück-

sichtigung des einstweiligen Rechtsschutzes erläutert. Ein zwischenzeitlich aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgestiegener Arzt (Dr. med. Wolfgang Mitlehner) berichtete über die alltäglichen Probleme eines niedergelassenen Arztes, eine angemessene Vergütung für seine Tätigkeit zu erzielen. Rechtsanwalt Dr. jur. Christoph Jansen hatte in seinem Referat besonders den Arzt vor dem Arbeitsgericht im Blickfeld. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten, der Instanzenzug und die Besonderheiten ärztlicher Kündigungsschutzprozesse waren Gegenstand seines Referates. Gerald Budde, Vorsitzender Richter am 20. Zivilsenat des Kammergerichts Berlin, maß in seinem Vortrag zur zivilrechtlichen Arzthaftung den unterschiedlichen Beweiskriterien hohe Bedeutung bei. Der Ablauf sowie die Prozessmaximen zivilrechtlicher Haftungsstreitigkeiten aus Sicht des Richters wurden dargestellt.

Die Anklagebänke, auf denen Ärzte sitzen, stehen nicht nur im Strafgericht. So beschrieb Herr Dr. Lorenz als Chefarzt einer Klinik, in der fehlerhafte Implantate zur Anwendung gelangt sind, wie mit professionellem Krisenmanagement, Risikoberatung und Verbesserung der Fehlerkultur im Falle einer von den Medien als „Skandal“ aufgebauchten Situation reagiert werden kann. Dr. jur. Philip Germann gab als Rechtsanwalt für die Fälle Hinweise, dass sich Ärzte strafrechtlichen Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft gegenüber sehen. Die Sprecherin der Staatsanwaltschaft Hannover, Frau Staatsanwältin Kathrin Söfker, berichtete aus ihrer Sicht über die Verfahren vor den Strafgerichten und deren Folgen. Die Arbeit der Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern wurde unter besonderer Berücksichtigung der Norddeutschen Schlichtungsstelle Hannover von Herrn Prof. Dr. med. Walter Schaffart-

zik beschrieben und der Erfolg der Arbeit der Gutachterstellen dargestellt. Die Rolle des ärztlichen Sachverständigen vor Gericht, seine Rechte und Pflichten und die Anforderungen an ärztliche Gutachten stellte Herr Dr. jur. Laum, Präsident des Oberlandesgerichts Köln a.D., vor. Als klassischer Patientenanwalt wies Rechtsanwalt Matthias Teichner auf die Bedeutung ärztlicher Gutachten in zivilrechtlichen Haftungsverfahren hin und beurteilte das Dauerproblem Kollegenschutz bei der Erstellung von Gutachten durch Ärzte über Ärzte. Wie Gutachten ordnungsgemäß erstellt werden, wie sie gegliedert werden sollten, inwieweit Leitlinien Berücksichtigung finden und wie grobe Behandlungsfehler einzuordnen sind, war Thema des Vortrages von Herrn Prof. Dr. med. Rüdiger Rauskolb. Aus der Sicht eines Haftpflichtversicherers wurde diese Thematik von Herrn Patrick Weidinger beleuchtet. Herr Prof. Dr. med. Peter Marx legte aus ärztlicher Sicht umfassend dar, was der Auftraggeber vom Gutachter erwarten darf, welche Anforderungen erfüllt sein müssen, was aber auch der Gutachter bei der Auftragsvergabe an Hilfestellung erwarten darf. So lautete sein Appell an die Auftraggeber: „Leiten Sie den Gutachter an, geben Sie ihm Hilfestellung für die relevanten Rechtsgrundlagen!“

Das Symposium zeigte, dass Ärzte mitunter vor erheblichen Problemen bei der fortschreitenden Verrechtlichung ärztlicher Tätigkeit stehen. Hier hilft die Annäherung an die jeweils andere Profession durch Respekt und Wissenserweiterung aber auch durch kritische Selbstüberprüfung des eigenen Rollenverständnisses bei der Interaktion untereinander.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Medizin & Glaube

Das Interesse an Heilungsprozessen, die nicht allein auf somatischer Ebene erklärt werden können, ist unverändert hoch. Dies zeigen auch die Besucherzahlen der Veranstaltungsreihe „Medizin & Glaube“ im März 2011. Zu allen vier Vorträgen, der von Sächsischer Landesärztekammer, KathedralForum und Deutschem Hygiene-Museum Dresden organisierten Reihe, waren jeweils zwischen 250 und 300 interessierte Zuhörer, darunter auch zahlreiche Ärzte, gekommen.

In der ersten Veranstaltung widmete sich Prof. Dr. med. Eckehard Frick, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Professor für Spiritual Care

an der Universität München, der Frage „Hat die Medizin die Seele verloren?“. Er näherte sich in seinem Vortrag dem Thema Seele und dem möglichen Bezug zur Medizin. Nach einem einleitenden Diskurs zur Begrifflichkeit und Bedeutung der Seele, verdeutlichte er das Gefühl des Fehlens oder Verlustes der Seele aus psychologischer und psychosomatischer Sicht. Seine folgenden Hinweise auf Zusammenhänge zwischen religiösen Bindungen einerseits und Gesundheitsmerkmalen andererseits endeten in einem Plädoyer dafür, in die ärztliche Behandlung auch Fragen der spirituellen Haltungen einfließen zu lassen. Als reale Umsetzung dieser Idee verwies er auf ein von ihm entwickeltes klinisches Interview zur Erfassung spiritueller



Dr. med. Friedemann Ficker

Überzeugungen und Bedürfnisse von Patienten.

„Medizin, Magie und Religion – Heilen in Afrika“ war das Thema des zweiten Veranstaltungsabends. Der Referent, Dr. med. Walter Bruchhausen vom Medizinhistorischen Institut der Universität Bonn, hat in Tansania selbst Feldforschung zu dieser Thematik betrieben. Er beobachtete insgesamt 80 Heiler, darunter vor allem Frauen. Heiler sind in Tansania neben den Ärzten anerkannte Persönlichkeiten und werden staatlich unterstützt. Im muslimisch geprägten Süden Tansanias können Frauen durch die Tätigkeit als Heiler eine wichtige Position im Patriarchat einnehmen. Die Kunst des Heilens wird jedoch nicht erlernt, sondern nach einer eigenen schweren Krankheit als „von Gott gegeben“ angesehen. Aufgesucht werden Heiler nicht nur bei physischen und psychischen Beschwerden oder bei Eheproblemen, sondern auch von Politikern, um vor Wahlen das Orakel sprechen zu lassen. Die Heiler treten mit dem Patienten in ein Zwiegespräch, zu meist in Trance, welche durch Singen oder Trommeln erreicht wird. Bei den Diagnosen werden nach Dr. Bruchhausen drei Erklärungen für die Ursachen der Beschwerden gegeben: Gott (natürlich), Menschen (Gewalt, Hexerei) oder Geister (Ahnen, Naturgeister, Teufel). Die oft gestellte Frage „Warum habe gerade ich diese Krankheit bekommen?“ wird nicht theologisch beantwortet, sondern damit: Ein böser Mensch (Nachbar, Verwandter) oder ein böser Geist haben das Leiden hervorgerufen. Das Zuschreiben von Erkrankungen zu bösen Menschen nimmt durch die



PD Dr. med. Walter Bruchhausen



Prof. Dr. med. Eckehard Frick

wachsenden ökonomischen Unterschiede und dadurch auftretenden Neid oder Missgunst in der Bevölkerung zu. Trotz der tiefen Verwurzelung des Heilens und der Heiler, stehen diese in keinem Konkurrenzverhältnis zu den naturwissenschaftlich tätigen Ärzten. Grenzen in der Behandlung werden ganz selbstverständlich eingehalten.

Der ehemalige ärztliche Direktor des Marienkrankenhauses Dresden, Dr. med. Friedemann Ficker, sprach zu dem Thema „Angst, Depression und Wahn: Religion und psychische Erkrankung“. Er stellte zuerst die unterschiedlichen Krankheitsbilder vor und verdeutlichte diese an Beispielen. So erfuhr der Zuhörer, dass neun Prozent der Deutschen unter Angststörungen leiden und wie diesen Ängsten mit kognitions- und emotionsbezogenen Bewältigungsstrategien oder Entspannungstechniken begegnet werden kann. Die drastische Zunahme an Depressionen wird unter anderem durch den Verlust traditioneller und religiöser Bindungen erklärt. Dr. Ficker führte aus, dass mittlerweile jeder fünfte Deutsche im Laufe seines Lebens an einer Depression leidet. Problematisch ist dabei häufig die richtige Diagnosestellung – nur in 60 bis 70 Prozent der Fälle würde eine Depression auch erkannt. Religion und Glaube können dabei sowohl Auslöser einer psychischen Erkrankung sein, als auch zur Bewältigung dieser beitragen. Dr. Ficker berichtete von Patienten, die bei der Suche nach Gott verzweifeln oder deren religiösen Vorstellungen wahnhaftige Züge annehmen. Anhand von Briefen und Bildern wurde dem Publikum die Perspektive der Patienten näher gebracht. Aufgrund des großen Interesses an der Thematik wird der Vortrag von Dr. Ficker am 11. April 2011 um 19 Uhr im Deutschen Hygiene Museum Dresden wiederholt.

Den Abschluss der Veranstaltungsreihe bildete der Vortrag von Prof. Dr. phil. Robert Jütte, Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung, zu der Frage „Alles nur Einbildung? Der Placeboeffekt“. Prof. Jütte berichtete, dass ein weiter Begriff des Placeboeffek-



Prof. Dr. phil. Robert Jütte



Fragen aus dem Publikum

tes sich nicht nur auf das Placebo-Medikament als solches erstreckt, sondern auch auf Reaktionen auf das Behandlungsumfeld, die Patienten- und Arzterwartungen und die Interaktion zwischen Arzt und Patient. Ergebnisse der internationalen Forschung haben gezeigt, dass teure Placebos signifikant besser wirken als billige Placebos. Zudem gibt es deutliche kulturelle Unterschiede bei deren Wirksamkeit. Obwohl der Placeboeffekt therapeutische Relevanz besitzt, konnten die dahinterliegenden Mechanismen bislang noch nicht abschließend geklärt werden. Der Effekt kann sowohl auf eine unbewusste Lernerfahrung als auch auf Erwartungen, Hoffnungen und Glauben zurückgeführt werden. Prof.

Jütte ging auch auf ethische und rechtliche Fragen der Gabe von Placebo oder der Durchführung von Scheinoperationen ein. Abschließend betonte er die große Relevanz der Arzt-Patienten-Interaktion. Eine empathische, auf den Patienten bezogene, Interaktion könne die Wirkung der „Droge Arzt“ vergrößern. Dieser Effekt dürfe vor allem in der täglichen Behandlungspraxis nicht unterschätzt werden. Ein ausführlicher Artikel von Prof. Jütte zum Placeboeffekt findet sich in der kommenden Ausgabe des *Ärzteblatt Sachsen*.

Patricia Grünberg M. A.
Martin Kandzia B. A.
Knut Köhler M. A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Dr. med. Ralf-Rainer Schmidt zum 65. Geburtstag

Am 17. März 2011 beging Herr Dr. med. Ralf-Rainer Schmidt, Bezirks-geschäftsstellenleiter der Bezirksge-schäftsstelle Leipzig der Kassenärzt-lichen Vereinigung Sachsen, seinen 65. Geburtstag, zu dem wir ganz herzlich gratulieren.

Ralf-Rainer Schmidt wurde 1946 in Leipzig geboren und verbrachte hier seine Kindheit und Jugend. Dem Bei-spiel seines Vaters folgend, Arzt zu werden, nahm er 1966 an der Uni-versität Leipzig das Studium der Humanmedizin auf, welches er 1972 abschloss. Nach erfolgreicher Weiter-bildung zum Facharzt für Allgemein-medizin wirkte er von 1976 bis 1984 als Leiter des Ambulatoriums im Leipziger Stadtteil Portitz.

Am 2. Juli 1984 übernahm Ralf-Rainer Schmidt dann die väterliche Praxis im Leipziger Nordosten und gehörte von da an der zu diesem Zeitpunkt seltenen „Spezies“ eines niedergelassenen Arztes an.

Als sich 1989 die „Wende“ vollzog, war für Herrn Schmidt sehr schnell klar, dass der Zeitpunkt zum Handeln gekommen war, die Belange der Ärzteschaft in die eigenen Hände zu nehmen. Als Gründungsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Sach-



sen stand er dabei von Beginn an bis heute mit in erster Reihe – von Juni 1990 zunächst als 1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Leipzig e.V., mit Gründung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen als Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Bezirksstelle Leipzig und seit Beginn des Jahres 2005 als Bezirksge-schäftsstellenleiter. Die berufspoliti-sche Tätigkeit innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung wurde neben seiner Tätigkeit als Hausarzt zu einem wichtigen und bedeutenden Bestandteil seines Handelns und Wirkens. Er ist seit 1991 ununterbrochen Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.

Ralf-Rainer Schmidt zeichnet sich durch weitsichtiges berufspolitisches Denken, eine gesunde Portion Prag-

matismus und hartnäckiges Durchsetzungsvermögen in der Sache aus. Er war und ist jederzeit ein gern gesehener Organisator und auch Gast berufspolitischer Veranstaltungen der Ärzteschaft. Nicht nur der großen Berufspolitik gilt sein Augenmerk, sondern auch der Pflege des Kontaktes zu den Kolleginnen und Kollegen an der Basis. Ihm eigen ist, dass er die Sorgen und Nöte der Kollegen nicht aus dem Blick verliert und für deren Probleme jederzeit ein „offenes Ohr“ hat.

Grundsatz des berufspolitischen Handelns von Herrn Dr. Ralf-Rainer Schmidt war und ist, sich besonders für den Erhalt der Geschlossenheit und das kollegiale Miteinander von Haus- und Fachärzten einzusetzen. Für seine Verdienste um die Ärzteschaft Sachsens wurde Herr Dr. Schmidt 2008 mit der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ ausgezeichnet.

Lieber Herr Kollege Schmidt, lieber Ralf-Rainer! Seit nunmehr 50 Jahren kreuzen sich unsere Wege in immer enger Verbundenheit. An dieser Stelle sei Dir Dank gesagt für Dein unermüdliches Engagement in Beruf und Ehrenamt. Wir wünschen Dir für viele weitere Jahre Gesundheit und Glück, damit alle Deine noch offenen Wünsche in Erfüllung gehen.

Dr. med. Claus Vogel, Leipzig

Unsere Jubilare im Mai 2011 – wir gratulieren!

60 Jahre

- | | | | | | |
|--------|---|--------|---|--------|---|
| 01.05. | Oesterreich, Dieter
08491 Netzschkau | 05.05. | Dipl.-Med. Friedrich, Gabriele
09471 Königswalde | 09.05. | Eydeman, Nina
04299 Leipzig |
| 01.05. | Dr. med.
Schuster, Hans-Jürgen
08547 Jössnitz | 05.05. | Dipl.-Med.
Morgenstern, Rosemarie
08112 Wilkau-Haßlau | 09.05. | Dr. med. Hantusch, Alojs
02625 Bautzen |
| 01.05. | Dr. med. habil.
Voigt, Theresa
04229 Leipzig | 05.05. | Dr. med.
Niederstrasser, Wolfgang
09116 Chemnitz | 10.05. | Dipl.-Med. Klamm, Joachim
01591 Riesa |
| 03.05. | Dipl.-Med. Rudolph, Sigrun
09573 Augustusburg | 06.05. | Dipl.-Med. Scheitz, Karin
08064 Zwickau | 10.05. | Prof. Dr. med. habil.
Klingelhöfer, Jürgen
09125 Chemnitz |
| 03.05. | Ulle, Gudrun
09113 Chemnitz | 06.05. | Dr. med. Tetzlaff, Wilfried
01237 Dresden | 11.05. | Dr. med. Heydel, Gerlinde
08301 Schlema |
| | | 07.05. | Dr. med. Dassow, Hannelore
04316 Leipzig | 11.05. | Dipl.-Med. Klarner, Bernd
08648 Bad Brambach |
| | | 07.05. | Dipl.-Med. Raum, Doris
01594 Riesa-Nickritz | 14.05. | Priv.-Doz. Dr. med.
Brockmann, Bernd
08280 Aue |
| | | 08.05. | Prof. Dr. med. habil.
Fauler, Joachim
01099 Dresden | 14.05. | Dr. med. Grzegorek, Rudolf
02826 Görlitz |

- 15.05. Dr. med. Becker-Pohl, Kerstin
09131 Chemnitz
- 15.05. Dipl.-Med. Böhm, Angelika
01705 Freital
- 15.05. Dr. med. Erler, Michael
06120 Lieskau
- 16.05. Dr. med. Buhl, Eckart
02779 Großschönau
- 16.05. Dr. med. Schnering, Gabriele
02979 Hoyerswerda
- 16.05. Dipl.-Med. Wendt, Heinz
04107 Leipzig
- 18.05. Dr. med. Adler, Frank
01705 Freital-Kleinnaundorf
- 19.05. Dr. med. Jähnig, Mathias
09127 Chemnitz
- 20.05. Dipl.-Med. Götze, Gabriele
02977 Hoyerswerda
- 20.05. Dipl.-Med. Kupka, Jutta
04347 Leipzig
- 21.05. Dipl.-Med. Wolf, Ulrich
08468 Reichenbach
- 21.05. Zill, Waltraud
01796 Pirna
- 22.05. Franke, Steffi
08412 Königswalde
- 22.05. Dr. med. Knopke, Ingrid
08393 Meerane
- 23.05. Dr. med. Drechsler, Gerd
01589 Riesa
- 23.05. Dr. med. Tautenhahn,
Hans-Christian
01809 Dohna
- 24.05. Dr. med.
Beckert-Oehler, Petra
08289 Schneeberg
- 26.05. Dr. med.
Hochmuth, Christian
08064 Zwickau
- 28.05. Dr. med. Storch, Hans
01324 Dresden
- 30.05. Dr. med. Nichterlein, Beate
01728 Babisnau
- 65 Jahre**
- 03.05. Jähnichen, Eva-Maria
01454 Radeberg
- 04.05. dr. med. Glanz, Janos
02977 Hoyerswerda
- 04.05. Doz. Dr. med. habil.
Schuster, Rolf
01445 Radebeul
- 05.05. Dr. med. Conti, Regina
04651 Bad Lausick
- 05.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Rink, Christoph
08301 Bad Schlema
- 06.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Schmidt, Heiner
01723 Wilsdruff
- 22.05. Dr. med. Seydlitz, Lutz
04155 Leipzig
- 27.05. Dipl.-Med. Hager, Eva
04289 Leipzig
- 29.05. Dipl.-Med.
Fiedler, Christina
04416 Markkleeberg
- 31.05. Dr. med. Neumann, Sibylle
04329 Leipzig
- 31.05. Dr. med. Wagner, Hannelore
09599 Freiberg
- 70 Jahre**
- 01.05. Drozd, Gerda
04179 Leipzig
- 01.05. Dr. med. Ischt, Eva
08328 Stützengrün
- 02.05. Dr. med. Schober, Ekkehard
04860 Süptitz
- 02.05. Dipl.-Med. Zochert, Gerd
04105 Leipzig
- 03.05. Dr. med. Takev, Brigitte
09599 Freiberg
- 04.05. Conrad, Ludwig
04643 Frankenhain
- 04.05. Dr. med. Klemm, Sigrid
01324 Dresden
- 05.05. Dr. med. Kohlschmidt, Bärbel
02994 Bernsdorf
- 05.05. Dr. med. Vogt, Klaus
09661 Hainichen
- 05.05. Dr. med. Weise, Roland
04279 Leipzig
- 06.05. Dr. med. Pohl, Hannelore
04275 Leipzig
- 09.05. Dr. med. Hempel, Heidemarie
08134 Wildenfels
- 09.05. Schreiber, Angelika
04821 Waldsteinberg
- 10.05. Dr. med. Brückner, Daghild
08228 Rodewisch
- 10.05. Dr. Schoch, Dimitrina
01326 Dresden
- 11.05. Dr. med. Eckel, Frieder
02763 Bertsdorf
- 11.05. Dr. med. Heß, Gisela
04416 Markkleeberg
- 11.05. Dr. med. Völkl, Christina
09232 Hartmannsdorf
- 12.05. Dr. med. Bloßfeld, Volker
01097 Dresden
- 12.05. Dr. med. Clar, Ursula
04347 Leipzig
- 12.05. Franck, Volker
01855 Sebnitz
- 12.05. Dr. med. Herrmann, Gert
01097 Dresden
- 13.05. Dr. med. Stein, Manfred
04279 Leipzig
- 13.05. Dr. med. Wetzstein, Eckhard
01279 Dresden
- 14.05. Dr. med. Rothe, Ute
01737 Oberhermsdorf
- 14.05. Dr. med. Schubert, Klaus
01445 Radebeul
- 15.05. Dr. med. Matzig, Barbara
09128 Chemnitz
- 16.05. Zenker, Brigitte
01904 Steinigtwolmsdorf
- 17.05. Dr. med.
Nestler-Wutzig, Brigitte
04249 Leipzig
- 17.05. Dr. med. Picsek, Adolf
02730 Ebersbach-
Neugersdorf
- 17.05. Dr. med. Unger, Christl
01187 Dresden
- 18.05. Dr. med. Oldenburg, Fritz
01187 Dresden
- 19.05. Dr. med. Friedrich, Monika
04289 Leipzig
- 19.05. Dr. med. Schindler, Rita
01833 Stolpen
- 19.05. Trautmann, Ute
08468 Reichenbach
- 19.05. Dr. med. Zieger, Bernd
01796 Pirna
- 21.05. Horn, Helga
09648 Mittweida
- 23.05. Dr. med. Bartzsch, Antje
01468 Reichenberg
- 24.05. Dr. med. Diebel, Gerlinde
04157 Leipzig
- 25.05. Dr. med. Dimter, Erika
04451 Panitzsch
- 27.05. Gärtner, Dieter
02747 Herrnhut
- 28.05. Dr. med. Lempert-
Tucharaktschiewa, Christa
09111 Chemnitz
- 29.05. Dr. med. Troll, Klaus
09122 Chemnitz
- 30.05. Dr. med. Müller, Frank
09128 Kleinollbersdorf-
Altenhain
- 31.05. Dr. med. Hochmuth, Walter
08328 Stützengrün
- 31.05. Dr. med. Horn, Annemarie
01326 Dresden
- 75 Jahre**
- 01.05. Dr. med. Helbig, Brigitte
04277 Leipzig
- 01.05. Dr. med. Hengst, Roland
09577 Braunsdorf
- 01.05. Dr. med. habil.
Kammel, Horst
02694 Malschwitz
- 01.05. Sänger, Christa
01309 Dresden
- 01.05. Dr. med.
Steinhöfel, Hildegard
09130 Chemnitz
- 02.05. Dr. med. Schedel, Friedhold
04509 Delitzsch
- 03.05. Dr. med.
Schweigert, Christoph
08280 Aue

04.05. Dr. med. Schlünz, Gisela
09456 Annaberg-Buchholz
07.05. Dr. med. Hartung, Ingrid
04318 Leipzig
07.05. Dr. med.
Köhler, Hans-Heinrich
08064 Zwickau
10.05. Klosterknecht, Sigrid
09423 Gelenau
10.05. Dr. med.
Koitschew, Charlotte
01309 Dresden
11.05. Pankow, Ruth
02977 Hoyerswerda
11.05. Dr. med. Schmidt, Christine
09130 Chemnitz
14.05. Dr. med. Müller, Dieter
08209 Auerbach
15.05. Dr. med. Börnig, Christine
01705 Freital
15.05. Dr. med. Bredemeyer, Inge
01187 Dresden
17.05. Prof. Dr. med. habil.
Haupt, Rolf
04129 Leipzig
17.05. Dr. med. Scholz, Adolf
01900 Kleinröhrsdorf
17.05. Dr. med. Steinert, Sabine
04779 Wernsdorf
18.05. Dr. med. Körner, Lothar
08112 Wilkau-Haßlau
18.05. Prof. Dr. sc. med. Müller, Erich
01069 Dresden
20.05. Böhm, Ingrid
04357 Leipzig
20.05. Dr. med. Heinecke, Maria
01796 Pirna
20.05. Weise, Dieter
09366 Stollberg
21.05. Hohlfeld, Ludwig
02730 Ebersbach-
Neugersdorf
24.05. Dr. med. Hesse, Irmgard
01277 Dresden
24.05. Dr. med. Röber, Wolfgang
09212 Limbach-Oberfrohna
25.05. Prof. Dr. med. habil.
Jaroß, Werner
01734 Rabenau
28.05. Dr. med. Wulfmeyer, Albrecht
09579 Borstendorf
30.05. Dr. med. Friedrich, Jochen
01108 Dresden

80 Jahre

01.05. Dr. med. Kluttig, Günther
02779 Hainewalde
06.05. Stopat, Wilfried
09573 Leubsdorf
09.05. Dr. med. Stein, Ursula
01187 Dresden
25.05. Dr. med. Taraben, Abdulnur
04317 Leipzig

04.05. Dr. med. Wachtler, Irmtraut
01662 Meißen
06.05. Dr. med. Brock, Hans
04860 Torgau
06.05. Rudel, Anna-Marie
04289 Leipzig
08.05. Priv.-Doz. Dr. med. Rehe, Rolf
01445 Radebeul
10.05. Dr. med. Schilling, Horst
01589 Riesa
12.05. Dr. med. Kottwitz, Hans
04317 Leipzig
16.05. Dr. med. Jehring, Renate
01326 Dresden
20.05. Dr. med. Nitzschke, Rudolf
01217 Dresden
24.05. Dr. med. Melzer, Liselott
09306 Stollsdorf
24.05. Streller, Horst
01109 Dresden
29.05. Dr. med. Dr. med. dent.
Schneider, Alfred
02625 Bautzen

82 Jahre

08.05. Dr. med.
Lehmann, Lienhard
01468 Moritzburg/Boxdorf
08.05. Dr. med. Müller, Peter
01309 Dresden
08.05. Dr. med. Spreer, Ferdinand
04668 Großbothen
14.05. Dr. med. Dieckmann, Barbara
04299 Leipzig
15.05. Dr. med. Sonnenkalb, Edda
01324 Dresden
16.05. Dr. med. Schröter, Klaus
09131 Chemnitz
25.05. Dr. med. Geikler, Marianne
04129 Leipzig

83 Jahre

10.05. Doz. Dr. med. habil.
Strobel, Hardy
04416 Markkleeberg
11.05. Dr. med. dent.
Majunke, Hannelore
08396 Waldenburg
30.05. Dr. med. Krabisch, Ruth
09217 Burgstädt
31.05. Dr. med. Focker, Karl
01217 Dresden

84 Jahre

03.05. Dr. med. Wiesner, Waltraut
01324 Dresden
12.05. Dr. med. Aust, Margot
01157 Dresden
12.05. Dr. med. Klemm, Kurt
08371 Glauchau

19.05. Dr. med.
Rothermundt, Annemarie
01705 Freital
29.05. Dr. med. Schietzelt, Heinz
01279 Dresden

85 Jahre

02.05. Prof. Dr. med. habil.
Fleißner, Horst
04299 Leipzig
21.05. Prof. Dr. med. habil.
Schmidt, Helga
04279 Leipzig

86 Jahre

08.05. Prof. em. Dr. med. habil.
Walther, Heinz
04317 Leipzig
24.05. Dr. med. Burkhardt, Edith
09122 Chemnitz

87 Jahre

07.05. Dr. med. Arendt, Maja
04109 Leipzig
19.05. Dr. med.
Tischer, Hans-Christian
02943 Weißwasser
30.05. Dr. med. Halaris, Hildegard
02826 Görlitz

88 Jahre

05.05. Dr. med. Görner, Liselotte
01809 Dohna
22.05. Lossnitzer, Gerhard
09116 Chemnitz
30.05. Dr. med. habil.
Popp, Wolfgang
09130 Chemnitz

89 Jahre

10.05. Dr. med. Jahr, Klaus
01662 Meißen
16.05. Dr. med. Dippmann, Alfred
04420 Markranstädt
20.05. Dr. med. Rangs, Erika
08685 Bad Elster

90 Jahre

14.05. Dr. med. Seyffarth, Annemarie
01796 Pirna
15.05. Dr. med. Roßberg, Christa
09648 Mittweida

92 Jahre

04.05. Dr. med. Viererbl, Adda
01326 Dresden
09.05. Dr. med. Schumann, Adelheid
04808 Dornreichenbach
23.05. Dr. med. Mährlein, Wolfgang
09366 Stollberg

Karl Stülpner

Zur Katarakt-Operation beim erzgebirgischen Wildschützen Karl Stülpner (1762 bis 1841)

Wer war Karl Stülpner, geboren als achttes Kind eines Tagelöhners am 30. September 1762 im sogenannten Gänsewinkel unterhalb der Burg Scharfenstein im gleichnamigen Ort an der Zschopau? Die Aussagen im Volksmund konkretisieren ihn heute als einen „Sohn unserer Wälder“ (15). Dabei war er nicht nur ein treffsicherer Wilddieb, sondern auch Soldat, Deserteur, Schmuggler in Sachsen und Gastwirt in Böhmen. Folgt man den über ihn bekannten Legenden war er auch ein Rebell, Idol und als Beschützer der Armen ein Volksheld, zugleich aber auch ein Lebenskünstler. Durch seine von ihm selbst erzählten Fabelgeschichten gilt er als legendenumwoben und zum Teil umstritten, was ihm auch den Beinamen „Robin Hood des Erzgebirges“ einbrachte. Sein facettenreiches

Leben regte zu zahlreichen Büchern, Theaterstücken, Hörspielen und Verfilmungen an (4, 13). Seine vier Desertionen entsprachen nicht immer der militärhistorischen Realität (14). Stülpner war aber Analphabet, jedoch aus heutiger Sicht ein Meister der Selbstvermarktung.

Im Jahre 1835 erschien, in Annaberg gedruckt, aber in Zschopau verlegt, von Carl Heinrich Wilhelm Schönberg (12) das biografische Buch „Carl Stülpners merkwürdiges Leben und Abenteuer als Wildschütz im sächsischen Hochgebirge... – von ihm selbst der Wahrheit treu mitgeteilt...“.

Dieses Büchlein von Schönberg enthält auf den Seiten 122 bis 123 einige Zeilen zur Augenkrankheit von Stülpner, die bis 2009 medizinisch noch nicht untersucht und nachgewiesen worden ist (5).

Sewart (13) berichtete, dass Stülpner in seinen späten Wanderjahren die Erblindung drohte. Ab 1825 wurde seine Sehkraft schwächer, er trug einen Blendschirm. Durch die Erkrankung am grauen Star tappte er ab 1828 halbblind herum. Schönberg (12) schrieb: „Stülpner blieb bis zum Jahre 1828 noch in Böhmen, wo ihn das große Unglück traf, durch den Star ganz zu erblinden. In dieser für ihn höchst traurigen Lage brachte er bis 1831 zu, wo er sich in Mittweida bei dem nun verstorbenen Stadtrichter Seyfarth der Operation unterwarf, aber nur auf dem linken Auge wieder seine Sehkraft erlangt hat *).“ Nun schien es nach 175 Jahren dem Autor verlockend, die Angaben von Schönberg auf ihren Wahrheitsgehalt zu prüfen. Im Folgenden wird über Recherchen in Chroniken, Kirchenbüchern und Archivalien des damaligen Königreiches Sachsen berichtet. Christoph Gotthold Seyffert (*6.4.1772 †6.9.1831) wurde in Heidersdorf bei Sayda als Sohn eines Eigentumsmüllers und Weißbäckers geboren (3). In der Stadtchronik zu Mittweida von A. C. Kretzschmar aus dem Jahre 1841 (10) wird berichtet, dass sich Seyffert – Schreibweise auch: Seyfarth, Seiffert und Seiffert

– seit 1792 über 39 Jahre in Mittweida aufhielt. In der mittelsächsischen Stadt war er 16 Jahre im Ratskollegium, drei als Senator, drei Jahre als Kämmerer und zehn Jahre als Stadtrichter tätig.

Weiter heißt es in dieser Chronik: „Seyffert hat als ausübender Arzt und Stadtwundarzt glückliche Curen gemacht, insbesondere in der Chirurgie, Entbindungskunst und durch Operationen.“ Eine Wundarztlehre oder ein Medizinstudium von Seyffert sind nicht bekannt.

Dagegen fand sich im Stadtarchiv zu Mittweida, dem ehemaligen Stadtgefängnis, wo auch der Schriftsteller Karl May im März/April 1870 zwei Monate einsaß (!), in einer Acta judicialia, 29. Blatt, aus dem Jahre 1823 das Gesuch des Stadt-Wundarztes und Stadt-Richters Ch. G. Seyffert um allerhöchste Erlaubnis pro praxi medica examinieren zu lassen, mit Befürwortung des damaligen Stadtphysikus Dr. Christian August Fürchtegott Graupner vom 18.7.1823 (1). In dieser Akte befindet sich dazu eine verspätete Zustimmung des Justizamtes Rochlitz. Patienten aus der Stadt und weiter Entfernung bedienten sich Seyffert's ärztlicher Hilfe. Seyffert war recht vermögend und vermachte zu Lebzeiten der Stadt Mittweida ein Legat von 275 Talern, das entspricht heute 5.500 Euro (10). Er kaufte 14 Monate vor seinem Tode einen Weinberg samt Zubehör in Hoflößnitz/Kötzschenbroda, dem heutigen Radebeul. Der Kaufvertrag von 1830 ist im Sächsischen Hauptstaatsarchiv Dresden vorhanden (6). In dieser Zeit war es unter wohlhabenden sächsischen Ärzten und Professoren ein guter Brauch, sich zwischen Dresden und Meißen einen Weinberg als Alterssitz zu kaufen. Anhand seiner Todesursache möchte man annehmen, dass Seyffert dem Weingenuss recht zugetan war.

In Hoflößnitz verstarb auch 1837 seine Witwe im 77. Jahr. Sie hinterließ ein Vermögen von 8.700 Talern (2). Laut Kirchenbuch der evangelisch-lutherischen Kirche „Unser Lieben Frauen“ von Mittweida (8) starb



Abbildung 1: Bildnis von Karl Stülpner mit Starbrille im 72. Lebensjahr (Mit freundlicher Genehmigung der Burg Scharfenstein)

Seyffert 1831 mit 59 Jahren und fünf Monaten an einer Leberverhärtung. Ein Bildnis von ihm ist nicht auffindbar. Wo aber hat der Wundarzt Seyffert seine Patienten operiert? In der Kircheninspektionsakte von 1835 im Stadtarchiv zu Mittweida betreffs Witwe Seyffert findet man folgende Adresse: „...am Brühl gelegenes Wohnhaus nebst Gärtchen... 30.12.1831“ (9).

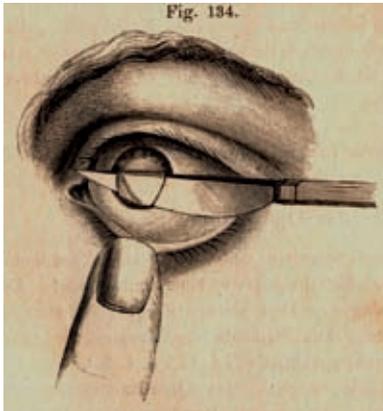


Abbildung 2a: Starschnitt nach unten

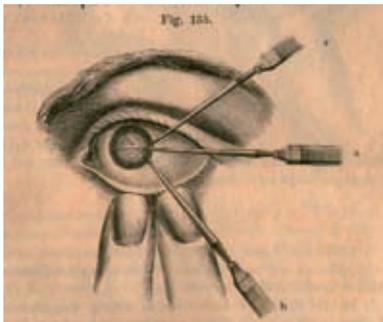


Abbildung 2b: Kapsulotomie



2c: Expression des Linsenkernes (Aus Ruete: Lehrbuch der Ophthalmologie, 1855. Im Besitz des Autors)

Abbildungen 2a – c: Sequenzen der Cataract-Operation um 1830

In den ersten acht Monaten 1831 muss wohl die Katarakt-Operation bei Stülpner in Mittweida stattgefunden haben, nach zeitgenössischen Berichten erlangte er nur am linken Auge die Sehkraft zurück (Abb. 1). Obwohl die Mittel von 25 Talern (entsprechend 500 Euro) für die beiderseitige Operation durch einen Sponsor und Stülpners Familie bereitgestellt wurden, erhebt sich für die Nachwelt die brennende Frage: Wurde rechts die Operation gar nicht durchgeführt? Oder misslang sie? Reichte etwa die Geldsumme nur für ein Auge? Es wird vermutet, dass durch den langen Fußmarsch (mindestens zwei Tage) von Scharfenstein nach Mittweida der blinde Stülpner mit seinem Troß die Hälfte des Geldes „durchbrachte“ (13), im Volksmund: „versoffen hatte...“.

Zu dieser letzteren Vermutung würde auch passen, dass der Sponsor Christian Friedrich Preißler, aus Zöblitz stammend, als Destillateur im Burgundt'schen Vorwerk vor dem Zschopauer Tor in Marienberg einen Bier- und Branntwein-Ausschank betrieb (7) und Stülpner dort öfters ein durstiger Gast war. Stülpner und Preißler als Gastwirte waren also „Berufskollegen“.

Zum Ablauf der Katarakt-Operation selbst kann man heute sagen, dass diese extracapsulär mit einem Starschnitt nach unten, der folgenden Eröffnung der vorderen Linsenkapsel mit dem Zystotom, dem Herausdrücken des Linsenkerns und der anschließenden Entfernung von Rindenresten aus dem Kapselsack und der vorderen Augenkammer mit einem kleinen Löffel erfolgte. 1831 gab es weder eine lokale noch allgemeine Anästhesie, auch keine Desinfektion. Man benötigte drei Instrumente: ein Starmesser, ein Zystotom und einen sogenannten Löffel (Abb. 2 a bis c).

Diese *extractio cataractae* ist im Lehrbuch der Ophthalmologie von Christian Georg Theodor Ruete (1810 bis 1867), dem ersten Lehrstuhlinhaber für Augenheilkunde an der Universi-

tät Leipzig, erschienen allerdings erst 1855, präzise angegeben (11). Seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts gehörte diese Methode zum soliden Handwerk der Okulisten und Wundärzte. Der Wundarzt Seyffert könnte sich die Technik der Star-Operation durch Hospitation in Dresden oder Leipzig angeeignet haben. Sollte er ein Rechtshänder gewesen sein, so wurde früher ohnehin das linke Auge wegen der besseren Händigkeit zuerst operiert, wie im Falle Stülpner. Das rechte Auge erforderte den Starschnitt und weitere Manipulationen mit der linken Hand, da der Operateur direkt vor dem Patienten saß. So wurde am sitzenden Patienten in dessen Wohnung oder in derjenigen des Operateurs fensternah bei gutem Tageslicht operiert.

Von einem Brillenhändler erhielt dann der aphake Patient eine sogenannte Starbrille mit starken Plus- oder Konvexgläsern (Abb. 1) für das Sehen in der Ferne. Augenoptiker gab es damals noch keine. Stülpner verstarb völlig verarmt und entkräftet am 24.9.1841 unweit seines Geburtshauses im Gänsewinkel des Ortes Scharfenstein. Seine Grabstätte befindet sich auf dem Friedhof im erzgebirgischen Großolbersdorf. Eine wertvolle Dauerausstellung auf der mittelalterlichen Burg Scharfenstein, wo auch 2009 ein wissenschaftliches Symposium zu Ehren von Karl Stülpner stattfand, ist dem Leben und dem Umfeld des Volkshelden gewidmet.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Manfred Jähne, FEBO
Klinik für Augenheilkunde
Klinikum Chemnitz gGmbH
Flemmingstraße 2
09116 Chemnitz

Unter *) werden in einer Fußnote der Sponsor dieser Operation, „ein edler Menschenfreund, nämlich Herr Preußler aus Marienberg“, und die Kosten von 25 Talern genannt und von Stülpner dafür aufrichtig gedankt (12).

Ostern 2011

Endlich ist es wieder soweit und es stehen die Osterfeiertage bevor. Eine kurze, aber willkommene Zeit der Entspannung erwartet uns.

Das Osterfest ist neben dem Pfingstfest das älteste und wichtigste Fest der Christen.

Die Wurzeln des Festes sind im jüdischen Passah-Fest zu finden. Das Wort Ostern leitet sich vom indogermanischen Wort Morgenröte ab. Mit dem Morgen am Ostersonntag beginnt also die Osterzeit und sie endet nach fünfzig Tagen zum Pfingstfest.

Das Datum des Osterfestes wird für den Ostersonntag im christlichen Jahreskreis bestimmt und das Fest gehört im Gegensatz zum Weihnachtstag zu den beweglichen Festen. Zum ersten Konzil von Nicäa, im Jahre 325, wurde eine einheitliche Regelung für den Feiertagstermin festgelegt. Der Ostersonntag wird demzufolge am ersten Sonntag nach dem ersten Vollmond nach dem Frühlingsanfang gefeiert. Somit liegt das Osterdatum zwischen dem 22. März und dem 25. April. Es ist das religiöse Fest der Auferstehung Christi. In der christlichen Tradition steht der Tod nicht für das Ende, sondern vielmehr für den Beginn neuen Lebens.

Der Algorithmus zur Berechnung des Osterdatums ist immer gleich. Er wurde aber erst von Carl Friedrich Gauß (1777 bis 1855), einem deutschen Mathematiker, als Gaußsche Osterformel – einem Satz von Gleichungen – im Jahre 1800, korrigiert im Jahre 1816, formuliert. Im Jahre 2011 feiern wir das Osterfest am 24. und 25. April.

Die meisten Sprachen kennzeichnen Ostern mit einer Ableitung des aramäischen Wortes „pascha“. Im Hebräischen heißt es „pessach“. Die Italiener sagen „pasqua“, die Spanier „pascua“, die Franzosen „paques“, die Dänen „pasker“ und die Niederländer „pasen“. Bei den Deutschen wird der Begriff „Ostern“ gebraucht, ähnlich wie bei den Engländern „eas-



Foto: Berthold, Dresden

ter“. Gemäß dem Herkunftswörterbuch von Duden leitet sich das deutsche Wort vom Altgermanischen „austro – Morgenröte“ ab. Im slawischen Sprachbereich steht hinter dem Wort Ostern der Begriff „Große Nacht“, also im Polnischen „wielkanoc“ und im Tschechischen „velikonoce“.

Im Laufe der Jahrhunderte haben sich mit dem Fest unterschiedliche Bräuche und Traditionen entwickelt. Allerdings sind viele dieser Bräuche außerchristlicher, also eher heidnischer Herkunft.

In den zurückliegenden Jahren wurde an dieser Stelle viel über deutsche Osterbräuche – so die Osterhasen, die Ostereier, das Osterfeuer, das Osteressen, das Ostergebäck, die Osterkerze und so weiter, berichtet. Nunmehr ist es von Interesse zu erfahren, wie unsere europäischen Nachbarn und andere Nationen dieses Fest begehen.

In den deutschsprachigen Ländern **Österreich** und der **Schweiz**, aber auch in den **Niederlanden** und **Luxemburg** suchen die Kinder die verborgenen und buntbemalten Ostereier und andere Süßigkeiten, die vom Osterhasen versteckt werden. In den Niederlanden heißt der Osterhase „Pasenhaas“ und er trägt das „Paasei“ mit sich. Hier sind die Traditionen und Bräuche ähnlich den

Unsrigen. In Österreich gibt es auch wie in Deutschland die fröhlichen Osterbräuche rund um Hase und Ei. Die Ostermesse, das Eierschieben und die Osterkerze gehören ebenso wie leckeres Essen zum Ostersonntag zur Tradition. Ostern in der Schweiz ist vor allem mit Eiern und Schokoladenprodukten in Verbindung zu bringen. Auch die Schokoladenherstellung gehört bekanntermaßen zur schweizerischen Tradition, und das nicht nur zu Ostern. In einigen Dörfern, beispielsweise im Kanton Wallis, gehören das Verteilen von Wein, Brot und Käse zum österlichen Brauchtum.

In den deutschsprachigen Regionen Europas ist zudem die christliche Tradition mit dem Kirchenbesuch und dem Gottesdienst ein wesentlicher Bestandteil des Festes.

Allerdings rückt in einer Zeit, in der sich weit weniger Menschen zum Glauben bekennen, der eigentliche Ursprung des Festes etwas in den Hintergrund, denn den meisten Menschen sind doch die arbeitsfreien Tage wie Karfreitag und Ostermontag wegen des verlängerten arbeitsfreien Wochenendes mit Reisemöglichkeiten wichtiger geworden.

Bei unseren Nachbarn in **Polen** und **Tschechien** nimmt insbesondere durch den katholischen Glauben das Osterfest auch eine besondere Stel-

lung ein und der Besuch der Messe hat einen höheren Stellenwert. In Polen beispielsweise wird am Ostersonntag ein Korb mit bunten Eiern, Brot, Kuchen, Salz und weißen Würsten gefüllt. Dieser Korb wird am Ostersonntag in die Kirche gebracht und gesegnet.

Die Speisensegnung zu Ostern hat auch in anderen europäischen Ländern eine lange Tradition. So werden auch in **Griechenland**, in **Bulgarien** und im ehemaligen **Jugoslawien** hartgekochte Eier, schön bemalt, gesegnet. Auch in **Russland** ist es üblich, neben den Ostereiern traditionelle Speisen am Karfreitag weihen zu lassen.

In **Bulgarien** ist das Backen von Osterbrot eine weit verbreitete Tradition. Die Zutaten bestehen aus Eiern, Mehl, Zucker und Obst. Das Brot wird von ledigen Mädchen gebacken und verteilt.

In **Frankreich** schweigen die Kirchenglocken von Gründonnerstag bis Ostersonntag im ganzen Land und es herrscht Stille. In dieser Zeit wird um den Tod Jesu getrauert. Erst am Ostersonntag läuten die Glocken wieder. Die Kinder halten dann Ausschau nach einer mit Eiern gefüllten Kutsche. Die Suche nach den versteckten Süßigkeiten findet in Frankreich aber erst am Ostermontag statt.

In **Italien** findet am Karfreitag vielerorts eine Prozession statt. Das Kreuz Jesu wird dann schweigend durch die Straßen getragen. Die Auferstehung feiert man traditionell am zweiten Feiertag mit der Familie und einem Picknick. Als Hauptspeise wird die „Torta di Pasquetta“ gereicht.

Am Ostersonntag geht man in **Spanien** in die Kirche. Jungen und Mädchen tragen Palmwedel teilweise mit Süßigkeiten verziert. Diese Wedel werden dann vom Priester gesegnet.

In **England** kennt man auch die Tradition des Eierrollens und mit Weidenkätzchenzweigen berührt man sich gegenseitig. Dies soll Glück im Jahreslauf bringen. Das Osterfest feiert man im Vereinigten Königreich ähnlich wie in Deutschland. Der Ostersonntag ist auch hier der eigentliche Feiertag. Man isst zum Beispiel gewürzte Brötchen, die sogenannten „hot cross buns“. Der Osterhase ist allerdings ein Kaninchen und heißt „easter bunny“ und versteckt die Eier für die Kinder.

In **Dänemark** heißt Ostern „paske“. Das Fest hat auch hier die gleiche religiöse Stellung wie in anderen und den deutschsprachigen Ländern. In Dänemark wird das Osterfest meist für einen kurzen Urlaub genutzt. Zu den Ostertagen wird hier das Haus beziehungsweise die Wohnung ähnlich wie in Deutschland mit frischem Grün und Blumen geschmückt. Auch bunt bemalte Eier werden als Schmuck verwendet.

Hochburgen kunstvoller Eierbemalung und Verzierung sind allerdings **Polen**, **Tschechien**, die **Slowakei** sowie das **sorbigsprachige Gebiet** um den Spreewald und die Lausitz. Zur Bemalung werden lebensmittelverträgliche Farben sowie Wachse verwendet. Ornamente und andere Verzierungen werden kunstvoll in mühevoller Kleinarbeit aufgetragen.

In **Schweden** werden Birkenzweige als Osterschmuck verwendet und mit dem Osterfeuer werden die bösen Geister vertrieben. Auch für die Kinder werden Süßigkeiten bereitgehalten.

In **Ungarn** und **Rumänien**, ebenso in Tschechien und in der Slowakei, wird am Ostermontag Osterwasser versprüht. In Ungarn wird dazu auch oft Parfüm verwendet. Gemäß Überlieferung dient dies der Erhaltung der Schönheit der Frauen und Mädchen. Selbstverständlich werden auch hier

Süßigkeiten an die Kinder verteilt.

Wie wir sehen, sind die Osterbräuche in Europa vielseitig und sie haben teilweise eine sehr lange Tradition. In der jüngeren Vergangenheit sind auch die Ostermärsche in Deutschland und in Europa zur Tradition geworden. Diese Märsche zu Ostern sind politische Aktionen der Friedensbewegung, ausgehend von den fünfziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Diese wurden insbesondere durch britische Atomwaffengegner ins Leben gerufen.

In den **USA** wird zum Osterfest die traditionelle „easter parade“ auf der 5th Avenue in New York durchgeführt. Die Menschen verkleiden sich als Hasen oder mit großen Hüten und man fährt mit geschmückten Wagen durch die Straßen. In Washington findet im Weißen Haus das „easter egg roll“, also das Eierrollen, statt. Es ist ein großer Spaß für Eltern und Kinder.

In **China** kennen im Gegensatz dazu nur wenige Menschen das Osterfest und seine Bedeutung. Die größtenteils atheistische Bevölkerung kann mit dem Osterfest und seinen Bräuchen nur wenig anfangen.

Trotzdem ist das Osterfest, wie eingangs bereits vermerkt, als das älteste und bedeutendste Fest im kirchlichen Jahr wie auch im familiären Rahmen zu sehen, und es erfreut sich neben alter Tradition nach wie vor größter Beliebtheit unter der Bevölkerung mit oder ohne christlichen Glauben, nicht nur in Deutschland und Europa. Es liegt deshalb an uns, diese Tradition auch weiter zu pflegen.

In diesem Sinne wünschen das Redaktionskollegium des „Ärztblatt Sachsen“ und der Autor unserer geschätzten Leserschaft und allen Kolleginnen und Kollegen ein frohes und gesundes Osterfest.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Köhren-Sahlis

In memoriam Bernd Hahn * 1954 † 2011

In den letzten Monaten konnte man den Künstler voller Hoffnung erleben. In kurzer Folge realisierte er, unterstützt von Freunden, Ausstellungen im Dresdner Kulturrahaus und in der galerie am blauen wunder, (zusammen mit dem Fotografen Michael Lange) sowie im Institut für Festkörperphysik und Werkstoffforschung der TU Dresden (gemeinsam mit Peter Makolies, noch bis 11. April). In der Sächsischen Landesärztekammer waren zwischen 19. Januar und

13. März 2011 mit Hahns „Konstellationen“ zahlreiche große, teils erst im vergangenen Jahr geschaffene Bildtafeln zu sehen, auf denen er hart begrenzte geometrische Formen mit informellen Strukturen verband. Bernd Hahn hat die Eröffnung dieser Ausstellung noch mit großer Freude erleben können. Wenige Tage vor ihrem Ende, am 10. März 2011, erreichte uns die Nachricht von seinem Tod. Der Künstler, der an der Dresdner HfBK studiert hatte, fand um 1980, unter anderem inspiriert von internationalen Kunstentwicklungen, den Weg zur ungegenständlichen Kunst. Vor allem seit den 1990er-Jahren wurde er mit seinem Schaffen weit

über die Elbmetropole hinaus bekannt und gewürdigt, so 1994 mit einem Stipendium in der Villa Massimo. Gleichwohl blieb er fest in Dresden verwurzelt – nicht zuletzt im Kreis der Künstlergruppe und Druckwerkstatt B 53, mit deren Mitgliedern Jürgen Wenzel und Anton Paul Kammerer er in den vergangenen 13 Jahren in enger Nachbarschaft in Burgstädtl bei Borthen lebte, in seinem 1998 fertig gewordenen Atelierhaus. Sein Tod, trotz schwerer Krankheit doch unerwartet, ist auch für sie und alle Dresdner Kunstfreunde ein großer Verlust.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden

„Psychiatrie in der DDR – Erzählungen von Zeitzeugen“

**Thomas R. Müller,
Beate Mitzscherlich (Hrsg.)
Mabuse Verlag, Frankfurt a. M.
2006, ISBN 3-938304-46-4**

In diesem Sammelband kommen sowohl Patienten wie auch professionelle Helfer der Psychiatrie zu Wort, um ein Bild von einer Psychiatrie in der DDR zu entwerfen, das hinsichtlich progressiver Intentionen auf der einen Seite und vielfach erlebter und erlittener Verelendung von Betreuungseinrichtungen andererseits ein sehr beeindruckend – bedrückendes Gefühl hinterlässt. Obwohl vieles bekannt war und vieles nach der Wende verändert, aufgearbeitet und durch massive Investitionen in die Versorgungsstrukturen verbessert wurde, ist die rückblickende Betrachtung vor allem auch aus der Betroffenenperspektive eine notwendige, für die Psychiatrie wichtige zeitgeschichtliche Pflicht.

Die Herausgeber, Professorin für Pflegeforschung, Beate Mitzscherlich (FH Zwickau) und der Germanist und Leiter des Sächsischen Psychiatriemuseums in Leipzig, Müller (des einzigen dieser Art in Deutschland), haben methodisch und methodologisch abgerundet mit Hilfe der Fülle der beteiligten Autoren ein Bild entwor-

fen, das eine bemerkenswerte psychiatriehistorische, aber vor allem auch psychohistorische und emotionologische Betrachtungsweise ermöglicht. Im Mittelpunkt der Befragungen stehen neun Frauen und zehn Männer, die über ihre Erfahrungen als Patienten in unterschiedlichen Einrichtungen berichten und dabei auch das ganze Spektrum von Gewalt und Zwang sowie elender, an Verwahrlosung grenzender Unterbringung auf der einen Seite und reformerischem Geist und fachlich-menschlich angemessenem Umgang geprägten Einrichtungen andererseits abbilden. Die Herausgeber begrenzen die getroffenen Berichte selbst vorwiegend auf die Universitätsklinik Leipzig und die Fachkrankenhäuser Arnsdorf, Rodewisch, Altscherbitz und Waldheim, was natürlich zu einem etwas eingegrenzten Bilde führt und die weitergehende Differenz zwischen jenen Großkrankenhäusern mit ihren materiellen und auch ideellen Begrenzungen und jenen schon bestehenden Psychiatrischen Kliniken am Allgemeinkrankenhaus (zum Beispiel in Plauen, Zwickau, Chemnitz und der Dresdner Universitätsklinik), die in der Regel dem Geiste der Leipziger Universitätsklinik folgten, aus dem Auge verliert. Damit soll keineswegs die Überbelegung der Stationen, der Personalmangel, etwa in einer Einrichtung wie Arnsdorf (2000 belegte Betten, Verweildauer bis 14 Jahre) und die durch Hierarchisierung der

Beteiligten, wobei der Patient den untersten Rang einnahm, relativiert werden. Was den Rezensenten auch etwas bedenklich stimmt, ist der Umgang der Autoren mit den psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen, die eher in einem negativen Licht erscheinen, obwohl gerade der Einzug der Psychopharmaka ab Mitte der 50-iger, als geradezu segensreich angesehen werden muss, erlaubte er doch nun, psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen und rehabilitative Schritte viel früher einzuleiten. Auch die Elektroheilverfahren – indikationsgerecht eingesetzt – war eine wirksame und hilfreiche Methode, wenn sie nicht etwa als Bestrafungsinstrument eingesetzt (manche Betroffene in diesem Buch haben es so erlebt) und mit dem Patienten das Für und Wider erörtert wurde.

Die Berichte der Interviewpartner und das gesamte Werk werden durchzogen von einer besonderen Hochachtung für den damaligen (von 1973 bis 1995) Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik Leipzig, Prof. Dr. Klaus Weise, dessen sozialpsychiatrischen, reformerischen Intentionen in die DDR hineinwirkten und auch noch in der Nachwendezeit im ersten Landespsychiatrieplan des Freistaates Sachsen zum Teil ihren Niederschlag fanden.

Der Beitrag von Johannes Förster wird vom Rezensenten besonders hervorgehoben, weil er durch die berufliche Biografie des Autors

bedingt (vor der Wende Hilfspfleger, Pfleger, Soziotherapeut und Pflegedienstleiter und nach 1990 Referatsleiter im Sächsischen Sozialministerium) besonders eindrucksvoll das Dilemma der großen Psychiatrieeinrichtungen (in seinem Fall das Krankenhaus Arnsdorf), ihre personellen und materiellen Nöte, pflegerisches Fehlverhalten in den hierarchischen

Krankenhausstrukturen, aber auch das Bemühen um Besserungen im Rahmen des Möglichen darstellt. Die Differenziertheit der Problematik psychiatrischer Versorgung bringt auch der Artikel von Degenhardt zum Ausdruck, der das Augenmerk auch auf eine gesamtdeutsche Problemsicht lenkt und gegenwärtige Konfliktfelder aufzeigt.

Insgesamt liegt eine für Ärzte, aber auch betroffene Laien interessante und lesenswerte Schrift vor, die zeigt, dass sich das historische Bild eines Faches am ehesten aus der Alltagsgeschichte – beschrieben von Beteiligten – rekonstruieren lässt.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig

Via Regia und die Pest

Die 3. Sächsische Landesausstellung und die Medizin

Seine Pestordnung hat ihn berühmt gemacht: Johannes Crato von Krafftheim. Geboren wurde der spätere Arzt und Humanist im Jahr 1519 in Breslau als Johann Krafft. Er studierte Theologie in Wittenberg, später Medizin in Padua. Als Leibarzt von Kaiser Maximilian II. wurde er 1567 geadelt. Seine „Ordnung der preservation/ wie man sich wider die erschreckliche seuche der pestilentz verwaren/auch rath wie die erkant vnd curiert werden sol“ hat er 1555 veröffentlicht. Crato untersuchte darin den Verlauf der Ansteckung und machte Vorschläge, wie die Übertragung verhindert werden könne. Seine Ordnung wurde beispielhaft für ähnliche Erlässe in vielen Städten. Nun wird Johannes Crato von Krafftheim noch einmal selbst zum Beispiel. In der 3. Sächsischen Landesausstellung steht der Arzt für viele Menschen und deren Leben an und auf der via regia. Nicht nur, weil Crato selbst in Breslau und damit an der via regia lebte, sondern weil es die Straße war, über die sich seine wissenschaftlichen Erkenntnisse verbreiteten. Und: weil auch die Pest selbst sich bis ins 18. Jahrhundert über die Straßen weiter verbreitete. Die Landesausstellung mit dem Titel „via regia – 800 Jahre Bewegung und Begegnung“ wird am 21. Mai 2011 in Görlitz eröffnet. Als Handelsstraße verband die via regia Thüringen und Sachsen im Westen mit Schlesien und Polen im Osten. Die historische Strecke führte von Frankfurt a. M. über Erfurt, Leipzig, Görlitz und Breslau bis nach Krakau. Als Teil eines

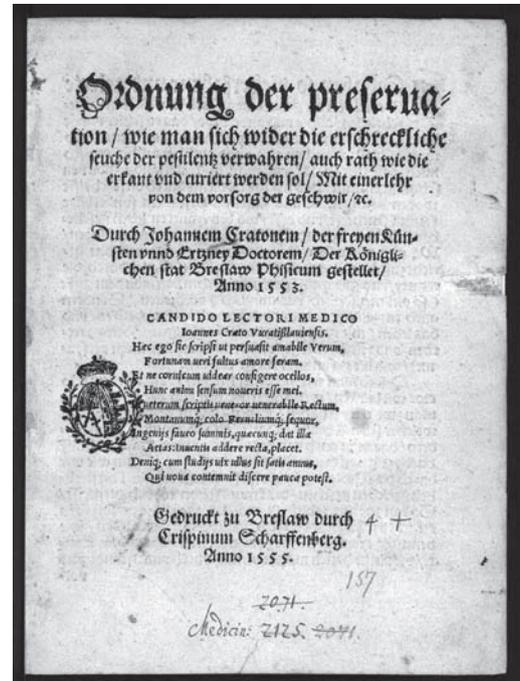
weitreichenden Wegenetzes war die via regia über Jahrhunderte eine der bedeutendsten Handelsstraßen in Europa. An ihrem Verlauf entstanden mächtige Städte, Handelsplätze, Denkmäler und Kirchen. Die 3. Sächsische Landesausstellung legt den Fokus auf den Zeitraum zwischen der Mitte des 13. Jahrhunderts und dem frühen 19. Jahrhundert. In dieser Zeit entfaltete die Handelsstraße ihre größte Bedeutung.

Straßen sind Lebensadern. Sie verbinden. Sie ebnen Wege für den Transport von Gütern, den Handel und Verkehr von Waren, schaffen Voraussetzungen für das Reisen und die Mobilität von Menschen, den Austausch von Ideen und Gedanken. Die Landesausstellung erzählt auch die Geschichten der Menschen, die im Laufe der Jahrhunderte auf der via regia gereist, gepilgert und geflohen sind. Sie geht den Motivationen und Beweggründen von Menschen nach, die sich auf der Suche nach Veränderung, Arbeit, Wissen und Wohlstand oder Liebe und Reichtum auf den Weg gemacht haben. Dazu ist die Ausstellung in fünf Themenwelten gegliedert: Aufbruch, Fundament, Markt, Mensch und Austausch.

Zentraler Ausstellungsort in Görlitz ist der Kaisertrutz, eine Kanonenbastei aus dem 15. Jahrhundert. Geschichte wird hier am authentischen Ort erlebbar; sie verknüpft sich zudem mit der Gegenwart und eigenen Lebenswelten – und sie verbindet Menschen über Grenzen hinweg.

Der Weg lohnt sich

Ohne Zweifel: Görlitz ist als größtes Flächendenkmal Deutschlands schon allein eine Reise wert. Mit zahlreichen Denkmälern erinnert die Stadt



Pestordnung Breslau von 1555, Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden Aufnahme: Deutsche Fotothek, Medienwerkstatt

an die Blütezeit der alten Handelsstraße. Zur Landesausstellung im Kaisertrutz erwarten den Besucher 800 Jahre Geschichte auf 1800 Quadratmetern, 450 Leihgaben aus über 100 leihgebenden Museen, Archiven, Bibliotheken und Kirchen aus Deutschland, Polen, Tschechien und der Ukraine. Parallel zur Landesausstellung im Kaisertrutz präsentiert das Senckenberg Museum für Naturkunde in Görlitz die „via regia – Straße der Arten“. Das Schlesische Museum widmet sich gemeinsam mit dem Lausitzmuseum in Zgorzelec den „Lebenswegen ins Ungewisse“ in der Zeit ab 1933 bis heute.

Weitere Informationen unter www.landesausstellung-viaregia.museum.

Eileen Mägel
Staatliche Kunstsammlungen Dresden
E-Mail: eileen.maegel@skd.museum