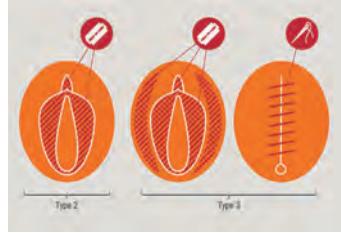


Editorial	Bilden wir die Richtigen richtig aus?	492	
Berufspolitik	Semesterstart für künftige Ärzte Wer sind die europäischen Ärzte, die in Ost- und Westdeutschland arbeiten? CIRS-Fall Obduktionsvereinbarung – Qualitätssicherung einmal anders	493 494 496 496	 Semesterstart für künftige Ärzte Seite 493
Kunst und Kultur	„Die Väter“ – ein Theaterstück über Demenz	497	
Recht und Medizin	Quo vadis, Klinikstrafbarkeit? Ärztliche Zwangsmaßnahmen Möglichkeiten, Grenzen und Absurditäten des Datenschutzes	498 500 504	
Ausschuss Senioren	Sitzung des Seniorenausschusses 22. Sächsisches Seniorentreffen	507 508	
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Heranziehung von Ärzten zur polizeilichen Aufgabenerfüllung Seniorentreffen KÄK Dresden (Stadt) Verdoppelung der Prüfungsvergütung bei Prüfungen nach Approbationsordnung Arzt in Sachsen – Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung Konzerte und Ausstellungen	509 510 510 510 511	 Weibliche Genitalverstümmelung Seite 514
Medizinische Fachangestellte	Typisierungs- und Registrierungsaktion der DKMS an zwei Dresdner berufsbildenden Schulen	511	
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	512	
Originalie	Weibliche Genitalverstümmelung	514	
Leserbriefe	Update Infektionsschutz in Klinik und Praxis Grippeimpfstoffe – Impfsaison 2017/2018 Patientenrechte – Quo vadis? Schöne@digitale Welt	516 517 518 519	
Buchbesprechung	„Damit sie nicht vergessen werden!“ Vorgestellt: Dr. med. Hans-Joachim Gräfe Handbuch Physiotherapie Neurologie an der Universität Leipzig	520 520 521 522	
Personalia	Dr. med. Alfred Baudrexl zum 90. Geburtstag Jubilare im Dezember 2017	523 524	
Feuilleton	Zivilcourage im Nationalsozialismus	526	 Zivilcourage im Nationalsozialismus Seite 526
Verschiedenes	Arthur-Schlossmann-Preis und Stipendien 2018	528	
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Januar 2018		

Titelbild: © depositphotos/limbi007

Bilden wir die Richtigen richtig aus?

Anfang Oktober startete an beiden sächsischen Medizinischen Fakultäten das neue Wintersemester. Nun sitzen die Studierenden im Hörsaal, denen es gelungen ist, sich im Bewerberfeld durchzusetzen. Bundesweit bewerben sich ca. fünf Bewerber auf einen Studienplatz. Der aktuelle Numerus clausus (NC) liegt in Sachsen bei 1,0 für Humanmedizin. Deutschlandweit kann es bei einem Abiturschnitt von 2,6 bis zu 14 Wartesemester geben. Durch die Auswahlverfahren der Hochschulen konnten gerade für die Medizinische Fakultät Dresden Bewerber bis zum Abitur von 1,8 angenommen werden. Verschiedene Boni, so beispielsweise eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf, sehr gute Noten in den Naturwissenschaften im Abitur, die Ableistung von Jugendfreiwilligendiensten, werden dabei berücksichtigt.

Wie können wir aber sicher sein, dass wir an den Hochschulen aus der Fülle an Bewerbern die am besten geeigneten zum einen für das anspruchsvolle Studium, zum anderen für den Arztberuf und allen daraus resultierenden Anforderungen auswählen? Welche Auswahlverfahren existieren aktuell schon? Welche Kriterien sind bei der Auswahl am besten geeignet? Genau diese Fragen hat sowohl die letzte Bundesregierung als auch verschiedene Ärzttage beschäftigt – und natürlich jede einzelne Medizinische Hochschule. Im Masterplan Medizinstudium 2020 sind verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen: „Das Hochschulzulassungsrecht wird dahingehend verändert, dass die Hochschulen in ihren Auswahlverfahren neben der Abiturnote mindestens zwei weitere Auswahlkriterien anwenden. Diese sollen insbesondere die sozialen und kommunikativen Fähigkeiten sowie die Leistungsbereitschaft der Studienbewerberinnen und -bewerber einbeziehen. Weiterhin soll eine Ausbildung oder Tätigkeit in medizinischen Berufen stärker gewichtet werden“.



Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann
© SLÄK

Bereits 2005 wurde mit der Neuregelung des Hochschulrahmengesetzes seitens der Medizinischen Fakultäten eine höhere Eigenverantwortung bei der Studierendenauswahl festgelegt. Es konnten bis zu 60 Prozent der zur Verfügung stehenden Studienplätze durch hochschulinterne Auswahlverfahren (AdH) vergeben werden. Dresden ist auf diesem Gebiet Vorreiter und hat seit dem Wintersemester 2005/2006 in einem ersten Pilotverfahren Bewerber nach Abiturnoten, Angaben zum sozialen Engagement, zur Berufserfahrung sowie durch AdH nach einem hochschuleigegen Anforderungsprofil ausgewählt. Im Dresdner AdH werden unter anderem folgende Kompetenzen abgebildet: Sozialkompetenz, Reflexionsfähigkeit, schnelles Reagieren in Ausnahmesituationen und Notfällen, flexibles Denken, zudem die spezifische Motivation, Medizin zu studieren und Arzt zu werden, Allgemeinwissen, (natur-) wissenschaftliches Denken, Rhetorik. Dies kommt zukünftigen ärztlichen Berufsanforderungen doch sehr nahe.

Der Zusammenhang zwischen der Abiturnote und den Prüfungsergebnissen ist bekannt. Kritisch anmerken muss man jedoch, dass Abitur und die derzeitigen Prüfungsaufgaben des Institutes für Medizinische und Pharmakologische Prüfungsfragen ähnliche kognitive Leistungen erfassen, da sie auf einer schnellen Wissensreproduktion unter Zeitdruck und vor allem Auswendiglernen beruhen. Dresdner wissenschaftliche Begleitstudien zeigen, dass die durch

das AdH ausgewählten Studierenden fast gleich gute Ergebnisse in den Staatsprüfungen erzielen, wie die Jahrgangsstufen. Sozialkompetent und leistungsstark schließen sich also nicht aus. Hinzu kommt der sogenannte „Kohorten-Effekt“, das heißt, die jeweilige Studienkohorte interagiert und profitiert von- und untereinander. Dieser wichtige Effekt ist schwerer messbar als reine Staatsexamensnoten. Es bleibt derzeit offen, ob die nach erweiterten Kriterien im AdH ausgewählten die „besseren Ärzte“ sind – zumal die Definition „guter Arzt“ noch nicht abgeschlossen ist. Jeder von uns wird darunter etwas anderes verstehen: Ist es ein empathischer Kollege, der seinem Patienten gegenüber respektvoll und zugewandt ist? Ist es der hervorragende Wissenschaftler, der sich in der Grundlagenforschung bewährt? Ist es der exzellente und technisch versierte Operateur? Es wird eine Mischung aus vielen Eigenschaften sein.

Bilden wir also die Richtigen aus? Ich denke, zumindest sind wir auf einem guten Weg, die Richtigen zu verifizieren. Auf diesem Weg wird es gerade auch unter den aktuellen politischen Vorgaben und Zielen viele Veränderungen geben. Die Umsetzung an den Hochschulen wird nicht kostenneutral vor sich gehen. Es werden hierfür Zuwendungen von Land und Bund nötig sein, denn die Auswahlverfahren sind kosten-, personal- und zeitintensiv.

Bilden wir richtig aus? Das Medizinstudium wird in den nächsten Monaten auf den Prüfstand gestellt und verschiedene Ziele des Masterplans müssen durchdacht, kalkuliert und praktikabel in eine (mögliche neue) Gesetzesvorlage (Approbationsordnung) fließen. Dies braucht Sachverständ und Kompetenz bei den Entscheidungsträgern und kann nur im Miteinander mit Hochschulen, Fachgesellschaften, Lehrenden zu einer grundlegenden Reform führen. Dies sollte nicht unter Zeitdruck geschehen, sondern gut vorbereitet werden, um eine wirklich nachhaltige Verbesserung zu erzielen.

Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann
Vorstandsmitglied

Semesterstart für künftige Ärzte

Anfang Oktober begrüßte die Sächsische Landesärztekammer in Dresden und Leipzig fast 550 junge Mediziner, für die in diesem Jahr ihr Studium in Sachsen beginnt. An der Medizinischen Fakultät in Leipzig gab die Vizepräsidentin der Sächsischen Landesärztekammer, Dipl.-Med. Petra Albrecht, für 321 Studierende den Startschuss in ihren spannenden neuen Lebensabschnitt. Vorstandsmitglied Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud begrüßte die 227 künftigen Ärzte an der Technischen Universität Dresden und beglückwünschte sie zu ihrem Platz in dem wohl meistumkämpften Studiengang.



Beim Blutdruckmessen zeigen sich überraschend gute medizinische Vorkenntnisse.
© SLÄK

Die Sächsische Landesärztekammer hatte gemeinsam mit dem Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ in Dresden auch wieder fernab der offiziellen Festakte die Möglichkeit, die neue Medizinergeneration kennenzulernen. Am 4. Oktober 2017 fand die alljährige Mediziner-Stadtrallye statt. Die Studienanfänger liefen dabei wieder wichtige zukünftige Standorte für ihr Studium, Dresdner Sehenswürdigkeiten und Institutionen ab. An den unterschiedlichen Stationen mussten sie für das Medizinstudium mehr



Viele Informationen für die neuen Medizinstudierenden bei der Dresdner „Stadtrallye“. © SLÄK

oder weniger relevante Aufgaben in der Gruppe lösen.

An ihrem gemeinsamen Stand mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und dem Marburger Bund stellte die Sächsische Landesärztekammer auch in diesem Jahr den neuen Medizinstudenten zwei Aufgaben. Die erste Aufgabe hieß Blutdruckmessen in guter alter, analoger Form und war doch für fast alle kein Problem. Um Zusatzpunkte zu erhalten, wurden dann die Sprachkenntnisse geprüft. Was Hippokrates mit seiner Sentenz „Vita brevis, ars longa“ meinte, war für einige ganz ohne Google schon etwas schwieriger, doch dank guter Gruppendynamik meist auch zu lösen.

Das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ nutzte die Gelegenheit und infor-

mierte kurz über aktuelle Projekte, Veranstaltungen sowie Fördermaßnahmen, die schon während des Studiums möglich sind. Die Gespräche bei dieser Veranstaltung sind eine gute Möglichkeit, die Mediziner ganz früh auf ihrem Weg zum Facharzt mit den für sie wichtigen Institutionen und Angeboten bekannt zu machen.

Die Sächsische Landesärztekammer und das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ wünschen allen neuen Medizinstudierenden in Sachsen einen guten Start in die Studienzeit!

Anna Josefine Ryssel

Martin Kandzia
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Wer sind die europäischen Ärzte, die in Ost- und Westdeutschland arbeiten?

S. Möser¹, C. Teney¹

Deutschland ist immer mehr auf ausländische Fachkräfte angewiesen, um die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik zu gewährleisten. Auf Grund der 2005 beschlossenen EU-Berufsanerkennungsrichtlinie, in der eine automatische Anerkennung der Studienabschlüsse und Facharztabzeichnungen von allen EU-Mitgliedstaaten vorgesehen ist, verfügen ausländische Ärzte mit Staatsbürgerschaft eines EU-Mitgliedsstaates über einen privilegierten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt, im Vergleich zu nicht-EU Ärzten. Das macht den deutschen Arbeitsmarkt für EU-Zuwanderer attraktiv, wie auch die hohe Zuwanderung von Ärzten aus dem EU-Ausland zeigt. Laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer hat sich der Anteil europäischer Ärzte in Deutschland in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt, mit über 23.000 europäischen Ärzten, die 2016 in einer Landesärztekammer registriert waren.

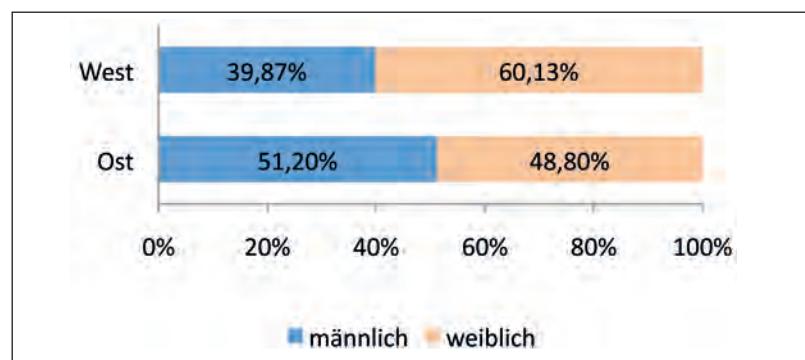


Abb. 1: Geschlechtsverteilung in Ost- und Westdeutschland

© SOCIUM

an die dadurch ausgewählten Personen weitergeleitet haben, konnten wir eine repräsentative Umfrage unter in Deutschland tätigen Ärzten mit einer nicht-deutschen EU-Staatsbürgerschaft durchführen. Die Fragebögen wurden an 7.525 europäische Ärzte verschickt, die sich zwischen 2004 und 2015 in einer Landesärztekammer registriert haben. 1.444 Personen haben uns im Winter 2015/2016 einen gültigen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt, die Rücklaufquote der gültigen Teilnehmenden beträgt somit ca. 19 Prozent.

Dieser Beitrag widmet sich den auffälligsten Unterschieden in den sozio-demografischen Profilen der befragten Ärzte, die in Ost- und Westdeutschland arbeiten. Zum Zeit-

sollten die beschriebenen Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden, da die Anzahl der Befragten aus Ostdeutschland zu gering ist, um die Repräsentativität der in Ostdeutschland arbeitenden europäischen Ärzte mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu gewährleisten.

In Ostdeutschland wurden so 102 Frauen und 107 Männer befragt, während es in Westdeutschland 492 Männer und 742 Frauen waren (siehe Abb. 1). Während das Geschlechterverhältnis der befragten Ärzte in Ostdeutschland ausgeglichen ist, ist der Anteil der Ärztinnen in Westdeutschland deutlich höher. Die Zusammensetzung der europäischen Ärzte hinsichtlich Herkunftsregion variiert erwartungsgemäß stark zwischen Ost- und Westdeutschland (siehe Abb. 2). Während in den neuen Bundesländern 90 Prozent der Befragten die Staatsbürgerschaft eines osteuropäischen Landes haben, machen diese Herkunftsregionen in Westdeutschland lediglich ca. 50 Prozent der Stichprobe der europäischen Ärzte aus. Weitere Untersuchungen der Forschungsdaten haben

gezeigt, dass sich die Gründe, nach Deutschland zu kommen, für die erfassten Herkunftsregionen unterscheiden. Während die Karriereperspektive der wichtigste Migrationsgrund für Ärzte aus allen erfassten Herkunftsregionen darstellt, ist die wirtschaftliche Lage Deutschlands vor allem für Befragte aus den neuen EU-Mitgliedsländern ein weiterer wichtiger Migrationsgrund. Dies bedeutet wiederum, dass die wirtschaftliche Lage Deutschlands ein wichtiger Einwanderungsgrund für die meisten in Ostdeutschland arbeitenden europäischen Ärzte darge-

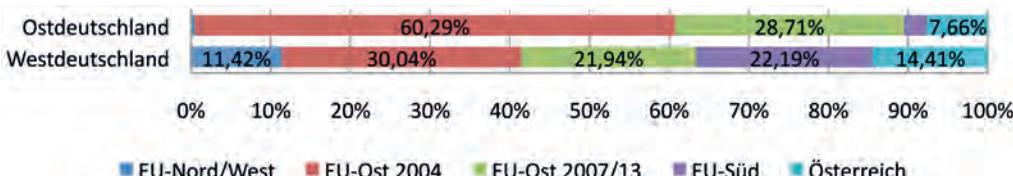


Abb. 2: Staatsbürgerschaft nach Herkunftsregion in Ost- und Westdeutschland

© SOCIUM

Mit Hilfe einer groß angelegten Umfrage haben wir im Rahmen der Nachwuchsforschungsgruppe „Transnationalisierung der Gesellschaft, Politik und Wirtschaft“ unter der Leitung von Prof. Dr. Céline Teney am Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM) der Universität Bremen² diese spezifische Gruppe von Ärzten untersucht. Dank der Unterstützung von 14 Landesärztekammern³, die eine Zufallsstichprobe gezogen und die Fragebögen

punkt der Befragung arbeiteten 209 der Befragten (14,47 Prozent) in Ostdeutschland und 1.253 der Befragten (85,53 Prozent) in Westdeutschland. Alle im Folgenden vorgestellten Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sind mit einer 95-prozentigen Wahrscheinlichkeit statistisch signifikant. Nichtsdestotrotz

² Die Nachwuchsgruppe ist durch die Exzellenzinitiative der Universität Bremen finanziert.

³ Alle deutschen Landesärztekammern haben an unserer Studie teilgenommen, außer den Landesärztekammern von Bremen, Hessen und Brandenburg.

¹ Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Tab. 1: Facharztweiterbildung nach Land

Facharztweiterbildung	Westdeutschland (in %)	Ostdeutschland (in %)
nur im Herkunftsland	19,52	34,48
ganz in Deutschland	38,95	28,74
im Herkunftsland und Deutschland	31,62	30,46
andere	9,90	6,32
insgesamt	100,00	100,00

stellt hat, da die größte Mehrheit der europäischen Ärzte in Ostdeutschland aus den neueren EU-Mitgliedstaaten kommt. Hier spielt ganz sicher die regionale Nähe der neuen EU-Mitgliedstaaten zu den neuen Bundesländern eine Rolle, was durch den statistisch signifikanten Unterschied im Anteil der Grenzpendler unterstrichen wird. Dieser ist in Ostdeutschland höher (11 Prozent) als in Westdeutschland (4 Prozent).

Darüber hinaus zeigt sich, dass in Ostdeutschland prozentual mehr europäische Ärzte arbeiten, die ihre Weiterbildung ausschließlich im Ausland absolviert haben. In Westdeutschland hingegen arbeiten prozentual mehr Ärzte, die ihre Ausbildung in Deutschland absolviert, beziehungsweise absolviert haben (siehe Tab. 1). Von den in Westdeutschland arbeitenden europäischen Ärzten haben 19 Prozent ihre Facharztweiterbildung in ihrem Herkunftsland absolviert und 39 Prozent sind vor ihrer Facharztspezialisierung nach Deutschland migriert und haben die Weiterbildung hier absolviert oder begonnen. Von den in Ostdeutschland arbeitenden befragten Ärzten hat ein deutlich höherer Anteil 34 Prozent die Facharztweiterbildung vor der Migration nach Deutschland abgeschlossen. Lediglich 29 Prozent der Befragten absolvierten ihre Facharztweiterbildung ausschließlich in Deutschland. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass aus den Daten nicht hervorgeht, ob die Facharztweiterbildung in Ost- oder in Westdeutschland absolviert wurde. Erklärt werden kann dieser Zusammenhang durch die unterschiedliche Verteilung der Ärzte nach Herkunftsregion. Ärzte osteuropäischer Herkunft migrieren eher erst nach Beendigung ihrer Weiterbildung nach Deutschland, während Ärzte süd- und nordwesteuropäischer Herkunft

ihre Facharztweiterbildung eher in Deutschland absolvieren. Darüber hinaus zeigt sich, dass die in Ostdeutschland arbeitenden europäischen Ärzte zum Zeitpunkt des Zuzuges durchschnittlich 2,5 Jahre älter waren, als die in Westdeutschland arbeitenden Befragten, weshalb diese zu diesem Zeitpunkt in ihrer beruflichen Karriere durchschnittlich weiter fortgeschritten sind.

Zusammenfassend können wir starke Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland in der Zusammensetzung der europäischen Ärzte hinsichtlich Herkunftsregion feststellen, was sicherlich zum großen Teil an der geografischen Lage der Bundesländer liegt. Aber man darf auch nicht die Tatsache unterschätzen, dass Migrationsbewegungen starke geschichtliche Bezüge aufweisen. Es wird einige Generationen dauern, bevor Ost und West wirklich miteinander verschmolzen sind, erst dann werden auch die europäischen Migrationsbewegungen diese Entwicklung spiegeln können. Dass die Ärzte aus den erfassten Herkunftsregionen sich stark in ihren Profilen bezüglich beispielsweise Migrationsgründe, Alter bei der Einwanderung oder Ort der Facharztweiterbildung unterscheiden, spiegeln diese persistierenden Kulturunterschiede zwischen Ost und West.

Zum Schluss möchten wir anmerken, dass die räumliche Mobilität von europäischen Ärzten zwischen Ost- und Westdeutschland sicherlich eine interessante Fragestellung darstellen würde. Diese haben wir im Rahmen unserer Studie leider nicht untersuchen können.

Korrespondierende Autorin:

Prof. Dr. Céline Teney

Universität Bremen

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Mary-Somerville-Straße 3, 28359 Bremen

E-Mail: celine.teney@uni-bremen.de

CIRS-Fall

Schwierigkeiten in der Versorgung durch Verständigungsprobleme

Der Fall des Monats August auf der Seite des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten handelt von einer fremdsprachigen Patientin, die bei nahe fälschlicherweise operiert wurde. Dieser Fall steht exemplarisch für die zunehmenden Schwierigkeiten in der Versorgung durch Verständigungsprobleme.

Im Bereich der Notambulanz Gynäkologie warteten mehrere Patienten mit Angehörigen, davon zwei Vierergruppen ohne Deutschkenntnisse. Als der Name einer zu prämedizierenden Patientin aufgerufen wurde, meldete sich eine dieser Gruppen. Dem Dolmetscher (syrisch-englisch) wurde sowohl der Name als auch der Eingriff der Patientin genannt und er versicherte, beides sei korrekt. Bei der Prämedikation entdeckte man eine Diskrepanz zwischen den Angaben auf dem Prämedikationsfragebogen und den Angaben der Patientin zu Alkohol und Nikotin. Bei

der Unterschrift fiel auf, dass der (Gott sei Dank in lateinischen und nicht in arabischen Buchstaben geschriebene) Name von dem zuvor aufgerufenen Namen abwich.

Es stellte sich heraus, dass ein vollkommen anderer, wohl illegaler Eingriff erwünscht war und die Gruppe einfach nicht länger warten wollte, um mit einem Arzt zu sprechen. Hätte die Patientin in Arabisch unterschrieben, wäre der Identifikations-

fehler wahrscheinlich niemandem aufgefallen und die Patientin wäre unter falscher Identität operiert wurden.

Details finden Sie unter www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMAugust2016.pdf

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Take-Home-MESSAGE

- Die Rechtsprechung verlangt, dass ein Patient nur in die Behandlung einwilligen darf, wenn er zuvor aufgeklärt wurde. Daher muss die Aufklärung und Behandlung (solange es sich nicht um einen unaufschiebbaren Notfall mit einer vitalen Indikation handelt) verschoben werden, wenn kein kompetenter Übersetzer verfügbar ist. Ein entsprechendes Informationsblatt über diese Vorgabe sollte jede Einrichtung in verschiedenen Sprachen vorhalten.
- Es ist sinnvoll im Anschluss an die erstmalige Identitätsprüfung ein Patientenarmband anzulegen, besonders wenn sich die Identitätsprüfung wegen Kommunikationsprobleme nicht einfach wiederholen lässt. Diese Armbänder gibt es inzwischen in vielen Krankenhäusern, sie ließen sich mit marginalen Kosten auch in der Ambulanz einführen.
- Der Krankenhaussträger ist dazu verpflichtet, die Dolmetscherfrage zu klären, wobei es nicht zwingend erforderlich ist, vereidigte Dolmetscher bereitzustellen. Die Vorhaltung eines Dolmetscher-Pools im Krankenhaus ist sinnvoll. Dieser besteht meist aus Krankenhausmitarbeitern mit Fremdsprachenkenntnissen.

Qualitätssicherung einmal anders

Obduktionsvereinbarung für Krankenhäuser sieht Zuschlag in Höhe von 750,00 Euro vor

Obduktionen sind die älteste und nachdrücklichste Art, ärztliches Tun zu überprüfen und aus Fehlern zu lernen. Seit vielen Jahren wird von Ärzten in Krankenhäusern der ständige Rückgang der Anzahl der Obduktionen beklagt. Aktuell liegt die bundesweite klinische Sektionsrate nur bei etwa einem bis drei Prozent (siehe www.marburger-bund.de). Ein Grund wurde in den Kosten der Obduktion für die Krankenhäuser gesehen. Hier gibt es jetzt eine neue Möglichkeit der Refinanzierung durch eine „Obduktionsvereinbarung“ zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband

der Privaten Krankenversicherungen. Klinische Sektionen werden seit Kurzem mit einem Zuschlag von jeweils 750,00 Euro gefördert. Die Höhe des Zuschlages richtet sich nach den Durchschnittskosten einer Obduktion und wird jährlich neu vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bestimmt. Ziel ist es, die Obduktionsrate zu erhöhen, damit Ärzte aus den Erkenntnissen, die aus Obduktionen gewonnen werden, kontinuierlich lernen können.

Damit ein Krankenhaus den Zuschlag von 750,00 Euro bekommt, muss eine bundesweit festgesetzte Obduktionsrate* erreicht werden. Diese liegt aktuell bei 7,5 Prozent. 2018 liegt die Rate dann bei 10 Prozent und 2019 bei 12,5 Prozent.

Darüber hinaus müssen bestimmte Qualitätsstandards eingehalten werden. Neben räumlichen Anforderungen gehört hierzu unter anderem, dass:

- ein Facharzt für Pathologie die Sektion vornimmt (Ärzte in Weiterbildung dürfen nur unter Aufsicht des Facharztes tätig werden),
- ein Obduktionsantrag des verantwortlichen vorbehandelnden Arztes vorliegt (in Anlage eins der Vereinbarung sind die Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle aufgelistet),
- eine ausführliche schriftliche und standardisierte Dokumentation der Obduktion erfolgt,
- der Bericht innerhalb von zwei Wochen vorliegt und
- ausgewählte Obduktionsfälle regelmäßig in klinisch-pathologischen Konferenzen vorgestellt werden.

* Anzahl Obduktion/Anzahl stationärer Todesfälle im eigenen Krankenhaus

Konkrete Inhalte der geforderten Dokumente sowie weitere Qualitätsanforderungen können dem §3 der Obduktionsvereinbarung entnommen werden.

Der Zuschlag kann rückwirkend zum Jahresbeginn 2017 vereinbart werden. Man kann also zunächst einmal berechnen, ob der Anteil an Obduk-

tionen im eigenen Haus ausreichend hoch sein wird.

Die Obduktionsvereinbarung finden sie unter: GKV-Spitzenverband → Krankenversicherung → Krankenhäuser → Abrechnung → Zu-, Abschläge.

Emily Hickmann
Assistentin der Ärztlichen Geschäftsführerin

„Die Väter“

Ein Theaterstück über Demenz

Erstmalig fand am 5. Oktober 2017 in der Sächsischen Landesärztekammer eine Theateraufführung statt. Inszeniert wurde das Stück „Die Väter“ von dem Theaterpädagogischen Zentrum Sachsen e. V. Es richtet sich vor allem an dement Erkrankte, deren Angehörige, Pflegepersonal und Senioren. Das Stück behandelt das bedeutende Thema „Demenz“. Es wurde nach Vorbild des Klassenzimmertheaters produziert. Klassenzimmertheater bestehen schon seit 30 Jahren und werden für eine bestimmte Zielgruppe an Handlungen, Gesprächen und Verständlichkeit sowie Alter der Zielgruppe angepasst. Durchgeführt werden diese ohne großen technischen oder materiellen Aufwand. Durch einen strukturierten Ablauf mit musikalischen Abschnitten kann dem Stück einfach gefolgt werden. „Die Väter“ entstand in Kooperation mit dem Pflege- und Seniorenheim

„Clara Zetkin“ in Dresden. Dort hatten der Regisseur und der Produktionsleiter die Möglichkeit, Gespräche mit betroffenen Personengruppen und deren Angehörigen über Demenz zu führen und somit einen Einblick in den Alltag von Demenz-Erkrankten zu erleben. Diese Erfahrungen haben sie erfolgreich in „Die Väter“ eingebracht. Im Stück wurde gezeigt, wie ein Sohn seinen erkrankten Vater, der früher als Schauspieler tätig war, ins Pflegeheim bringt. In Gedanken ist der Sohn schon wieder bei seinen eigenen Problemen, die Frau und Kind betreffen. Währenddessen der Vater sein neues Heim nicht akzeptiert und mit Unterstützung des Sohnes alte Schauspielerrollen mimen will.

Durch die Interaktion des Sohnes und des Vaters werden allgemeine Problemsituationen mit einem dementen Menschen aufgezeigt, wie das nicht Einsehen der neuen Wohnumgebung oder das bockige Verhalten beim Versuch zu gehen. Schuldgefühle des Sohnes gegenüber seinem Vater und gegenüber



Schauspieler Klaus Frenzel (l.) und Dramaturg Walter Henkel im Gespräch mit dem Publikum

© SLÄK

der eignen Familie werden durch einprägsame Schauspielleistungen dem Publikum verdeutlicht. Vielen Herausforderungen und aussichtlosen Situationen müssen sich Demenz-Erkrankte sowie Angehörige und Pflegepersonal stellen. Durch die Darstellung der Beziehung von Vater und Sohn und der Belastung durch die Krankheit erhielt man einen gezielten Einblick in die Schwierigkeiten bei der Betreuung eines an Demenz erkrankten Menschen. Und genau dazu dient das Stück. Es soll zu mehr Unterstützung und Aufmerksamkeit in der Gesellschaft beitragen.

Im Anschluss an das Stück standen die Schauspieler, der Regisseur Dirk

Strobel und der Produktionsleiter Walter Henckel für eine Diskussion zur Verfügung. Die Resonanz der Zuschauer war positiv geprägt. Sie beteiligten sich interessiert und offen an den Gesprächen und äußerten ihre Meinungen. Im Publikum wurde die Frage nach der Aufnahme von Betroffenen, die das Stück zu sehen bekamen, gestellt. Die Antwort der Regie und Produktionsleitung war, dass sie oftmals von der Leitung der angefragten Einrichtungen Ablehnung für die Aufführung erhielten. Man befürchtete eine zu große seelische Belastung. War ihnen jedoch die Chance gegeben, das Stück zu spielen, dann erhielten sie auch positives Feedback von der Pflegeeinrich-

tungsleitung. Reaktionen sind das Ziel, und wenn es nur der Ausruf einer dementen Seniorin ist: „Der bekommt doch nichts mehr mit!“ Sie hat gezeigt, dass sie sehr wohl noch beteiligt und emotional angesprochen ist.

Die Zuschauer empfanden die Inszenierung des Stücks als eine innovative Möglichkeit, das Thema „Demenz“ mehr ins öffentliche Licht zu rücken und auch jüngere Generationen auf diese Problematik im Alter aufmerksam zu machen.

Anna Josefine Ryssel
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Quo vadis, Klinikstrafbarkeit?

Arzthaftpflichtprozesse und Strafverfahren weisen oft das gleiche Muster auf. Während der den Patienten direkt betreuende Arzt zivil- und strafrechtlich in vorderster Reihe steht und strafrechtlich fast ausschließlich als vermeintlicher Haupttäter sanktioniert wird, spielt der Krankenhausträger oder die dahinter stehenden Kapitalgesellschaften, Mitglieder der Verwaltung im Krankenhaus, Verwaltungsdirektoren, Kaufmännische Geschäftsführer und vergleichbare Führungskräfte zumindest in Strafverfahren häufig keine Rolle. „Patientenferne Entscheider“ [1] beeinflussen aber aufgrund von politisch gewollten Anreizen, veränderten Strukturen in einer durchökonomisierten Medizin, einem Optimierungsdruck in renditeorientierten Klinikketten aber auch allgemeinen Sparzwängen in öffentlich rechtlich organisierten Häusern die medizinische Betreuung von Patienten. Es werden auf diese Weise ökonomisch bedingte Rahmenbedingungen geschaffen, die das Risiko von ärztlichen Fehlbehandlungen erhöhen können.

Zivilrechtlich haften grundsätzlich die Krankenhäuser beziehungsweise deren Träger als Vertragspartner des

Behandlungsvertrages bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen. Verklagt wird regelmäßig aber auch der handelnde Arzt im Rahmen des Deliktsrechts. In den Fällen des sogenannten Übernahmeverschuldens liegt die Hauptlast haftungsrechtlicher Folgen sogar allein auf den Schultern des handelnden ärztlichen Kollegen, wobei diese nicht selten Ärzte in Weiterbildung sind.

Ein Übernahmeverschulden liegt vor, wenn ein Arzt bei Übernahme einer Behandlung erkennen musste, dass er die Grenzen des jeweiligen Fachbereichs, der persönlichen Fähigkeiten, der technisch-apparative Ausstattung oder der Organisationsstruktur überschreitet. Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) regelt mit § 630 h Abs. 4, dass in den Fällen, in denen ein Behandler für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt ist, vermutet wird, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war. Es kommt also zur Beweislastumkehr im Arzthaftpflichtprozess. So kommt es zur zivilrechtlichen Hauptverantwortlichkeit des primär handelnden Arztes, wenn ihm organisatorische Missstände in der Klinik bekannt waren, er aber dennoch grob fahrlässig ohne Einhaltung der ärztlichen Standards gehandelt hat.

Unter Umständen kommt es zu Regressansprüchen (Rückgriffsforderungen gegenüber dem Arbeitnehmer).

Missstände müssen daher vorab deutlich zum Ausdruck gebracht werden. Die sogenannte Überlastungsanzeige dient dazu, dem Arbeitgeber beziehungsweise den Führungskräften Mängel zu verdeutlichen (zum Beispiel unzureichende personelle Besetzung) mit dem Ziel, Änderungen zu erreichen. Der Arbeitnehmer bleibt jedoch grundsätzlich in der Pflicht, seine Dienstleistung unter Berücksichtigung der Weisungen mit der erforderlichen Sorgfalt zu erbringen.

Während bei nachgewiesem Organisationsverschulden durchaus auch eine zivilrechtliche Haftung übergeordnet Verantwortlicher, zum Beispiel des Krankenhaus-Geschäftsführers in Betracht [2] kommt, bleiben Kliniken und „Patientenferne Entscheider“ strafrechtlich bisher weitgehend unberührt.

Grundsätzlich kann sich zwar jeder als Nebentäter einer fahrlässigen Körperverletzung oder Tötung strafbar machen. Die Schädigung muss dabei pflichtwidrig herbeigeführt worden sein, obwohl ein persönlicher Kontakt mit dem Patienten

nicht notwendig ist. Allerdings ist der Nachweis erforderlich, dass der Patient bei standardgerechtem Vorgehen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit körperlich nicht zu Schaden gekommen oder gestorben wäre. Ob ein beschuldigter Arzt im Strafverfahren allerdings tatsächlich gut beraten wäre, nachhaltig auf strukturelle Mängel seines Krankenhauses hinzuweisen, darf bezweifelt werden, weil eine solche Botschaft an das Gericht maximal schuldmindernde Auswirkungen haben kann. Bei allzu drastischer Schilderung wird es wohl eher im Sinne des Übernahmeverschuldens zu seinen Lasten gewertet werden, weil die Tat dann im Lichte der bewussten Fahrlässigkeit oder gar dem bedingten Vorsatz gesehen werden muss. Gerade leitende Ärzte sollten sich daher immer bezüglich organisatorischer Probleme eng mit ihrem Träger abstimmen.

Bezüglich dieses Organisationsverschuldens kann sich aber eine juristische Person wie ein Krankenhaus oder dessen Träger nicht strafbar machen. Lediglich eine Ordnungswidrigkeit könnte vorliegen (§§ 30 und 130 OWiG).

So forderte der 119. Deutsche Ärzteitag im Jahre 2016 die Bundesregierung auf, die Tätereigenschaft im Strafrecht auf Institutionen auszuweiten, die Gesundheitsleistungen im eigenen Namen anbieten und erbringen lassen. Als Vorbild diente der sogenannte „corporate manslaughter and corporate homicide act 2007“, der in Großbritannien alle Unternehmen betrifft. Danach können Unternehmen strafrechtlich belangt werden, wenn grobe Organisationsfehler zu einem tödlichen Ausgang führen. Vorgesehen sind drei Sanktionsarten: Geldstrafe, Verpflichtung zur Veröffentlichung des Verschuldens und Strafe sowie Verpflichtung zur Implementierung von Compliance-Maßnahmen. Auch in Österreich existiert ein ähnliches Gesetz, das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz.

Die Idee ist auch in Deutschland nicht ganz neu. Im Jahre 2013

wurde in Nordrhein-Westfalen der Gesetzesvorschlag eines Verbandsstrafgesetzbuches entwickelt [3]. Der Gesetzesentwurf sah eine strafrechtliche Haftung von juristischen Personen, nicht rechtsfähigen Vereinen und rechtsfähigen Personengesellschaften des privaten und öffentlichen Rechts vor. Sanktionen sollten möglich sein, wenn Entscheidungsträger, zum Beispiel vertretungsbehaftete Organe und Gesellschafter oder Personen, die eine entsprechende Leitungsfunktion verantwortlich wahrnehmen, in Wahrnehmung der Angelegenheiten eines Verbandes vorsätzlich oder fahrlässig eine verbandsbezogene Zuwidderhandlung begehen. Eine Verbandsstrafe sollte somit an Verfehlungen verantwortlicher Personen anknüpfen, wozu auch die unzureichende Überwachung der Geschäftsführung oder fehlende Ausübung von Kontrollbefugnissen zählen kann.

Als Verbandsstrafen waren die Verbandsgeldstrafe, die Verbandsverwarnung mit Strafvorbehalt sowie die öffentliche Bekanntmachung der Verurteilung vorgesehen. Als Verbandsmaßregeln wurden der Ausschluss von Subventionen, der Ausschluss von der Vergabe öffentlicher Aufträge sowie die Verbandsauflösung vorgeschlagen. Der Entwurf sah eine Höchstgeldstrafe von zehn Prozent des Jahresumsatzes (!) vor. Die Verbandsstrafbarkeit erforderte nicht, dass eine natürliche Person selbst wegen einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit zur Verantwortung gezogen wird. Vielmehr sollte der Vorwurf in der mangelhaften Personalauswahl oder im unzureichenden Aufgabenzuschnitt auf der Leitungsebene des Verbandes bestehen. Weiterhin sollte ein vorsätzliches oder fahrlässiges Aufsichts- oder Überwachungsverschulden eines Entscheidungsträgers eine Verbandsstrafe begründen. Damit würde dieser Tatbestand unmittelbar an die Organisation des Verbandes anknüpfen, indem das Unterlassen von Aufsichtsmaßnahmen als Tatbestandsmerkmal aufgenommen wurde. Die Einführung einer Strafbarkeit von juristischen Personen begegnete

seit Bekanntwerden des Gesetzesentwurfs von Beginn an überwiegender Fundamentalkritik. Die Kritiker der Verbandsstrafbarkeit gehen davon aus, dass auch in einem gegen den Verband gerichteten Strafverfahren der Schuldgrundsatz gelten muss. Die Vorwerfbarkeit im Sinne des Schuldprinzips sei aber nur gegenüber natürlichen Personen möglich. Zurechnung fremder Schuld könne nie eigene Schuld begründen. Die Kritiker stützen ihre Ansicht insbesondere auch auf das Lissabon-Urteil des Bundesverfassungsgerichts [4]. Danach wird die Schuld als Voraussetzung von Strafe gefordert und

mit der Eigenverantwortlichkeit des Menschen begründet [5]. Fest steht auch, dass mit einem solchen Gesetz der Aufwand für Ermittlungsarbeit und juristischer Aufarbeitung steigen würde. Die aktuelle personelle und materielle Ausstattung der Ermittlungsbehörden und Gerichte darf als bekannt vorausgesetzt werden. Da ist die Verfolgung eines einzelnen Arztes natürlich wesentlich „preiswerter“ als die Aufarbeitung von Hintergründen und systembedingter Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit. So ist der Gesetzesentwurf auch schnell wieder in die Schublade gekommen.

Derzeit bleibt es daher bei der vorwiegend „einzelräuberbezogenen zivilrechtlichen Aufarbeitung“ und den begrenzten Möglichkeiten des Ordnungswidrigkeitenrechts, wenn beispielsweise der Inhaber eines Betriebs oder Unternehmens durch bestimmte Maßnahmen (Einstellung von qualifiziertem Personal, sorgfältige Auswahl, Bestellung und Überwachung von Aufsichtspersonen, Schulungsmaßnahmen etc.) strafbare Defizite hätte abstellen können.

Literatur beim Autor

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Ärztliche Zwangsmaßnahmen

Neuregelung der Zwangsbehandlung und unterbringungsähnlichen Maßnahmen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

Einleitung

Mit Wirkung vom 22. Juli 2017 hat der Bundesgesetzgeber die materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht des BGB erneut

neu gefasst. Trotz deutlicher Verbesserungen im Hinblick auf Vermeidung, verfahrensrechtliche Vorbereitung, Legitimation und Durchführung der Zwangsbehandlung, die bereits mit der Neuregelung von § 1906 BGB zum 26. Februar 2013 verbunden waren, hielt sich jedoch ein bereits in der Ursprungsfassung angelegtes Dogma. Danach waren Unterbringung des Patienten und Durchführung einer Behandlung gegen seinen Willen auch weiterhin untrennbar miteinander verbunden: Die Unterbringung konnte zum Zweck der Zwangsbehandlung erfolgen. Der zwangsbehandelte Patient musste untergebracht sein. Ambulant oder stationär durchgeführte Zwangsbehandlungen ohne Unterbringung des Patienten waren damit gänzlich ausgeschlossen.

Im Jahr 2016 hatte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) erneut Gelegenheit, sich zu dieser Kopplung zu äußern. Anlass der Entscheidung war eine Richtervorlage des Bundesgerichtshofes (BGH) [1] in einem Verfahren, in dem eine unter Betreuung stehende Patientin an einer schizoaaffektiven Psychose litt. Diese wurde aufgrund einer Autoimmunerkrankung bereits mehrfach medikamentös zwangsbehandelt. Später wurde zudem festgestellt, dass die Patientin auch behandlungsbedürftig an Brustkrebs erkrankt war. Die danach erforderlichen Therapiemaßnahmen

verweigerte sie jedoch, so dass ihr Betreuer erneut eine Unterbringung mit anschließender Zwangsbehandlung beantragte. Gestützt auf die zwischenzeitlich eingetretene Bettlägerigkeit und die fehlenden Fluchtendenzen der Patientin lehnten das Betreuungsgericht und später die Beschwerdeinstanz die Unterbringung aber als entbehrlich ab: Diese sei „nur dann notwendig und damit [i.S.v. § 1906 Abs. 1 BGB] erforderlich, wenn sich der Betroffene ohne die die Freiheit einschränkenden Vorrangregeln der Örtlichkeit räumlich entziehen kann, also die Möglichkeit der Fortbewegung überhaupt besteht. Allein aufgrund des entgegenstehenden natürlichen Willens des Betroffenen, der sich aber tatsächlich nicht aus eigener Kraft räumlich entfernen kann, ist eine freiheitsentziehende Unterbringung in einem geschlossenen Rahmen nicht notwendig.“ [2] Aufgrund der fehlenden Unterbringung wurde dann konsequenterweise auch die beantragte Zwangsbehandlung der Patientin nicht genehmigt.

Mit Beschluss vom 26. Juli 2016 stellte das BVerfG nun fest, dass es „gegen die staatliche Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG [verstoße], dass für Betreute, die keinen freien Willen bilden können, eine medizinisch notwendige Behandlung – ungeachtet des Ausmaßes ihrer Gefährdung an Leib oder Leben



© Depositphotos/sudok1

einerseits und der Behandlungsrisiken andererseits – vollständig ausgeschlossen ist, wenn sie ihrem natürlichen Willen widerspricht, sie aber nicht freiheitsentziehend untergebracht werden können, weil die Voraussetzungen dafür nicht vorliegen“ [3]. Diese Vorgaben hat der Gesetzgeber nunmehr durch Neufassung der §§ 1906 und 1906a BGB umgesetzt. Gleichzeitig erfolgten Änderungen im Bereich der Patientenverfügung nach § 1901a BGB und bei den unterbringungsähnlichen Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB.

Inhalt der Neuregelung

Zwangsbefehlung nach § 1906a BGB

Vor der Aufnahme der Zwangsbefehlungsvoraussetzungen in § 1906 Abs. 3 und 3a BGB zum 26. Februar 2013 enthielt diese Vorschrift ausschließlich Regelungen zur Unterbringung eines betreuten Patienten. Dieser Ausgangszustand wurde nun zum 22. Juli 2017 weitgehend wiederhergestellt. Unverändert ist eine Unterbringung zum Zweck der Zwangsbefehlung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB nur zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens zulässig. Die Zwangsbefehlung selbst findet sich jetzt in § 1906a BGB und damit erstmals in einer eigenständigen Vorschrift. Diese ist weithin dem bisherigen § 1906 Abs. 3 und 3a BGB nachgebildet und wurde um die Anforderungen aus der Entscheidung des BVerfG ergänzt. Danach müssen zunächst kumulativ die Voraussetzungen von § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 1-7 BGB – die überwiegend § 1906 Abs. 3 S. 1 Nr. 1-5 BGB a.F. entsprechen – vorliegen. Hervorzuheben sind hier besonders die Neuerungen in Nr. 3 und Nr. 7.

Kein entgegenstehender Wille des Patienten im Sinne von § 1901a BGB

Nach § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 BGB muss die ärztliche Zwangsmäßnahme dem zu beachtenden Willen des Betreuten i.S.v. § 1901a BGB entsprechen. Hierbei handelt es sich um einen Verweis auf die Regelun-

gen über die Patientenverfügung beziehungsweise über die Ermittlung der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens [4]. Trotz der unglücklichen Formulierung der neuen Vorschrift – schließlich kann eine Behandlung gegen den natürlichen Willen des Patienten niemals dessen Willen entsprechen – ist gemeint, dass ein „zu beachtender Wille des Betreuten der ärztlichen Zwangsmäßnahme nicht entgegenstehen darf“ [5]. Diese Klarstellung [6] war spätestens seit einer Entscheidung [7] des BVerfG aus dem Jahr 2015 erforderlich [8], in der das Gericht auf die Bedeutung eines der Zwangsbefehlung widersprechenden und zuvor wirksam bekundeten Willens des Patienten hingewiesen hatte. Hervorzuheben ist dabei die Kopplung des beachtlichen Willens an § 1901a BGB und damit auch an die formellen Anforderungen der Patientenverfügung. Ein vorab be-

kundeter und unmittelbar bindender Patientenwille muss nach § 1901a Abs. 1 S. 1 BGB „schriftlich“ gefasst sein. Das setzt dem Patienten erhebliche Hürden, schafft aber zugleich ein nicht zu unterschätzendes Maß an Rechtssicherheit für Behandler, Betreuer und Angehörige. Im Gegensatz zu den Behandlungswünschen und dem mutmaßlichen Willen des Patienten, die der Betreuer nach § 1901a Abs. 2 S. 1 BGB ermitteln muss und nach denen er dann zu entscheiden hat, wird die Entscheidung bei der Patientenverfügung vom Patienten unmittelbar selbst getroffen. Eine eigenständige Willensbildung eines Dritten ist hier nicht geboten, vielmehr hat dieser die Vorgaben des Patienten nur noch umzusetzen. Aufgrund dieser Bindung ist es sachgerecht, zur Sicherung des Patientenwillens auf die Möglichkeit formfreier Erklärungen zu verzichten.

Das sächsische PsychKG enthält in seinem § 22 Abs. 2 Nr. 5 eine vergleichbare Regelung, nach der eine Behandlung des Patienten gegen dessen natürlichen Willen nur zulässig ist, wenn sein „zuvor bekundeter freier Wille [...] nicht entgegensteht“. Zwar zielt dieses Tatbestandsmerkmal nach der Vorstellung des sächsischen Gesetzgebers in erster Linie ebenfalls auf die Patientenverfügung ab. Dieses Ansinnen hat sich jedoch weder im Wortlaut des Gesetzes niedergeschlagen, noch war ausweislich der Gesetzesbegründung („insbesondere“) eine ausschließliche Beschränkung auf § 1901a BGB beabsichtigt: „Ein zuvor geäußerter freier Wille des Patienten ist zu beachten. Insofern bleiben die allgemeinen Vorschriften unberührt. Es besteht daher die Möglichkeit den zuvor geäußerten Willen insbesondere nach den Vorschriften über die Patientenverfügung, des Bevollmächtigten und der Betreuungsverfügung zu beachten. Hierdurch wird auch noch einmal klargestellt, dass schriftliche Festlegungen, verfasst im Zustand der Einwilligungsfähigkeit für eine Behandlung im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit auch bei der Behandlung psychischer Krankheiten beachtet werden müssen.“ [9]

Weder der Wortlaut von § 22 Abs. 2 Nr. 5 SächsPsychKG noch die Gesetzesbegründung stehen damit zwingend einer Lesart entgegen, nach der auch nicht schriftlich abgefasste Erklärungen als verbindlich angesehen werden könnten. Es ist daher zu hoffen, dass diese Differenz zum Betreuungsrecht bei der nächsten Reform des sächsischen PsychKG entweder deutlich hervorgehoben, oder durch Angleichung an § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 BGB beseitigt wird. Ein weiterer Unterschied zum sächsischen PsychKG besteht darin, dass die Patientenverfügung, auf die § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 BGB Bezug nimmt, nur von einem Volljährigen abgefasst werden kann. Dagegen könnte ein entgegenstehender „zuvor geäußerter freier Wille des Patienten“ i.S.v. § 22 Abs. 2 Nr. 5 SächsPsychKG auch von einem ein-

willigungsfähigen Minderjährigen [10] stammen. Das PsychKG ist – im Gegensatz zum Betreuungsrecht des BGB – auch bei nicht volljährigen Patienten anzuwenden.

Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus

In Umsetzung der Entscheidung des BVerfG aus dem Jahr 2016 hat der Gesetzgeber die Möglichkeit zur Durchführung einer Zwangsbehandlung durch § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB von der Notwendigkeit einer vorhergehenden Unterbringung abgekoppelt. Danach ist es „nur“ noch erforderlich, dass die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus durchgeführt wird, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist. Ambulante Zwangsbehandlungen bleiben damit auch weiterhin unzulässig. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die neuen Anforderungen nur durch die vollstationäre Aufnahme in ein Krankenhaus zu erfüllen sind, das die Behandlung – gerade unter Beachtung der Besonderheiten der Zwangssituation – fachgerecht durchführen kann [11]. Hierzu zählt im Rahmen der Nachsorge auch die therapiegestützte Verarbeitung des erlittenen Zwangs [12].

Neben der Ausweitung von Zwangsbehandlungsmöglichkeiten im Betreuungsrecht dürfte die Neuregelung zukünftig aber auch zur Vermeidung einer Vielzahl von Unterbringungen nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB führen. Dieser setzt schließlich voraus, dass die Heilmaßnahme ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann. In einigen Fällen, in denen die Unterbringung – wie in der vom BVerfG entschiedenen Konstellation – aber nur dazu diente, die Zwangsbehandlung wegen der früher zwingenden Kopplung überhaupt erst zu ermöglichen, kann künftig auf diese zusätzliche freiheitsentziehende Maßnahme verzichtet werden.

Unterbringungsähnliche Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB

Der ebenfalls neu gefasste § 1906 Abs. 4 BGB regelt die sogenannten „unterbringungsähnlichen Maßnahmen“ [13]. Diese sind Formen der Freiheitseinschränkung, bei denen es sich zwar nicht um eine Unterbringung i.S.v. § 1906 Abs. 1 und Abs. 2 BGB handelt, die aber die Fortbewegungsfreiheit des Betroffenen in ähnlichem Maße beeinträchtigen. Im Behandlungsaltag werden diese häufig als freiheitsentziehende Maßnahme (FEM) bezeichnet [14]. Nach § 1906 Abs. 4 BGB gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll. Damit werden die Voraussetzungen der Unterbringung (insbesondere Erforderlichkeit, Veranlassung durch den Betreuer und Genehmigung durch das Betreuungsgericht) entsprechend auf die unterbringungsähnlichen Maßnahmen ausgedehnt.

Geändert hat sich zum 22. Juli 2017 vorrangig der Wortlaut der Vorschrift, bei dem das überkommene Wort „Anstalt“ durch „Krankenhaus“ ersetzt wurde. Das soll die Regelung modernisieren und ihren Hauptwendungsfall kenntlich machen [15]. Überfällig war zudem die Entfernung des Tatbestandsmerkmals „ohne untergebracht zu sein“ aus § 1906 Abs. 4 BGB. Die ursprüngliche Fassung der Norm war von der gesetzgeberischen Vorstellung getragen, dass es sich bei den unterbringungsähnlichen Maßnahmen um Alternativen zur Unterbringung handelt, die den Betroffenen vergleichbar beeinträchtigen [16]. Dabei wurde jedoch nicht hinreichend berücksichtigt, dass unterbringungsähnliche Maßnahmen – etwa in Form einer mechanischen Sicherung oder medikamentösen Ruhigstellung – auch bei bereits untergebrachten Personen in Betracht kommen und auch dort zusätzliche Freiheitseinschrän-

kungen darstellen, die nicht automatisch in der Unterbringungsentscheidung enthalten sind. Im Einzelfall kann der Betroffene durch die Zwangsmaßnahme – zumindest nach seiner Wahrnehmung – sogar noch stärker beeinträchtigt sein als durch die „bloße“ Unterbringung(sentscheidung) [17]. Aus diesem Grund hat die Rechtsprechung § 1906 Abs. 4 BGB schon vor seiner Neufassung – contra legem – auch auf solche Fälle erstreckt, in denen der Betroffene bereits nach § 1906 Abs. 1 und Abs. 2 BGB untergebracht war [18].

Hinweis und Unterstützung bei Abfassung einer Patientenverfügung nach § 1901a Abs. 4 BGB

Nach Maßgabe des neu geschaffenen § 1901a Abs. 4 BGB soll der Betreuer den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung unterstützen. Diese Regelung steht zwar auf den ersten Blick nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den genannten Änderungen der §§ 1906 und 1906a BGB, zielt aber nach der Vorstellung des Gesetzgebers gerade auch auf die Situation der Zwangsbehandlung ab. In der Gesetzesbegründung wird als geeigneter Fall der Patient genannt, der nach einer Zwangsbehandlung aktuell zwar wieder einwilligungsfähig ist, bei dem aber zukünftig der (erneute) Verlust dieser Fähigkeit droht [19]. Hier soll der Patient – nach Bedarf unter Hinzuziehung

eines Arztes – infolge der Information und Beratung durch seinen Betreuer die Möglichkeit erhalten, mittels Patientenverfügung nach § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB auf das „ob“ und die Art einer zukünftig gegebenenfalls erforderlichen Zwangsbehandlung einzuwirken [20]. Wird mit dem Patienten – bei vorausgesetzter Einwilligungsfähigkeit – eine in der Psychiatrie übliche Behandlungsvereinbarung schriftlich abgeschlossen, kann auch diese bei entsprechendem Inhalt die Voraussetzungen einer Patientenverfügung i.S.v. 1901a Abs. 1 BGB erfüllen [21]. Trotz der genannten Intention des Gesetzgebers ist die Regelung aber nicht auf Fälle drohender Zwangsbehandlungen beschränkt, sondern gilt auch für andere Betreuungskonstellationen. Unklar bleibt dagegen, ob die Beratungs- und Informationspflicht nur für Betreuer mit dem Aufgabenkreis „Gesundheitssorge“ gelten soll. Das wäre sowohl im Hinblick auf die systematische Stellung der Vorschrift innerhalb von § 1901a BGB als auch wegen des medizinischen Inhalts der Beratung und der Kontaktvermittlung zu Ärzten naheliegend. Im Wortlaut der Vorschrift findet sich diese Beschränkung jedoch nicht.

Zusammenfassung

Nachdem das im BGB kodifizierte Recht der betreuungsrechtlichen Zwangsbehandlung für etwa 20 Jahre nahezu keinen Veränderungen ausgesetzt war, haben seit 2012

mehrere Entscheidungen des BVerfG und des BGH massive Eingriffe in § 1906 BGB nach sich gezogen. Seit der jüngsten Änderung zum 22. Juli 2017 enthält der neu geschaffene § 1906a BGB nun auch die verfassungsrechtlich gebotene Möglichkeit einer stationären Zwangsbehandlung ohne vorherige Unterbringung des Patienten. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber klargestellt, dass eine Zwangsbehandlung nicht gegen den zuvor in einer Patientenverfügung erklärten und auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffenden Willen des Patienten erfolgen darf. Gleichermaßen gilt für die vom Betreuer zu ermittelnden Behandlungswünsche und den mutmaßlichen Willen des Patienten. Zusätzlich wurden in § 1906 Abs. 4 BGB die Voraussetzungen der unterbringungähnlichen Maßnahmen dahingehend modifiziert, dass diese Regelung nun ausdrücklich auch für nicht untergebrachte Betreute gilt. Außerdem wurde in § 1901a Abs. 4 BGB die Pflicht des Betreuers aufgenommen, den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinzuweisen und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung zu unterstützen.

Literatur beim Autor

Prof. Dr. iur. Erik Hahn
Institut für Gesundheit, Altern und Technik
Hochschule Zittau/Görlitz
Fakultät Wirtschaftswissenschaften
Theodor-Körner-Allee 16, 02763 Zittau
E-Mail: mail@erikhahn.de

Möglichkeiten, Grenzen und Absurditäten des Datenschutzes

Im Februar 2017 fand in der Reihe „Medizin und Recht“ eine Veranstaltung zum Thema „Datenschutz“ in der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Veranstaltung in einem Interview mit dem Hauptreferenten, Ministerialrat Bernhard Bannasch, von der Behörde des Sächsischen Datenschutzbeauftragten zusammengefasst.

Herr Bannasch, Sie sind in der Behörde des Sächsischen Datenschutzbeauftragten tätig. Was können wir uns unter Ihrer Tätigkeit konkret vorstellen?

In meiner Funktion bin ich der Stellvertreter des Sächsischen Datenschutzbeauftragten Andreas Schurig. Unsere kleine Behörde – wir haben 22 Mitarbeiter und sind organisatorisch beim Sächsischen Landtag angesiedelt – beschäftigt sich unter anderem mit Fragen der ärztlichen Schweigepflicht, der Verarbeitung personenbezogener Daten im Sozialleistungsrecht und auch den technischen Entwicklungen bei der Verarbeitung von Patientendaten, denken Sie etwa an die „Cloud“-Nutzung durch Ärzte oder Apotheker.

Wir erstellen übrigens einen im Zweijahresrhythmus erscheinenden Tätigkeitsbericht www.saechsdsb.de. Genauso im letzten Bericht sind Schweigepflichtentbindungserklärungen, Klinische Krebsregister und die Folgen von unrichtigen Verarbeitungen von Patientendaten näher beleuchtet worden, also auch für die Ärzteschaft sehr interessante Themen.

Die ärztliche Schweigepflicht in ihren verschiedenen Varianten – denken Sie an die Übermittlung von Patientendaten an Abrechnungsstellen, an die „Cloud“-Nutzung durch Berufsgeheimnisträger, an die Verarbeitung von Patientendaten im Forschungsbereich oder in der Qualitätssicherung, an Anwendungsprogramme in der Arztpraxis, an „Big Data“ im



Ministerialrat Bernhard Bannasch © SLÄK

Gesundheitsbereich oder an Auskünfte an Krankenkassen, die Polizei oder andere – ist durchaus eine sehr komplexe Materie. Sie umfasst aus juristischer Sicht zahlreiche unterschiedliche Bereiche, und ich habe mit meinem Vortrag versucht, etwas Licht in das Dunkel zu bringen. Ich kann im Übrigen gut verstehen, dass mitunter gesetzliche Regelungen oder Gerichtsentscheidungen als verständlich, unverständlich, oder eben, um ein Wort aus dem Titel unserer heutigen Veranstaltung aufzugreifen, als „absurd“ wahrgenommen werden können.

Was sind die Kernaussagen zum Thema „Datenschutz“?

Ich beginne mit der ärztlichen Schweigepflicht. Hierbei geht es um Grundrechte des Einzelnen, und zwar im Wesentlichen über das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und das Recht auf Privatsphäre. Die ärztliche Schweigepflicht ist Bestandteil dessen, was wir „Datenschutz“ nennen, obwohl ja nicht Daten, sondern eben der einzelne Mensch geschützt werden soll. Datenschutz ist die Informationsordnung, die sich ein Staat und eine Gesellschaft geben. Mit ihr wird geregelt, wer wann was über wen wissen darf.

Das ist im Kern eine Frage der Machtverteilung. Indem der Gesetzgeber etwa regelt, zum Beispiel unter welchen Voraussetzungen der Medizinische Dienst einer Krankenkasse auf Patientendaten zugreifen darf, wird das Machtverhältnis zwischen behandelndem Arzt und der Krankenkasse fixiert. Der Sinn und

Zweck des Datenschutzes, die Frage, was die ärztliche Schweigepflicht eigentlich bezweckt, ist dabei in zweierlei Hinsicht zu sehen: Zum einen wird – naheliegend – das Interesse des Betroffenen, also des Patienten, vor allzu tiefen informationellen Eingriffen des Arztes oder vor Missbrauch der ihn betreffenden Informationen geschützt. Zum anderen aber, und dies möchte ich besonders betonen, wird zugleich die Funktionsfähigkeit des Sozialsystems und damit unserer Gesellschaft gewährleistet. Dieser zweite Schutzzweck ist in der Rechtsprechung bis hinauf zum Europäischen Gerichtshof und dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte anerkannt.

Vor allem aber hängt das Vertrauen des Patienten in die Mitarbeiter der Heilberufe direkt mit der Verschwiegenheit zusammen. Würde dieses Vertrauen in Frage gestellt werden, so würden Patienten sich nicht mehr in jedem Fall in Behandlung begeben. Bei gefährlichen ansteckenden Krankheiten würde dies zum Beispiel zur weiteren Verbreitung der Krankheit führen können. In der Abwägung, ob etwa der individuelle Strafverfolgungsanspruch des Staates gegenüber einem Straftäter oder die Volksgesundheit schwerer wiegt, hat sich der Gesetzgeber eindeutig für die Volksgesundheit entschieden. Konsequenz dieser Entscheidung ist etwa, dass ein Schweigepflichtiger den Strafverfolgungsbehörden keine Auskunft über einen gesuchten Tatverdächtigen machen darf – tut er es trotzdem, so kann er sich strafbar machen. Dies gilt allerdings nur bei beendeten Taten – steht die Tat dagegen noch bevor, ist eine Gefahr also noch abzuwehren, kann der Schweigepflichtige auch strafbewehrt verpflichtet sein, dem Gefährdeten oder der Polizei Mitteilung zu machen.

Rechtlich ist Datenschutz mithin ein Bündel von Befugnissen, politisch ist Datenschutz die Informationsordnung und tatsächlich ist Datenschutz die Verarbeitung von personenbezogenen Daten, also zum Beispiel die Übermittlung oder Speicherung.

Vielen Dank für diese Klarstellung. Den Lesern des „Ärzteblatt Sachsen“ geht es vor allem darum, worauf sie selbst achten müssen und worauf sie sich zum Beispiel auch konkret beziehen können. Gibt es hierzu von Ihnen eine Hilfestellung?

Das Datenschutzrecht, also auch die ärztliche Schweigepflicht, wird von einigen Grundsätzen beherrscht, mit denen sich jeder Arzt beschäftigt haben sollten. Wenn Sie diese Grundsätze kennen, können Sie im Einzelfall besser und schneller entscheiden, ob eine zum Beispiel Offenbarung von Patientendaten an die Polizei rechtmäßig ist oder nicht. Die Kenntnis dieser Grundsätze ist meines Erachtens wichtiger als der Versuch, sich Detailkenntnisse anzueignen. Was also sind diese wichtigen Grundsätze?

1. Zum Ersten müssen wir uns klarmachen, dass jede Verarbeitung von Patientendaten grundsätzlich verboten ist, es sei denn, sie ist durch die Einwilligung oder eine gesetzliche Regelung erlaubt. Das nennt man „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“. Umfasst die möglichst konkret zu fassende Einwilligung des Patienten eine bestimmte Art der Datenverarbeitung – etwa eine Übermittlung – nicht, so ist diese eben unzulässig. Umfasst eine gesetzliche Regelung die Verarbeitung eines bestimmten Datums – zum Beispiel den aktuellen Aufenthaltsort des Patienten – nicht, so ist die Verarbeitung dieses Datums ebenfalls unzulässig. Ein Fall aus München aus dem Jahr 2000 mag dies veranschaulichen: Die Polizei bat das Sozialamt um Mitteilung, wann ein Tatverdächtiger dort das nächste Mal vorspreche. Die Sozialleistungsbehörde verweigerte diese Offenbarung zu Recht unter Hinweis darauf, dass der „zukünftige Aufenthaltsort“ nach § 68 SGB X nicht zu den zulässigerweise zu offenbarenden Sozialleistungsdaten gehören. Übrigens ist dieser Fall Anlass zur Änderung des § 68 SGB X: Heutzutage darf die Sozialleistungsbehörde auch den zukünftigen Aufenthaltsort eines

Sozialleistungsempfängers zu Zwecken der Strafverfolgung offenbaren.

2. Der zweite wichtige Grundsatz ist die sogenannte Erforderlichkeit zur Aufgabenerfüllung beziehungsweise, wenn wir uns im privatrechtlichen Bereich bewegen, zur Durchführung eines Vertragsverhältnisses. Erforderlich ist eine Datenverarbeitung nur, wenn ohne sie die Aufgabe oder der Vertrag nicht erfüllt werden könnten. Das ist ein strenger Begriff; er soll all die Datenverarbeitungen ausschließen, die nicht zwingend notwendig sind.
3. Schließlich gibt es den Grundsatz der Zweckbindung, der uns verbietet, ein Datum, das zu dem Zweck A erhoben worden ist, ohne Weiteres zu einem anderen Zweck B zu verarbeiten.

Die genannten Grundsätze haben sich in den verschiedensten gesetzlichen Grundlagen niedergeschlagen, denken Sie zum Beispiel an die Berufsordnung der Landesärztekammer, an das Sächsische Krankenhausgesetz, an das Strafgesetzbuch, an die Strafprozeßordnung, an die verschiedenen Bücher des Sozialgesetzbuchs.

Eine dieser gesetzlichen Grundlagen möchte ich als Ausgangspunkt meiner weiteren Darstellungen hernehmen: Die Strafvorschrift des § 203 StGB („Verrat von Privatgeheimnissen“). Das tue ich nicht, um Angst vor strafrechtlichen Konsequenzen einer eventuell unbefugten Offenbarung von Patientendaten zu machen, sondern weil sich an dieser Vorschrift systematisch leicht darlegen lässt, worum es geht. Die Vorschrift besagt, dass – ich zitiere –, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, nament-

lich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft wird.

Ein „fremdes Geheimnis“ sind alle patientenbezogenen Informationen, insbesondere auch bereits der bloße Umstand, dass sich jemand in ärztliche Behandlung begeben hat. Das ist ständige Rechtsprechung. „Anvertraut“ ist einem Arzt etwas, wenn er es in Ausübung seines Berufs erfahren hat, wenn es ihm als Arzt anvertraut worden ist. Dreh- und Angelpunkt der Strafvorschrift ist jedoch die Frage, wann der Arzt etwas befugt offenbaren darf. Vier Befugnisgruppen kommen dabei in Betracht.

Als erstes die gesetzlichen Offenbarungspflichten. In diesen Fällen unterliegen Sie einer Rechtspflicht zur Offenbarung von Informationen über den Patienten. Beispiele sind etwa die sogenannte Nichtanzeige geplanter Straftagen gemäß § 138 StGB, wonach Sie, wenn Sie von dem Vorhaben oder der Ausführung schwerwiegender Straftaten wie einem Totschlag oder einem Raub erfahren, verpflichtet sind, dies dem Betroffenen oder der Polizei anzuzeigen. Denken Sie aber auch an die §§ 6 ff. des Infektionsschutzgesetzes, wonach Sie bei bestimmten ansteckenden Krankheiten verpflichtet sind, dem Gesundheitsamt eventuell auch namentlich Patienten zu melden. Denken Sie des Weiteren an § 14 des Sächsischen Bestattungsgesetzes, wonach der Arzt in der Todesbescheinigung Angaben machen muss, die er ansonsten wegen seiner über den Tod hinaus-

reichenden ärztlichen Schweigepflicht anderen gegenüber nicht machen darf. Denken Sie schließlich auch an § 32 des Bundesmeldegesetzes, wonach Krankenhäuser die Aufnahme von Patienten innerhalb von zwei Wochen der Meldebehörde mitzuteilen haben.

Die zweite größere Gruppe von Vorschriften, die uns eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht erlauben, sind die gesetzlichen Offenbarungsbefugnisse. Denken Sie hier etwa an § 100 SGB X, wonach Sie verpflichtet sind, dem Sozialleistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich und gesetzlich zugelassen ist oder der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat. Denken Sie auch an die §§ 33, 34 des Sächsischen Krankenhausgesetzes, wonach unter anderem eine Übermittlung von Patientendaten an Dritte nur zulässig ist, soweit sie zur Erfüllung einer Behandlungs- oder Mitteilungspflicht oder zur Entscheidungsfindung der Krankenkassen im bestimmten Fällen oder zur Durchführung des Behandlungsvertrags einschließlich der Nachbehandlung erforderlich ist und soweit der Patient nach Hinweis auf die beabsichtigte Übermittlung nicht etwas anderes bestimmt hat.

Die dritte Fallgruppe, in der die ärztliche Schweigepflicht durchbrochen werden darf, ist der sogenannte rechtfertigende Notstand gemäß § 34 StGB. Diese Vorschrift besagt, dass, wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für ein schwerwiegendes Rechtsgut eine ansonsten strafbare Offenbarung vornimmt, nicht rechtswidrig handelt, wenn er nach Abwägung der beteiligten Rechtsgüter zu dem Ergebnis gekommen ist, dass die ärztliche Schweigepflicht weniger schwer wiegt als das ansonsten verletzte Rechtsgut, zum Beispiel die körperliche Unversehrtheit. Die Rechtsprechung hat diesen sogenannten Rechtfertigungsgrund seit langer Zeit klar konturiert; typische Fälle sind

etwa der Verdacht der Kindesmisshandlung, aber auch die Verteidigung des Arztes gegen Beschuldigungen im Strafprozess.

Schließlich kommt als vierte Fallgruppe die Einwilligung des Patienten, die „Entbindung von der Schweigepflicht“ als Befugnis in Betracht. Diese hat grundsätzlich schriftlich zu erfolgen. Entscheidend ist, dass es sich um eine „informierte“ Einwilligung des Patienten handelt. Der Patient muss sich darüber im Klaren sein, zu welchem Zweck er inwieweit wen wann und wo von der Schweigepflicht entbindet. Hier ist bei der Formulierung der Entbindungserklärung auf Genauigkeit zu achten; allgemeine und pauschale Entbindungserklärungen reichen nicht aus.

Können Sie abschließend noch Empfehlungen zur Stellung des Schweigepflichtigen in einem Gerichtsprozess geben?

Die ärztliche Schweigepflicht führt zu einem höchstpersönlichen Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes. Nach Strafprozessrecht darf der Arzt schweigen, er muss es aber nicht. Die Strafverfolgungsbehörde muss ihn auf eine eventuelle Strafbarkeit und seine eventuelle Schadensersatzpflicht für den Fall, dass er seine Schweigepflicht durchbricht, hinweisen. Dies alles ist geregelt in § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO. Zusätzlich abgesichert wird diese Privilegierung durch ein Beschlagnahmeverbot. Ärztliche Unterlagen dürfen, soweit die Schweigepflicht reicht, im Ermittlungsverfahren auch nicht beschlagnahmt werden. Ist der Schweigepflichtige allerdings von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit durch den Patienten entbunden worden, dann lebt seine allgemeine staatsbürgerliche Zeugnispflicht wieder auf und er geht seiner Privilegierung wieder verlustig. Dasselbe System gilt im Zivilprozess (§§ 383, 385 StPO), im Besteuerungsverfahren (§ 102 der Abgabenordnung) oder im Verwaltungsgerichtsverfahren (§ 98 VwGO).

Sie sehen, der Gesetzgeber hat auch in der Abwägung zwischen der Findung der materiellen Wahrheit und

dem Schutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses zugunsten des Arztes entschieden.

Das wird die Leser ermutigen, sich mit dem Thema Datenschutz durchaus positiv und konstruktiv zu beschäftigen. Welchen Rat geben Sie den ärztlichen Kollegen als Fazit?

Ich ermuntere Sie, sich in Zweifelsfällen immer auch an einen fachkundigen Juristen zu wenden. Das kann ein Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, der Sächsischen Landesärztekammer oder auch unserer Behörde sein. Fragen der ärztlichen Schweigepflicht sind zwar im steten Fluss, die tatsächlichen und rechtlichen Umstände ändern sich regelmäßig. Dennoch folgen sie klaren gesetzgeberischen Grundentscheidungen und einer inneren Logik. Sie sind eben keine „Absurditäten“ oder randständige Wissensgebiete, sondern recht zentrale Grundlagen der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit.

Ich danke Ihnen, dass Sie uns das Thema Datenschutz verständlich, sachlich und konkret näher gebracht haben. Bedanken möchte ich mich auch für Ihr Angebot, bei Fragen im Kontext des Aufgabenfeldes Ihrer Behörde zur Verfügung zu stehen. Auf jeden Fall hat Ihnen die engagierte Diskussion der Teilnehmer der Veranstaltung deutlich gemacht, dass wir auf Ihre Unterstützung angewiesen sind – vielen Dank.

Im Nachgang der Veranstaltung entstand die Idee, die Ergebnisse als E-Learningtool allen interessierten sächsischen Ärzten zur Verfügung zu stellen. Dieses können Sie unter www.slaek.de unter Online-Lernplattform abrufen und die Fragen wie bei einer TED-Abfrage direkt beantworten. Das Ganze wird moderierend begleitet und die richtigen Ergebnisse erläutert. Wir hoffen, dass dieses neue Angebot Ihr Interesse weckt und freuen uns über diesbezügliche Rückmeldungen!

Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende der Sächsischen Akademie für
ärztliche Fort- und Weiterbildung

Sitzung des Senioren-ausschusses

Neue gesetzliche Grundlagen in der Pflege

An den Ausschuss „Senioren“ der Sächsischen Landesärztekammer wurden in den vergangenen Monaten wiederholt Probleme herangetragen, die vorzugsweise das weite Feld der Pflege betroffen. In der jüngsten Ausschusssitzung wurde deshalb dieses Thema besprochen.

Ein erster Komplex befasste sich mit der „Neuorientierung der Pflege nach dem Pflegestärkungsgesetz II“, referiert von Antje Köhler, Dipl.-Sozialpädagogin der Bülowh-Beratungsstelle für Senioren und deren Angehörige Dresden-Klotzsche.

Die neue gesetzliche Grundlage, die seit dem 1. Januar 2016 in Kraft ist, schafft rechtliche Grundlagen für:

- die Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes,
- die Definition von Leistungsansprüchen nach Pflegegraden,
- ein neues Begutachtungsverfahren des individuellen Pflegebedarfes,
- die Anpassung der Vergütungsansprüche im stationären Bereich.

Die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes wendet sich ab von einer rein somatischen Betrachtungsweise des Hilfebedarfes mit verrichtungsbezogenen Minutenwerten ohne Berücksichtigung von psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen. Sie stellt nunmehr die Ermittlung des Grades der verbliebenen Selbstständigkeit sowie die Gleichstellung von kognitiven Einschränkungen und psychischen Störungen in den Mittelpunkt der Bewertung. Damit verbunden ist die Einführung eines neuen Begutachtungsassessments in der Pflegeversicherung. Die Gutachter des Medizinischen Dienstes geben nicht nur Empfehlungen zu den neu geschaffenen Pflegegraden. Sie geben auch Empfehlungen zu Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation, Hilfs-

mittelversorgung sowie Maßnahmen der Krankenbehandlung.

Bei der Begutachtung werden die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit in sechs Lebensbereichen (Module) erhoben. Die Module betreffen folgende Lebensbereiche: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte. Darüber hinaus werden bei der Begutachtung Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten und der Haushaltdurchführung erfasst. Jedes Modul ist mit definierten Kriterien ausgestattet, die mit Punkten bewertet werden. Die Module haben jedoch eine unterschiedliche Gewichtung, die sich auf die ermittelte Endpunktzahl auswirken und die dann für die Zuteilung des Pflegegrades entscheidend sind. Die Unterteilung erfolgt in fünf Pflegegrade: von Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) bis Pflegegrad 5 (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung). Die Leistungen der Pflegeversicherung reichen bei Pflegegrad 1 mit 125,00 Euro als zweckgebundener Entlastungsbetrag bis 2.005,00 Euro bei Pflegegrad 5 als vollstationärer Leistungsbetrag. Personen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, müssen keinen neuen Antrag stellen. Die Pflegekassen nahmen zum 1. Januar 2017 automatisch die Überleitung vor.

In einem zweiten Komplex referierte Claudia Schöne, Bereichsleiterin Pflege/Häusliche Krankenpflege der AOK PLUS Sachsen und Thüringen unter anderem über das Thema „Begleitung einer hilflosen Person während einer stationären Behandlung“.

Nach § 11 des SGB V ist die Mitaufnahme einer Begleitperson mit Kostenertstattung durch die Krankenkassen bei einer dringlichen medizinischen Indikation grundsätzlich möglich. Sie ist jedoch vorzugsweise bei kindlichen Patienten oder Menschen mit schweren körperlichen oder geistigen Behinderungen vorgesehen. Für ältere Patienten mit kognitiven Störungen und sich daraus ergebendem erhöhtem Pflegeaufwand ist die zwingende medizinische Notwendigkeit oft eine Ermessensfrage. Nach § 39 SGB V liegt die Verantwortung für die Mitaufnahme der Begleitperson bei der stationären Einrichtung. Geriatrische Abteilungen mit einem an die Klientel angepassten Pflegeschlüssel sind in den Kliniken noch nicht durchgängig vorhanden. Der Freistaat Sachsen hat außerdem bisher keine allgemein gültigen Pflegeschlüssel etabliert. Es konkurrieren hier offensichtlich das SGB V und die Pflegegesetzgebung, ohne sich zu ergänzen oder an den Schnittstellen zu öffnen. Es wird eine Heraufordnung an die Politik gesehen, um künftig auch für diese rasch zunehmende Patientengruppe ausreichende pflegerische Bedingungen während der stationären Behandlung zu gewährleisten.

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende Ausschuss „Senioren“

22. Sächsisches Seniorentreffen



Schloss Waldenburg/Sachsen

© L. Hilpert

In diesem Jahr lud die Sächsische Landesärztekammer zum 22. Sächsischen Seniorentreffen nach Waldenburg ein. Die Ausfahrt stand unter dem Motto „Waldenburg – Historie und Handwerk erleben“. Bei überwiegend schönem Spätsommerwetter nahmen die Senioren Einblick in weniger bekannte aber sehr interessante Lokalitäten dieser kleinen Stadt.

Waldenburg hat eine lange Töpfertradition, die bereits im 14. Jahrhundert begann. Die Gäste der Ausfahrt besuchten die Keramikwerkstatt von Peter Tauscher. Hier wird diese Tradition gepflegt und wunderschöne Zier- und Gebrauchsgeräte produziert. Gegenstände als Unikate und in Kleinserien werden auf der Töpferscheibe frei Hand gedreht, danach individuell bemalt, dekoriert, glasiert und bei ca. 1.300°C gebrannt. Mit Bewunderung waren die Entstehung eines Kruges auf der Töpferscheibe und die Bemalung der Gegenstände mit traditionellen Mustern oder nach künstlerischen Vorlagen zu verfolgen. Viele Gäste machten von der Möglichkeit Gebrauch, ein fertiges Exponat im Shop der Werkstatt zu erwerben.

Nächste Besichtigungsstation war das historische Naturalienkabinett. Es befindet sich in der oberen Etage des Waldenburger Museumsgebäudes. Das 1840 von Fürst Otto Victor I. von Schönburg-Waldenburg gegründete Museum beherbergt in sechs

aufeinander folgenden Räumen über 8.000 naturkundliche Exponate, aber auch Objekte der Kunst, Instrumente aus Astronomie und Physik sowie Kuriositäten. Der Originalzustand wurde seit der Gründung vor 170 Jahren mit den historischen Vitrinen und der Präsentation der Schausammlung (einschließlich der knarrenden Fußbodendielen) nicht verändert. Man kam in ein „Museum im Museum“ und nahm sich vor, zum Beispiel das Schaf mit den zwei Köpfen irgendwann noch einmal zu besuchen.

Ein weiterer Baustein des Besichtigungsprogrammes war der Besuch der Ausstellung „Credo musicale – Bau und Wesen der Orgel“ im Residenzschloss Waldenburg. Die Ausstellung wurde auf Initiative der Sächsischen Orgelakademie erstellt. Nach einem Anspiel der wertvollen Jahn-Orgel in der Schlosskapelle konnten die Besucher einen Einblick in das Innenleben der Orgel durch ein Fenster an der Rückwand nehmen. Die Ausstellung vermittelt Kenntnisse unter anderen zu den selten einsehbaren klingenden Teilen der Instrumentenfamilie, deren Herstellung und Materialien.

An den Besuch der Orgelausstellung schloss sich die Besichtigung des Schlosses Waldenburg, Residenz der Fürsten Schönberg-Waldenburg an. Die herrschaftlichen Räume präsentieren sich im Neobarock und Jugendstil mit modernster technischer Ausstattung der Kaiserzeit. Das Schloss hat die Wirrnisse der Weltkriege und die Nutzung als Lungenheilanstalt in der jüngeren Geschichte in großen Teilen unbeschadet überstanden. Die erhaltene Ausstattung der Räume (zum Beispiel der wunderschönen Bibliothek) lässt die Besucher den Pomp und die Pracht des damaligen Lebens erahnen. Da auch für das leibliche Wohl gut gesorgt war, traten die Gäste des 22. Sächsischen Seniorentreffens am späten Nachmittag die Heimfahrt nach einem entspannten aber interessanten und wiederum an kollegialen Begegnungen reichen Tag zufrieden an.

In diesem Jahr nahmen 500 ärztliche Senioren und ihre Partner an der Ausfahrt teil. Da Fragen an den Seniorenausschuss zum Prozedere der Ausfahrten gestellt wurden, werden nachfolgend dazu einige Erläuterungen gegeben.

Die Tradition der Ausfahrten wurde 1996 begonnen. Anfänglich war das wichtigste Ziel, den Senioren die nach der Wende neu gegründete Kammer näher zu bringen. Bald wurden die Ausfahrten mit Sehenswürdigkeiten in Dresden und Umgebung angereichert und sind nun eine schöne und geschätzte Form, den kollegialen Zusammenhalt auch in der Phase nach der Berufstätigkeit zu pflegen. Anfänglich konnten alle Senioren zu den Ausfahrten eingeladen werden. Die Zahl der Kollegen im Ruhestand ist im Laufe der Jahre jedoch deutlich angestiegen und liegt gegenwärtig bei ca. 6.000 Kammermitgliedern in dieser Lebensphase. Aus logistischen Gründen war deshalb ein zweijährig alternierender Einladungsrhythmus eingeführt worden. Es erfolgte eine Einteilung in jüngere und ältere Senioren. Damit ergab sich zugleich der Vorteil, bei der Wahl der Ziele auf die mögliche geringere Mobilität der Älteren Rücksicht zu nehmen. Um alle interessierten Kollegen berücksichtigen zu können, sind jetzt bis zu sechs Termine vorzuhalten. Es werden gegenwärtig ca. 3.000 Einladungen pro Jahr verschickt. Da die Jahrgangsstärke (auch im jüngeren Alter) teilweise stark schwankt, wurden nach gewissenhafter Abwägung jeweils noch zusätzlich einzelne Jahrgänge der anderen Gruppe berücksichtigt. Damit wird erklärlich, warum mitunter Doppelungen der Jahrgangseinladungen vorgekommen sind. Der Seniorenausschuss prüft gegenwärtig andere Alternativen für die Ausfahrten, um den Anforderungen auch künftig gerecht zu werden.

Heranziehung von Ärzten zur polizeilichen Aufgabenerfüllung

Nach intensiven Arbeiten unter Federführung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern sind dessen Erlasses zur Heranziehung von Ärzten zur polizeilichen Aufgabenerfüllung sowie Vergütung ärztlicher Leistungen für Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchungen und Blutentnahmen aus dem Jahr 2001 novelliert worden.

Grund hierfür war, dass es seit Längerem erhebliche Probleme für die Polizei gab, bei der Veranlassung ärztlicher Leistungen geeignete Ärzte zu finden. Zudem besteht keine Verpflichtung für Ärzte zur Mitwirkung. Schließlich wurden in der Vergangenheit wiederholt auch ungeklärte Haftungs- und Versicherungsfragen sowie eine unzureichende Vergütung bemängelt.

Seit Mitte des Jahres 2014 beriet daher eine Arbeitsgruppe, an der neben dem Sächsischen Staatsministerium des Innern auch Vertreter des Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen, der Sächsischen Landesärztekammer, der Polizeidirektionen sowie des Polizeiverwaltungsamtes beteiligt waren, in zahlreichen Sitzungen und Unterarbeitsgruppen Konzepte und Lösungen zu den genannten Problemstellungen.

Die Ergebnisse der intensiven Zusammenarbeit aller Partner dieses Gremiums finden nunmehr ihren Niederschlag in den zum 1. September 2017 in Kraft getretenen Erlassen des Sächsischen Staatsministeriums des Innern.

Zu den bereits benannten Problemstellungen sollen im Folgenden noch einige detailliertere Informationen gegeben werden.

Haftungs- und Versicherungsfragen

Bislang waren Ärzte im Auftrag der Polizei bei Blutentnahmen und Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchungen nicht hinreichend versichert.

Dies galt beispielsweise, wenn ein Arzt während einer Blutentnahme vom Betroffenen angegriffen wurde. In diesen Fällen war nicht eindeutig geregelt, wer für Schäden aufkommt beziehungsweise welche Versicherung eintritt.

Klargestellt ist nunmehr, dass die Haftung des untersuchenden Arztes im Zusammenhang mit der Ausführung der vertraglichen Tätigkeiten (Grundlage sind Mustervereinbarungen, die ebenfalls Bestandteil der Erlasses sind) der Amtshaftung unterliegt. Der Freistaat Sachsen haftet für durch den Arzt bei Blutentnahmen/der Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchung eingetretenen Personen-, Sach- und Vermögensschäden beim zu behandelnden/untersuchenden Dritten. Die Haftung ist auf maximal sechs Millionen Euro begrenzt. Gemäß Art. 34 Satz 1 Grundgesetz (GG) greift der Freistaat Sachsen bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit auf den (be)handelnden Arzt zurück. Erleidet demgegenüber der Arzt durch den zu behandelnden/untersuchenden Dritten bei Blutentnahmen/der Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchung einen Sachschaden, greift eine Haftung des Freistaates Sachsen für den Sachschaden analog § 81 des Sächsischen Beamten gesetzes (SächsBG).

Erleidet der Arzt auf dem Weg zur Blutentnahme/Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchung einen Unfall beziehungsweise wird er durch den zu behandelnden/untersuchenden Dritten geschädigt, haftet der Freistaat Sachsen bis zu einer Höchstgrenze von 175.000,00 Euro, orientiert am Grad der Beeinträchtigung sowie subsidiär und begrenzt für Heil- und Bergungskosten.

Allerdings greift diese Haftungsübernahme auch nur in den Fällen, in denen keine anderweitige Absicherung/Haftung durch Dritte besteht. Der Unfallversicherungsschutz von Krankenhausmitarbeitern richtet sich nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuchs (SGB) VII (Gesetzliche Unfallversicherung). So sind Beschäftigte des Krankenhauses nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII im Rahmen ihrer Dienstaufgabe gesetzlich unfallversichert.

Vergütung

Bei der Vergütung der ärztlichen Leistungen gibt es künftig eine vereinfachte Abrechnung. Eine Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchung, aber auch Blutentnahmen müssen nicht mehr nach den einzelnen erbrachten Untersuchungsschritten abgerechnet werden, sondern können als Gesamtsumme, als Ergebnis von hierzu gebildeten Leistungskomplexen, geltend gemacht werden. Für Ärzte bedeutet die neue Regelung eine deutliche Erleichterung. Hierbei wurde zugleich auf eine moderate Steigerung der Vergütung Wert gelegt. Ziel ist es, hiermit eine Verwaltungsvereinfachung im Rahmen der Abrechnung und Erstattung der für die Polizei erbrachten ärztlichen Leistungen zu erreichen und die Mitwirkungsbereitschaft bei den Ärzten deutlich zu erhöhen.

Einsehbar sind die maßgeblichen Leistungskomplexe unter www.slaek.de → Ärzte → Informationen → Polizei: Heranziehung von Ärzten zur polizeilichen Aufgabenerfüllung.

Mustervereinbarungen für Kooperationen der Polizei mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten

Um die tatsächliche Zusammenarbeit der Polizei mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten auch rechtlich abzusichern, wird empfohlen, Kooperationsvereinbarungen abzuschließen. Hierfür wurden Mustervereinbarungen entwickelt, die unter www.slaek.de unter Ärzte → Informationen → Polizei: Heranziehung von Ärzten zur polizeilichen Aufgabenerfüllung abrufbar sind. Für bereits bestehende Kooperationen zwischen Polizei und Ärzten, die keinen Kooperationsvertrag geschlossen haben, sind gegebenenfalls einzelvertragliche Vereinbarungen zu schaffen.

Weitere Informationen zu den Leistungen für die Polizei bietet der Flyer „Arzt im Auftrag der Polizei“ abrufbar unter www.slaek.de.

Ass. jur. Michael Kratz
Rechtsreferent

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Seniorentreffen KÄK Dresden (Stadt)

Die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) lädt ein zum **Seniorentreffen, am 5. Dezember 2017, 15.00 Uhr** im Festsaal Carl Gustav Carus der Sächsischen Landesärztekammer.

Der Referent **Dr. Ing. Hans-Joachim Jäger**, Geschäftsführer der Gesellschaft zur Förderung der Frauenkirche Dresden e. V., spricht zum Thema „**Bald feiern wir die 25. Weihnachtliche Vesper vor der Frauenkirche. Vorweihnachtliche Einblicke aus ihrer Geschichte und Gegenwart**“. Seien Sie zu Vor-

trag, gemütlichem Stollenessen und bei Interesse ab 14.00 Uhr zur offenen Seniorenausschuss-Sitzung herzlich willkommen!

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende der Kreisärztekammer Dresden (Stadt)

Verdoppelung der Prüfungsvergütung bei Prüfungen nach Approbationsordnung

Die Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über die

Vergütung der Prüfer bei Prüfungen nach den Approbationsordnungen für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Tierärzte und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurde geändert und die bisher übliche Vergütung verdoppelt,

diese werden nun mit dem Faktor 2 angesetzt.

Sie finden die Liste der Vergütungssätze unter <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/4312#xanl>.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Arzt in Sachsen – Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung

Einladung zum 10. Jubiläum

Die Sächsische Landesärztekammer lädt recht herzlich zur Jubiläumsveranstaltung „Arzt in Sachsen – Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung“ ein.

Die Veranstaltung richtet sich ganz besonders an Ärzte in Weiterbildung und wird in Kooperation mit der KV Sachsen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen, der Sächsischen Ärzteversorgung sowie der Deutschen Apotheker- und Ärztebank nunmehr zum 10. Mal durchgeführt.

Die sehr persönliche Beratung und der umfassende Erfahrungsaustausch lässt die Teilnehmerzahl jedes Jahr steigen und auch 2018 werden wieder zahlreiche Interessierte erwartet. Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen, erfahrene Ärzte und Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser und Rehabilitations-

kliniken informieren und beraten zu Chancen und Einsatzmöglichkeiten im ambulanten Bereich, im stationären Bereich und im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Außerdem werden verschiedene Workshops angeboten, die gerade für Kollegen in der Orientierungsphase relevant sind:

- Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Keine Angst vorm Notfall – Knowhow gegen den Stress
- „Herr Doktor, was ist denn mit mir los?“ – Das erfolgreiche Arztgespräch
- Altersvorsorge? Darum kümmere ich mich morgen!
- Traumjob Hausarzt?!
- Junger Arzt trifft alten Patienten – von der Begegnung mit dem Lebensende
- Der Landarzt: ein Erfolgsmodell für die Zukunft
- Arbeiten als angestellter Arzt in einer Praxis
- Ihre eigene Praxis – Warum die Niederlassung für Sie vorteilhaft ist.
- Finanzielle Grundlagen für das Berufs- und Privatleben

■ Der Arzt als Steuerzahler – Vom Assistenzarzt bis zur Niederlassung

Bitte merken Sie sich diesen Termin vor, wir freuen uns, wenn wir so in den Dialog mit Ihnen treten können. Alle Kollegen, die noch keinen Facharzt erworben haben, erhalten eine persönliche Einladung per Post. Die Einladung und das Programm stehen auch in Kürze zum Download unter www.slaek.de unter dem Menüpunkt „Weiterbildung“ zur Verfügung.

Fragen zur Veranstaltung beantworten wir Ihnen per E-Mail arzt-in-sachsen@slaek.de.

Informationsveranstaltung für Ärzte in Weiterbildung
3. Februar 2018, von 10.00 Uhr bis 15.30 Uhr, Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Typisierungs- und Registrierungsaktion der DKMS an zwei Dresdner berufsbildenden Schulen

Manchmal braucht es nur einen kleinen Anstoß, um etwas Gutes zu tun. Am Ende der Sommerferien erreichte der Hilferuf einer ehemaligen Kollegin die Medizinische Berufsfachschule des Städtischen Klinikums Dresden und das Berufliche Schulzentrum (BSZ) für Gesundheit und Sozialwesen „Karl August Lingner“ in Dresden. So traurig die Nachricht und die Diagnose Blutkrebs auch war, so überwältigend war auch die spontane Zusage zur Hilfe der Lehrer an beiden Schulen.

Innerhalb weniger Tage wurde deutlich, dass sowohl die Bereitschaft zur Registrierung bei der DKMS (Deutsche Knochenmark Spenderdatei) und damit die Bereitschaft als potentieller Stammzellspender in Frage zu kommen, als auch der Einsatz für verschiedene Spendenaktionen nicht nur bei den Lehrkräften an beiden Schulen riesig waren, sondern auch bei den Schülern.

In Zusammenarbeit mit der DKMS wurde für den 20. September 2017 die Registrierung in Dresden vorbereitet. Für mehrere Hundert freiwillige potentielle Stammzellspender unter der Schüler- und Lehrerschaft musste die Speichelabgabe koordiniert werden.

Am Vormittag referierten ab 8.00 Uhr in Dresden-Friedrichstadt die

zuständige Mitarbeiterin der DKMS sowie ein erfolgreicher Stammzellspender vor einer wirklich interessierten Schülerschaft der Medizinischen Berufsfachschule und einigen auswärtigen Gästen. Im Anschluss an die Vorträge, in denen alle Fragen zur Stammzellenspende beantwortet wurden, ließen sich ca. 200 Personen registrieren. Dabei stellte sich heraus, dass ein Teil der Schüler bereits bei der DKMS gelistet ist. Ab 12.00 Uhr hörten über 300 aufmerksame Personen auch in der Aula des BSZ in Dresden-Pieschen die notwendigen Informationen zur Stammzellenspende. Auch hier wurde deutlich, dass für viele an Blutkrebs erkrankte Menschen die Stammzellenspende die letzte Hoffnung auf Heilung darstellt. Danach ließen sich in zwei Stunden knapp 270 Personen für die Datei der DKMS registrieren. So kamen an diesem Tag in Dresden über 400 neue potenzielle Stammzellspender hinzu – ein großartiger Erfolg! Nach Information der DKMS ist die Hoffnung, unter den vorwiegend jungen Menschen einen passenden Spender für einen erkrankten Patienten zu finden, besonders groß. Hoffen wir, dass sich erste Erfolgsmeldungen bald einstellen.

Über die finanzielle Unterstützung der DKMS ist ein abschließendes Resümee noch nicht möglich, da viele Spendenaktionen, wie Bücher- und Kuchenbasare, Keramikverkauf oder individuelle Barspenden von Klassen und Lehrkräften noch bis in den November hinein laufen. Sicher ist aber, dass sich die DKMS über einen vierstelligen Betrag freuen wird. Spenden sind unter dem Akti-



Registrierung potenzieller Stammzellspender

© BSZ

onscode DKMS „BIZ 821“ weiterhin möglich.

Beide Schulleitungen und die DKMS danken allen Teilnehmern und Helfern der Aktion sowie den zahlreichen Organisatoren der Spendenaktionen und natürlich den vielen, vielen Spendern.

In diesen Tagen wurde wieder deutlich, dass es gar nicht so schwer ist, Gutes zu tun.

Grundsätzlich kann sich jeder im Alter zwischen 17 und 55 Jahren als potenzieller Stammzellspender registrieren lassen. Nähere Infos unter www.dkms.de.

Manuela Röhle
Schulleiterin des Berufsschulzentrums für
Gesundheit und Sozialwesen
„Karl August Lingner“, Dresden

Konzerte und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Michael Hofmann
Der besondere Moment
bis 21. Januar 2018

Volker Lenkeit
vom häuten und filetieren des menschen
25. Januar bis 22. April 2018
Vernissage: Donnerstag,
25. Januar 2018, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. Teresa Ende,
Kunsthistorikerin, Dresden

Programmvorschau
3. Dezember 2017, 11.00 Uhr

Junge Matinee „Weihnachtsträume & Lieder aus aller Welt“
Studierende der Klarinettenklasse von Prof. Joachim Klemm und der Liedklasse von KS Prof. Olaf Bär, Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden, gestalten ein Adventsprogramm von Humperdincks Musik bis zu eingängigen Volksweisen.
Am Flügel: Prof. Sonja Gimaletdinow

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können

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

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

Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Versorgungsebenen sind der Inter-

netpräsenz der KV Sachsen zu entnehmen:

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/C061	Psychologische Psychotherapie –Verhaltenstherapie (hälf'tiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	24.11.2017
17/C062	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie	Stollberg	11.12.2017
17/C063	Kinder- und Jugendmedizin	Mittweida	11.12.2017

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/D072	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (hälf'tiger Vertragsarztsitz)	Bautzen	24.11.2017
17/D073	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dresden, Stadt	11.12.2017
17/D074	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Dresden, Stadt	24.11.2017
17/D075	Orthopädie	Dresden, Stadt	11.12.2017
17/D076	Kinder- und Jugendmedizin	Hoyerswerda, Stadt/Kamenz	24.11.2017
17/D077	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie (hälf'tiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Riesa-Großenhain	24.11.2017
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
17/D078	Anästhesiologie	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	24.11.2017
17/D079	Anästhesiologie	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	24.11.2017

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
17/L050	Allgemeinmedizin*)	Eilenburg	11.12.2017
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/L051	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipzig, Stadt	11.12.2017
17/L052	Chirurgie	Delitzsch	24.11.2017

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

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Chemnitz	geplante Abgabe: 31.03.2018
Allgemeinmedizin*)	Chemnitz	geplante Abgabe: 31.03.2018
Allgemeinmedizin*)	Chemnitz	geplante Abgabe: sofort, spätestens 01.12.2018
Praktische Ärztin*)	Freiberg	geplante Abgabe: 2019
Allgemeinmedizin*)	Marienberg	geplante Abgabe: 12/2018
Allgemeinmedizin*)	Marienberg	geplante Abgabe: 12/2017
Innere Medizin*)	Plauen	geplante Abgabe: 12/2017
Allgemeine fachärztliche Versorgung		
Kinder- und Jugendmedizin	Freiberg	geplante Abgabe: 1/2018 bis 2/2018

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: Februar 2018
Allgemeinmedizin*)	Löbau Ort: Herrnhut	Abgabe: III/2018
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: März 2019
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: Ende März 2019
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: 2017/2018
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: ab 2018
Allgemeine fachärztliche Versorgung		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Löbau-Zittau Ort: Ebersbach-Neugersdorf	Abgabe: IV/2020

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

Weibliche Genitalverstümmelung

Erfahrungen aus der Flüchtlingsambulanz Dresden

K. Hensel

Frauen, die an den Folgen einer Genitalverstümmelung (Female genital mutilation/cutting, kurz FGM/C) leiden, waren bisher eine Ausnahme in den Dresdner Frauenarztpraxen.

Durch die Einreise vieler Migrantinnen hat sich dies nun deutlich geändert. Aktuell leben 47.000 betroffene Frauen in Deutschland. Laut einer empirischen Studie von INTEGRA 2017 sind das 30 Prozent mehr als 2013. Nach Schätzungen sind außerdem zwischen 1.500 und 5.700 in Deutschland lebende Mädchen von Genitalverstümmelung bedroht.

Daher möchte ich basierend auf dem im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2006, erschienenen Artikel des Gesprächskreises „Ethik in der Medizin“ und den Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (siehe „Deutsches Ärzteblatt“, Heft 5/2006, S. A-285) noch einmal auf dieses Thema aufmerksam machen.

Weibliche Genitalverstümmelung ist in 28 afrikanischen Ländern südlich der Sahara verbreitet und wird dort seit Jahrtausenden praktiziert (Abb. 1). Als Ursprungsland wird Ägypten gesehen. Dort wurden mumifizierte Frauen von vor 500 Jahren v. C. mit entsprechenden Anzeichen gefunden.

Die WHO bezeichnet als weibliche Genitalverstümmelung alle Verfahren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen, nichttherapeutischen Gründen.

Dazu gibt es folgende Typisierung (Abb. 2):

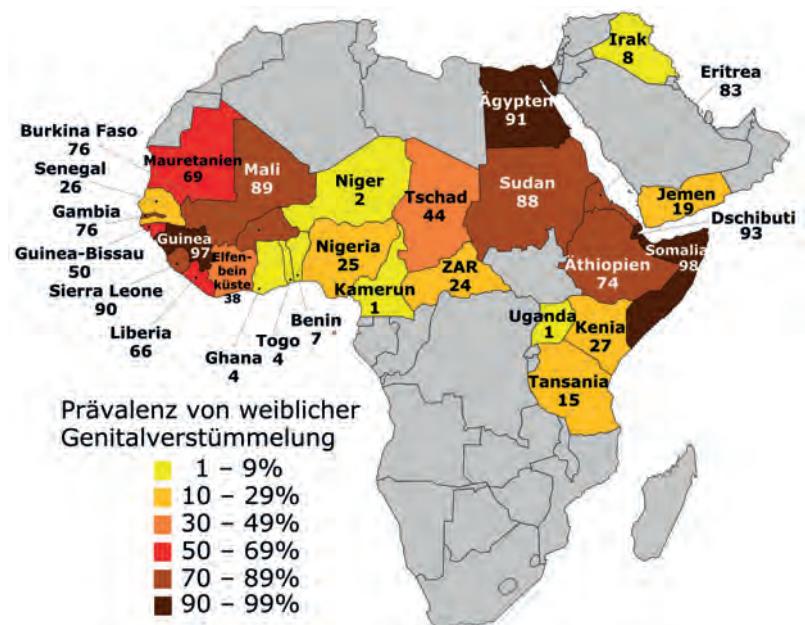


Abb. 1: Prävalenz von FGM in Afrika

© UNICEF 2015

Typ I: Exzision des Praeputium clitoridis mit oder ohne Exzision eines Teiles oder der ganzen Klitoris.

Typ II: Exzision von Klitoris und Praeputium zusammen mit einem Teil der kleinen Labien oder den kleinen Labien in toto.

Typ III: Exzision eines Teils oder der gesamten äußeren Genitalien und anschließendes Vernähen/Verengen der Vaginalöffnung (Infibulation). Infibulation bedeutet die komplette Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, ebenso wie die Innenseite der großen Schamlippen. Die beiden Seiten der Vulva werden anschließend mit Dornen, Seide oder Tierdarm so zusammengenäht, dass sie, wenn die verbleibende Haut der großen Schamlippen heilt, eine Brücke aus Narbengewebe über der Vagina bilden.

Eine kleine Öffnung für den Abfluss von Urin und Menstruationsblut wird durch das Einführen eines Fremdkörpers gewährleistet. Die Beine des Mädchens werden manchmal vom Knöchel bis zur Hüfte zusammengebunden, so dass sie mehrere Wochen immobil ist, bis sich Narbengewebe über der Wunde gebildet hat.

Typ IV: Bezeichnet die verschiedensten Formen beziehungsweise Variationen der FGM, welche nicht näher klassifiziert werden können.

In der Flüchtlingsambulanz Dresden sehen wir Frauen aus mehreren Ländern, in denen FGM praktiziert wird, vor allem aus Somalia, Eritrea, Äthiopien, Ägypten und dem Irak.

Zum Teil sind es unbegleitete minderjährige, die ihren Betreuerinnen durch erhebliche Dysmenorhoen auffallen, junge Frauen mit rezidivierenden Harnwegsinfekten oder unklaren Unterbauchschmerzen oder schwangere Frauen. Jedoch ebenso Frauen ohne offensichtliche physische Beschwerden. Je nach Herkunftsland und Tradition ihrer Familien wurden die Mädchen in unterschiedlichem Alter und Ausmaß beschnitten.

Im Irak betrifft es vor allem die im Norden lebenden Kurdinnen. Acht Prozent der 15 bis 49-Jährigen sind entsprechend einem Grad I FGM beschnitten.

In Ägypten ist FGM/C seit 2007 verboten. Dennoch sind 87 Prozent der Mädchen und der Frauen (15 bis 49 Jahre) genitalverstümmelt. Zu 78 Prozent wird der Eingriff hier durch medizinisches Personal nicht staatlicher Krankenhäuser durchgeführt (Medikalisierung), da ein beschnitte-

nes äußeres weibliches Genital zum Schönheitsideal der Frauen gehört. In Eritrea findet vor allem die Klitoridektomie Typ I der Genitalverstümmelung statt.

83 Prozent der Mädchen und Frauen (15 bis 49 Jahre) sind betroffen. Davon bereits 60 Prozent vor ihrem fünften Geburtstag.

Da FGM und weitere Themen zur Genitalgesundheit tabu sind, wissen die betroffenen Frauen meistens nicht, ob, wann und in welchem Maße die Verstümmelung stattgefunden hat. Nach Grad I FGM ist die Miktion meistens ungestört möglich und die Vagina passierbar. Spontangeburten sollten diesbezüglich ohne Probleme möglich sein.

Somalia gehört zu den Ländern mit der höchsten Rate an FGM. Hier sind 98 Prozent der Mädchen und Frauen zwischen 15 und 49 Jahren genitalverstümmelt. FGM/C markiert in Somalia, Kenia, Äthiopien, Uganda und weiteren Ländern den Übergang von der Kindheit zum Frausein und wird, je nach Wirtschaftslage der Familien, mit einem großen Fest als Initiationsritual gefeiert.

Zu 63 Prozent werden die Mädchen infibuliert (Grad III FGM). Dadurch kommt es zu einer deutlich verzögerten Harnentleerung, was die Frauen häufig dazu veranlasst, wenig zu trinken und damit die erhöhte Prävalenz der Harnwegsinfekte noch steigt. Es kann zu einem verzögerten Abfließen des Menstrualblutes kommen – bis hin zu erheblichen Mengen von angestautem Blut in Scheide und Gebärmutter.

Je nach Ausmaß der Infibulation kann die Scheide für den Geschlechtsverkehr und damit auch für gynäkologische und geburtshilfliche Untersuchungen passierbar sein.

Auf Grund des späteren Zeitpunktes der Beschneidung können sich die jungen Frauen an das Ereignis erinnern. Dadurch sind sie verstärkt auch psychisch beeinträchtigt und es kommt häufig zu Retraumatisierungen, flash backs und einem erheblichen Vertrauensverlust, da das Trauma durch die eigenen Mütter oder Großmütter initiiert wurde. Auch nach Infibulation sollte eine

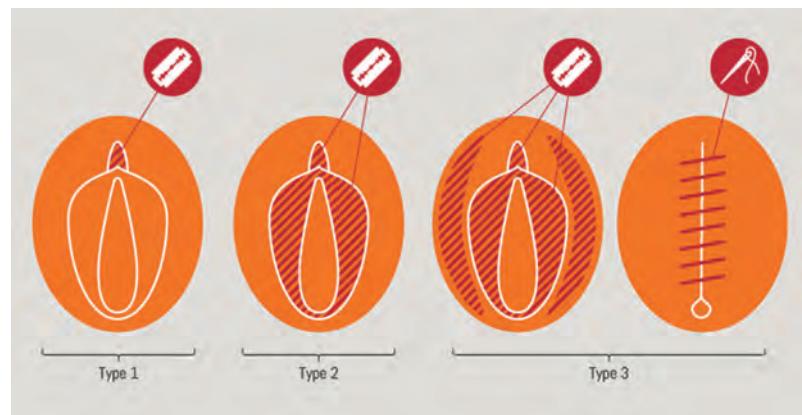


Abb. 2: Grafische Darstellung der FGM-Typisierung

© Terre des Femmes

Spontangeburt angestrebt werden. Dabei ist es wichtig, dass die Narbenspange unter der Geburt unter ausreichender Analgesie geöffnet wird und die Wundränder chirurgisch versorgt werden (Defibulation). Ein erneuter Verschluss – eine Refibulation – ist in Deutschland und weiteren europäischen Ländern nicht erlaubt, da es keinen medizinischen Grund dafür gibt.

Das Prozedere während der Geburt und insbesondere der für die Frau bis dahin unbekannte Zustand der Defibulation sollte bereits frühzeitig in der Schwangerschaft sensibel mit dem Paar besprochen werden.

Junge Mädchen mit FGM/C II – III, die noch nicht verheiratet sind oder Frauen, die nach Geburten in ihrem Heimatland refibuliert wurden, können sich auf eigenen Wunsch in Deutschland jederzeit einer korrigierender Operation unterziehen. Bisher äußerte nur eine junge Frau aus unserer Praxis diesen Wunsch.

Klitorisrekonstruktionen werden unmittelbar peripartal nicht empfohlen und sollten nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin und von diesbezüglich erfahrenen Operateuren durchgeführt werden.

FGM/C und Dresden

Die Projektgruppe „Desert Flower Dresden“ (AKIFRA e.V.) als Teil des FrauenNetzwerk Dresden hat zwei Schwerpunkte:

1.) Integration der in Dresden lebenden Familien mit betroffenen Frauen und von FGM/C bedrohten Kinder.

Damit wollen wir vermeiden helfen, dass sich Parallelgesellschaften entwickeln, in denen diese Menschenrechtsverletzung weiter traditionsbedingt stattfinden kann. Dafür fanden zum Beispiel Familien-Picknicks im Großen Garten statt, als „Marktplatz“ für Bedürfnisse (Sprachangebote für Mütter mit vielen kleinen Kindern, Fahrradfahren lernen, Vermittlung von Grundlagen für handwerkliches Arbeiten zu Hause, wie Kleider nähen oder Schmuck herstellen) – und Angebote von unserer Seite.

Dabei konnten wir eine junge Frau aus Somalia finden, die in ihrem Heimatland Anti-FGM Projekte durchgeführt hat und ab sofort mit uns in Dresden wirksam werden kann.

2.) Öffentlichkeitsarbeit/Schulungen
Über die Schulung von Hebammen, Sozialarbeitern, Mitarbeitern im Gesundheitsamt (Schulaufnahme-Untersuchungen), dem Jugendamt und von Pädagogen wollen wir für dieses Thema sensibilisieren. Die Eltern aus den betroffenen Herkunftsändern sollen von jeder Stelle das Signal bekommen, dass FGM/C in Deutschland strafbar ist und ihren Mädchen bis zur Volljährigkeit die Ausreise in ihr Heimatland verwehrt werden kann.

Dafür ist das Thema FGM/C zum Beispiel ab diesem Jahr ein Bestandteil des Studium Generale an der Evangelischen Hochschule.

Nicht zuletzt wollen wir mit diesem Artikel Fachkollegen für dieses Thema sensibilisieren.

In Anlehnung an die Ziele der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie

und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) ist uns dabei Folgendes wichtig:

1. Ein Bewusstsein für das Vorliegen psycho/somatischer Beschwerden von Frauen in deren Herkunfts-ländern FGM durchgeführt wird und damit ein „Vorbereitet-sein“ auf den Untersuchungsbefund schaffen
2. keine primären Kaiserschnitte auf Grund FGM, keine Refibulatio nen

Update Infektionsschutz in Klinik und Praxis

Zu dem Artikel von Dr. med. Dr. biol. hum. Katja de With „Antibiotic Stewardship: Rationale Antibiotikaversorgung in Krankenhaus und Praxis“ („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2017) erreichte uns ein Leserbrief von Prof. Dr. med. habil. Christian Tauchnitz und Prof. Dr. med. habil. Werner Handrick, den wir auszugsweise veröffentlichen möchten:

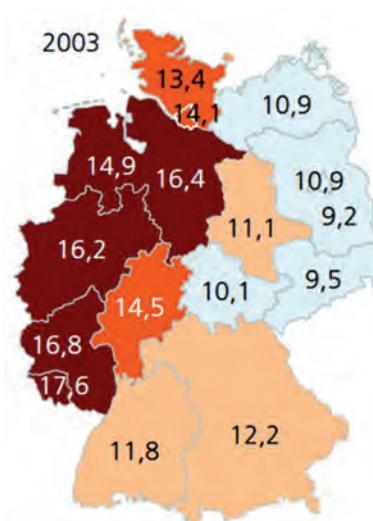
Als Mikrobiologen und Kliniker interessiert uns die Antibiotikaproblematik seit Beginn unserer ärztlichen Tätigkeit. Es war deshalb kein Zufall, dass der damalige Leipziger Bezirksarzt uns 1983 beauftragte, die Federführung einer Arbeitsgruppe zu übernehmen, die die Richtlinien für den rationellen Umgang mit Antibiotika verfasste. Diese wurden dann als Bezirksärztliche Richtlinien jedem Arzt zugängig gemacht. Sie erschienen in loser Folge bis 1985. Die Auswertung der Ergebnisse übernahm dankenswerterweise die Bezirksapotheke-Inspektion. Sie wurden 1987 gemeinsam publiziert. Zu aller Überraschung hatten die Ärzte der Region die Empfehlungen akzeptiert. Die seit Jahren jährlich um sieben bis neun Prozent steigende Antibiotika-Verordnung im ambulanten Bereich war erstmalig rückläufig geworden! Die Ostberliner Gesundheitsbehörden erreichten es bis 1989, offenbar per Anweisung, dass die anderen

3. Thematisierung/Tabubruch von FGM in der Schwangerschaft und Aufklärung über die veränderte Anatomie nach der Geburt
4. Schutz der Mädchen vor FGM (zum Beispiel „Ferienbeschneidungen“ im Heimatland) durch Aufklärung der Familien, Gesundheitsämter und Pädagogen.

Hinweisen möchte ich an dieser Stelle auf eine Fachtagung zum Thema „Medizinische, rechtliche und soziale Aspekte der weiblichen Genitalbeschneidung“.

Sie wird von der Gleichstellungsbeauftragten der Stadt Dresden in Zusammenarbeit mit mehreren Arbeitsgruppen veranstaltet und findet am **6. Dezember 2017** im Rathaus der Stadt Dresden statt.

Dr. med. Kristin Hensel
Flüchtlingsambulanz Dresden
Fiederstraße 25, 01307 Dresden
E-Mail: kristin.hensel@gmx.net



Antibiotikaverordnung in Deutschland, 2003 © WldO-GKV-Arzneimittelindex

Bezirke die Leipziger Erfahrungen übernahmen. Das unerwartete Phänomen, man könnte auch von einem kleinen Wunder sprechen, liegt darin, dass die Ärzte in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung das neue Verordnungsverhalten beibehielten und es sogar an die nachfolgenden Kollegen weitervermittelten. Dieses auffällige West-Ost-Ge-fälle bei der Antibiotika-Verordnung war zunächst wohl gar nicht bemerkt worden. 2001 veröffentlichten die Krankenkassen ihre Daten. Diese wurden durch GERMAP-Daten von 2006 beziehungsweise 2008 ein-drucksvoll bestätigt. Im Vergleich zu den westlichen Bundesländern lagen alle neuen Bundesländer unter dem dortigen Durchschnitt. Sachsen kam auf 9,7 DDD (definierte Tagesdosen) pro 1.000 Versicherte (Stand 2008), das heißt die Verordnung lag um ein Drittel unter dem Durchschnitt der

westlichen Bundesländer! Eine Studie von 2014 der Betriebskrankenkassen (publiziert 2016) zeigt, dass sich daran kaum etwas geändert hat. Diese Fakten beschäftigten sogar die Tageszeitungen. Als Ursache wurden zunächst die Folgen der sozialistischen Mangelwirtschaft in den neuen Bundesländern verantwortlich gemacht und für die höheren Verbrauchs-zahlen im Westen die Nähe zu Frankreich und Belgien (Länder mit einer relativ hohen Verordnung) genannt. Unsere Erklärung der großen regionalen Unterschiede der Antibiotika-Verordnung in Deutschland wurde 2009 in einer Fachzeitschrift publiziert.

Bis in die letzten Jahre, man kann schon sagen bis heute, wurden die immer wieder bestätigten Fakten mit dem Kommentar „Ursache unbekannt“ versehen. Ein Zusammenhang mit gezielten ärztlichen Bemühungen aus DDR-Zeiten wurde bisher offiziell nicht akzeptiert. Wir waren natürlich an einer breiteren Auswirkung unserer Bemühungen interessiert. Wir wendeten uns zunächst an das BMG, um Rat und Hilfe anzubieten. Beim zweiten Anlauf erhielten wir von der Parlamentarischen Staatssekretärin Frau Widmann-Mauz den Bescheid, die Bundesrepublik sei mit ihrem guten Mittelpunkt im europäischen Vergleich hinsichtlich des Antibiotika-Verbrauchs ganz zufrieden und sehe keinen Handlungsbedarf. Dabei müsste es doch möglich sein, den deutschen Verbrauch auf das Niveau der europäischen Spitzenreiter

Schweiz und Niederlande von unter 10 DDD/1.000 Versicherte zu senken, zumal das in Sachsen schon vor Jahrzehnten möglich war.

Es ist festzustellen, dass es der Bundesrepublik Deutschland nicht gelungen ist, nach der Wende, also nach mehr als einem Vierteljahrhundert, flächendeckend Verbrauchswerte von Antibiotika zu erreichen, die Sachsen vor rund 30 Jahren schon aufwies und mit kleinen Abstrichen bis heute erhalten konnte!

Nachdem die Untersuchungen der Betriebskrankenkassen von 2014 (veröffentlicht 2016), erneut die

Nachhaltigkeit der Leipziger Bemühungen von 1983 bis 1985 belegten und gleichzeitig zeigten, dass die BMG-Bemühungen über DART bisher erfolglos blieben, sollten die Verantwortlichen endlich einsehen und zugeben, dass das Wort des Jahres 2016 „postfaktisch“ in der medizinischen Wissenschaft keinen Platz hat. Denn postfaktisch bedeutet kontrafaktisch (englisch heißt „post truth“ wahrheitswidrig). Den Fakten muss man sich stellen! Man kann sie nicht wegdiskutieren. Man muss sie für die Zukunft nutzen! Ignoranz und Arroganz haben seit Jahrzehnten bedauerliche Versäumnisse in der bundesdeutschen Antibiotika-Strate-

gie bewirkt. Wie lange soll das so weitergehen? Wir halten ein umgehendes Umdenken für überfällig! Die östlichen Krankenkassen haben seit der Wende ca. 2,6 Milliarden Euro an Antibiotika-Kosten einsparen können. Die Frage nach der Ursache ist seitens der Krankenkassen bisher nicht gestellt worden. Mit der richtigen Antwort hätte man aber den Schlüssel für eine gesamtdeutsche gute Lösung in der Hand!

Literatur bei den Autoren

Prof. Dr. med. habil. Christian Tauchnitz,
Leipzig

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

Grippeimpfstoffe

Impfsaison 2017/2018

Sehr geehrte Redaktion,
in Anbetracht der unsäglichen Rabattverträge für Grippeimpfstoffe, die nun leider auch in dieser Saison greifen sollen, habe ich folgendes Schreiben an die AOK verfasst.
Ich bin überzeugt, dass ich vielen Kollegen und Patienten aus dem Herzen spreche und bitte um Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“.

Dr. med. Ines Ruck, Leipzig

Schreiben an die AOK:
Sehr geehrte Damen und Herren,
Ich befinde mich in einem ethischen Dilemma. Die Impfung gegen Influenza ist eine von der STIKO empfohlene Impfung und damit eine Pflichtleistung der Krankenkassen. Sowohl in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen §20i Abs. 1 SGB V wie auch in der Empfehlung der STIKO wird ein Impfstoff mit der von der WHO festgelegten Zusammensetzung empfohlen. In den letzten Jahren waren wir Ärzte durch Rabattverträge (zwischen Krankenkassen und Impfstoffherstellern) gezwungen, entgegen besseren Wissens im großen Stil den rabattierten, trivalenten Impfstoff zu wählen. Dieser unsägliche Zustand sollte jetzt ein Ende haben, bis mich ein Brief der

AOK (stellvertretend für alle gesetzlichen Krankenkassen) erreichte. In diesem Schreiben werden wir Ärzte aufgefordert, auf Grund eines Urteils des OLG Düsseldorf im Sinne der Wirtschaftlichkeit auch in dieser Saison einen rabattierten und damit trivalenten Impfstoff zu verwenden. Hier geht es also nur und ausschließlich um finanzielle Beweggründe. Natürlich obliegt es mir, so wird geschrieben, in bestimmten Fällen auch den tetravalenten Impfstoff zu verabreichen.

Ich bitte nun um Hilfe, wie ich die Auswahl treffen soll, denn in der STIKO wird nicht zwischen Trivalent- und Tetravalent-Impfstoff unterschieden sondern nur – es besteht eine Indikation zur Influenza-Impfung. Soll ich vielleicht die Personen im Pflegeheim trivalent impfen, in der Hoffnung, dass durch vorangegangene Impfungen und vielleicht auch durchgemachte Erkrankungen eine Restimmunität bestehen könnte? Oder ist eine Übersterblichkeit dieser Personengruppe gewollt? Soll ich die meist jüngeren Patienten mit HIV, diejenigen, die einen guten Immunstatus haben und im Arbeitsleben stehen, trivalent impfen und damit riskieren, dass sie doch krank werden? Wie sind hier der volkswirtschaftliche Schaden (in Euro) und das persönliche Leid zu bewerten? Wie sieht genau dieses Problem für andere Patienten aus, diejenigen, die

arbeiten und/oder sich zu Hause um ihre Angehörigen kümmern? Wen darf ich so gut, wie es derzeit möglich ist, schützen – wer genau muss auf den bestmöglichen Schutz verzichten? Wie ist ein solches Verfahren vereinbar mit unseren Anstrengungen, Impfungen als eine der besten und wirksamsten Präventionsleistungen unseren Patienten nahezubringen und Impfraten zu steigern?

Ich möchte an dieser Stelle anmerken, dass ich ein wirtschaftliches Verordnen von Medikamenten aus Überzeugung unterstütze. Es ist ganz sicher egal (bis auf ganz wenige Ausnahmen), ob ein Patient sein RAMIPRIL von der Firma A, B oder C einnimmt. Ich glaube und vertrete diese Meinung auch gegenüber meinen Patienten – genau um finanzielle Mittel für neue und bessere Behandlungsmethoden zur Verfügung zu haben.

In Falle der Grippeimpfstoffe unterscheidet sich die tetravalente Vaccine jedoch QUALITATIV von den rabattierten Impfstoffen durch ein MEHR an Schutz.

Wie also soll ich das mit meinem ärztlichen Verständnis vereinbaren, ALLEN Patienten die bestmögliche Behandlung, den bestmöglichen Schutz zukommen zu lassen?

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Ines Ruck

Liebe Frau Kollegin Ruck,

vielen Dank für Ihren kritischen Beitrag zum Dauerstreit um die Grippeimpfstoffe. Ich stimme Ihren Ausführungen in vollem Umfang zu. Was hier auf dem Rücken der Ärzte und Patienten ausgetragen wird, erinnert schon an eine „Provinzposse“. Die verfasste Ärzteschaft in Deutschland hat sich eindeutig dafür ausgesprochen, nur noch den tetravalenten Grippeimpfstoff zu verwenden, der ein breiteres Spektrum erfasst und damit einen besseren Impfschutz gewährleistet (siehe Beschlüsse 120. Deutscher Ärztetag 2017, 55. Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer, November 2016). Dessen ungeachtet wurde seitens der Kassen weiterhin der trivale Impfstoff für 2017/2018 mit Verweis auf die Rabattverträge und die Kosteneinsparung geordert. Sind wir auch in der Medizin beim Prinzip „Mäc Geiz“ angekommen oder sollte nicht das Wohlergehen unserer Patienten im Vordergrund stehen? Die Verantwortungsträger haben den Schwarzen Peter wieder einmal (wie bei den Festlegungen zur Verordnung von Cannabisprodukten) den Ärzten zugeschoben, die nun medizinisch entscheiden sollen, wer Anspruch auf den tetravalenten Impfstoff hat. Was aber, wenn die Ärzte aus ihrer medizinischen Verantwortung heraus, zu viele „Ausnahmen“ festlegen. Werden wir dann wieder finanziell zur Verantwortung gezo-

gen? Wenn die Kassen solche „Sonderregelungen“ zulassen, liegt es in ihrer Verantwortung, den entsprechenden Personenkreis festzulegen. Das ist nicht unsere originäre Aufgabe. Dass der Streit die Öffentlichkeit erreichte, war eine logische Konsequenz. Wir sprechen vom mündigen Patienten. Diesen gilt es auch sachgerecht aufzuklären, was verantwortungsvoll handelnde Mediziner, wie zum Beispiel Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, getan haben, als alle anderen Versuche einer Rücknahme der Rabattverträge scheiterten. Die Reaktionen waren voraussehbar. Die DNN titelte am 18. Oktober 2017: „Ärger um Grippeimpfung: Ärzte sauer, AOK wütend, Patienten verschnupft“. AOK Chef Rainer Striebel verweist auf die Empfehlungen der STIKO, die nach wie vor den trivalenten Impfstoff empfiehlt und greift die SIKO mit der Begründung an, dass deren Empfehlungen für den tetravalenten Impfstoff nicht transparent und deswegen auch einmalig seien, weil es in keinem anderen Bundesland in Deutschland eine eigene Impfkommission gibt. Die SIKO ist aber in Teilen wesentlich weiter und wissenschaftlich begründet progressiver als die STIKO, was Herr Striebel offenbar nicht realisiert hat. Hier hat Sachsen wieder einmal die Nase vorn. Die Mitglieder der SIKO verfügen über eine Jahrzehntelange wissenschaftliche und praktische Erfahrung, die eben solche modernen Stellungnah-

men ermöglichen. Geprägt wurden sie über lange Zeit von Prof. Bigl, der sicher oft unbequeme Fragen stellt, aber auf Grund seiner fachlichen Kompetenz meistens Recht behält. Nach der Bundestagswahl haben praktisch alle Parteien gelobt, in Zukunft „klare Kante“ zu zeigen. Wir sollten diesem Beispiel folgen. Wenn die Kassen den trivalenten Impfstoff geordert haben, sollten wir ihn auch konsequent anwenden (und viele Praxen machen das bereits so!). Wir werden die Patienten aber darüber aufklären, dass es einen wirksamen Impfstoff gibt. Die Versicherten müssen dann selbst entscheiden, ob ihre Krankenkasse noch die Kasse ihres Vertrauens ist. Wechselmöglichkeiten gibt es bei über 100 Krankenkassen genügend.

Der Streit um den Grippeimpfstoff wird die Impffreudigkeit der Bevölkerung leider nicht steigern. Schade, denn wir haben in unserem Themenheft „Update Infektionsschutz in Klinik und Praxis“ („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2017) unter dem Titel „Wie können Impflücken geschlossen werden“ der Autoren J. Wendisch, N. Lahl und St. Mertens Hinweise zur Verbesserung des Impfschutzes gegeben. Vielleicht sollten die Verantwortungsträger der Kassen solche Hinweise einmal ernst nehmen.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder,
Dresden

Patientenrechte – Quo vadis?

Zu dem Editorial „Patientenrechte – Quo vadis?“ von Dr. med. Stefan Windau („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2017) erhielt die Redaktion von Dr. med. Rainer Kluge folgende Zuschrift:

Sehr geehrter Herr Kollege Windau, Ihr Editorial im Heft 10 unseres Ärzteblattes veranlasst mich, einige Überlegungen darzustellen. Nichts von dem, was Sie ausführen, halte ich für grundsätzlich falsch; dennoch

entspricht nach meiner Wahrnehmung das entstehende Gesamtbild nicht der aktuellen Realität.

Der Artikel greift ein wahrhaft brillantes Thema auf; insofern ist eine Stellungnahme im Ärzteblatt durchaus angemessen.

Das wiedergegebene Meinungsbild (Bezug Diskussionsveranstaltung der GKV-Spitzenverbände) ist aber keineswegs das einzige Meinungsbild in der Öffentlichkeit. Stimmen, vor allem im juristischen Lager, die Änderungen im Arzthaftungsbereich für sehr problematisch halten, sind natürlich nicht so prominent, aber

durchaus solide und verlässlich, und Gesetze werden von Juristen gemacht.

Das Problem, um das es im Grunde geht, ist die Frage, ob es im 21. Jahrhundert wirklich noch zeitgemäß ist, Patienten, die im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen und Behandlungen Schädigungen erleiden, nur dann in geeigneter Weise zu entschädigen, wenn ein ärztlicher Fehler als ursächlich nachzuweisen ist. Eine Frage, die wohl eher philosophisch-ethisch-juristische Züge trägt und die mit der Haftungsfrage nur unzureichend abgebildet wird.

Die momentane Diskussion ist damit keineswegs ausschließlich eine Breitseite gegen die Ärzteschaft, sondern deutlich breiter angelegt.

Die Grundlagen der Rechtssprechung im Arzthaftungsbereich sind mehrere Jahrzehnte alt und sind vor der Hochleistungs- und Hochrisikomedizin entstanden. Die laufende Rechtsprechung bringt Präzisierungen und neue Nuancierungen, aber naturgemäß keine grundsätzlichen Änderungen.

Die Problematik auf eine Veränderung der Beweislastregelung zu reduzieren, die durchaus von einigen Seiten angestrebt wird, scheint ein einfacher Ausweg zu sein, wird aber der Breite des Problems in keiner Weise gerecht.

Eine ausschließliche Veränderung der Beweislastsituation im gegenwärtigen System der Arzthaftung und Schadensregulierung hätte wahrscheinlich zunächst eine Neufassung des Begriffes „Fehler in der Medizin“ und der Kausalitätsproblematik zur

Folge und natürlich eine Zunahme der Regulierungsfälle in schwer fassbarer Dimension.

Die finanzielle Situation in diesem Bereich ist gegenwärtig äußerst angespannt. Derartige Veränderungen würden möglicherweise in einen Kollaps des Versicherungssystems im Arzthaftungsbereich führen, da eine Finanzierung über Versicherungsbeiträge schlachtweg nicht mehr möglich ist.

Sicher wären auch die Folgen, die Sie anklingen lassen (Defensivmedizin), zu befürchten. Diese wiederum widerspricht ärztlichen Grundüberzeugungen; ist doch Medizin nicht risikolos zu leisten. Und den Arzt für die Übernahme eines wohlverstandenen und im Interesse des Patienten gut kalkulierten Risikos zu bestrafen, das passt wohl nicht in das Gesamtsystem.

Ändert man also die Beweislastsituation, so muss zumindest parallel geklärt werden, woher dann die Gelder für die zu erwartenden Regulierungen kommen sollen. Das gegen-

wärtige System wird das nicht leisten können. Führte diese Überlegung zu neuen Strukturen, etwa Fondmodellen zur Entschädigung bei Schadensfällen, so werden damit die Probleme nicht kleiner. Aber es würde sich ein Tor in einen neuen Bereich der Risikoabsicherung in der Medizin öffnen, was wohl durchaus wünschenswert wäre.

Diese Zusammenhänge sind durchaus auch Politikern geläufig, selbst wenn es die aus der zweiten Reihe sind. Und – die Versicherungslobby ist wohl auch eine nicht zu unterschätzende Kraft in diesem Land.

Die Diskussion dieser Problematik steht am Anfang. Schnellschüsse in der Gesetzgebung halte ich für unwahrscheinlich. Die verfasste Ärzteschaft wird Mittel und Wege finden müssen, ihre Überzeugungen, und – so es diese gibt – Visionen in diese Diskussion einzubringen.

Dr. med. Rainer Kluge
Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

Schöne@digitale Welt

Zu den Leserbriefen von Dr. med. Kathrin Uhlig, Dresden und Dr. med. Phillip Conradi, Dresden (beide „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2017) erreichte uns die Antwort von Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig (Vorstandsmitglied):

Hochverehrte Kollegen Uhlig und Conradi, erstmals in der Weltgeschichte gibt es einen unbegrenzten weltweiten Arbeits- und Anbietermarkt, mit einem riesigen Überangebot an auf den Arbeitsmarkt drängenden Menschen. Dadurch sind wir gezwungen, hochqualifizierte Arbeiten anzubieten, die in anderen Gegenden von anderen Menschen nicht ausgeübt werden können. Man muss sich um den Preis des Unterganges an die Gegebenheiten anpassen. Auch der Arzt unterliegt heute einem Wettbewerbs- und Konkurrenzdruck.

Ihre geäußerten Bedenken teile ich. Sie ändern aber nichts an der Tatsache, dass auch das Gesundheitswesen digitalisiert wird und es absurd ist, uns abschotten zu wollen. Wer will die Vorteile der Digitalisierung leugnen? Sie sind ausführlich beschrieben. Ob zukünftig die Welt besser oder schlechter ist, entzieht sich unserer Beurteilung. Auf jedenfalls ist sie – mitunter beängstigend – anders.

Durch die Digitalisierung wird sich analog der Entdeckung des Stromes, der Dampfmaschine oder des Computers die Tätigkeitswelt des Arztes vom Grunde her ändern. Das war in den letzten 150 Jahren durch technische und biologische Entwicklungen auch immer wieder der Fall. Viele, bisher allein dem Arzt zugeordnete Tätigkeitsfelder werden durch die Digitalisierung preiswerter und können schließlich auch von anderen bei gleicher oder besserer Qualität angeboten werden als vom teuersten Faktor im Gesundheitswesen, nämlich dem Arzt. So werden sich originäre

Tätigkeitsfelder zu anderen Berufen hin verschieben

Die Bedenken sind groß. Das darf uns aber nicht in Agonie, aber auch nicht ins Jubilieren verfallen lassen. Wir müssen der Tatsache ins Auge schauen, dass wir als Kammer und Mandatsträger verpflichtet sind, die Umfeldbedingungen so zu gestalten, dass der Arzt und der Patient in Zukunft die ihnen angemessene Rolle finden. Gerade die Bedenken vor einem totalitären Gesundheitswesen, welches stark von staatlichen Interessen geprägt wird, zwingt uns, die Digitalisierung mitzugestalten. Die von Herrn Kollegen Conradi beschriebenen Probleme spielen sich auf der Seite der Umsetzung, der technischen Realisierung ab. Sie sind misslich, sie sind real, sie sind ein ständiges Ärgernis, aber sie berühren die Problematik der darüber liegenden Ebene der prinzipiellen und grundsätzlichen Entwicklungen nur am Rande.

Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig

„Damit sie nicht vergessen werden!“

Eine Spurensuche zum Leben und Wirken jüdischer Ärzte in Leipzig

Autorin: Andrea Lorz

Verlag: Passage-Verlag,

Leipzig 2017, Broschur, 264 Seiten

Preis: 17,50 Euro

ISBN: 978-3-95415-047-2

Es ist das Verdienst von Andrea Lorz in einer weiteren eindrucksvollen Publikation die Lebens- und Leidensgeschichten zahlreicher jüdischer Ärztepersönlichkeiten und deren Familien aus Leipzig vor, während und nach der Zeit des Nationalsozialismus darzustellen. In ihrer umfangreichen subtilen „Spurensuche“ zeigt sie die unterschiedlichen Entwicklungswägen anhand klar strukturierter Curricula auf.

Es wird deutlich, dass diese ärztlichen Kollegen damals fest sowohl in der medizinischen städtischen Versorgung in Praxen, Kliniken und Öffentlichem Gesundheitsdienst als auch in der universitären Medizin und Standesorganisation eingebunden waren. Sie inaugurierten eine Vielzahl neuer medizinischer wissenschaftlicher Erkenntnisse und praxisrelevanter Verfahren, an die berechtigt erinnert wird.



Darüber hinaus finden sich vielfältige Belege auch für ein außermedizinisches Engagement in Kunst, Wissenschaft, Religion etc. für die Stadt Leipzig.

Mit dem Machtantritt der Nationalsozialisten änderte sich die bisherige Normalsituation auch der jüdischen ärztlichen Intelligenz dramatisch. Durch zunehmende Ausgrenzung, gesetzliche Willkür, Aberkennung der ärztlichen Approbation – damit einem praktischen Berufsverbot, Verfolgung und dem grausamen Holocaust wurden hunderte Leipziger Ärzte nicht nur brutal an ihrem Heil-auftrag gehindert sondern auch in die innere Isolierung mit Suiziden, Flucht/Emigration getrieben oder

direkt in Todeslagern umgebracht. Mit der Darstellung konkreter Einzelschicksale und vieler bisher wenig bekannter Tatsachen und Ereignisse dieses unseligen Abschnittes der Leipziger Medizingeschichte wird das pauschale Grauen konkret und transparent. Aber auch das oftmals unsolidarische Verhalten der Ärzteschaft in Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung wird kritisch beleuchtet und mangelnde Solidarität seitens der „arischen“ ärztlichen Kollegen durch Fakten belegt.

Kritisch besprochen wird auch die späte „Entschuldigung“ der Deutschen Ärzteschaft anlässlich des 115. Deutschen Ärztetages in Nürnberg 2012. In der Nürnberger Erklärung wird die wesentliche Mitverantwortung von Ärzten an den Unrechts-taten der NS-Medizin festgestellt, diese ausdrücklich bedauert und Schlussfolgerungen für die Gegenwart und Zukunft gezogen. Logisch folgen diesem Passus Erörterungen zum hippokratischen Eid und seiner Bedeutung damals und heute. Eine wichtige Schrift wider das Vergessen von tatkräftigen deutschen Ärzten jüdischen Glaubens aus Leipzig, die jedem an dieser Problematik Interes-sierten besonders nachdrücklich empfohlen wird.

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

Vorgestellt: Langjährige Autoren des „Ärzteblatt Sachsen“

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe ist einer der langjährigen Autoren des „Ärzteblatt Sachsen“. Wir möchten ihm zu seiner 25-jährigen Mitgliedschaft im Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ und nicht zuletzt zu seinem 65. Geburtstag sehr herzlich gratulieren.

Dr. Gräfe wurde am 8. September 1952 in Leipzig geboren. 1978 been-



Dr. med. Hans-Joachim Gräfe © Privat

dete er das Studium der Humanme-dizin an der Karl-Marx-Universität Leipzig. Nach einem Jahr Pflichtassis-tenz und Erlangung des Diploms folgte die Facharztausbildung für Chirurgie von 1979 bis 1984 an der Universität Leipzig. Danach übernahm Dr. Gräfe die Tätigkeit als Leiter der Abteilung Chirurgie an der Poliklinik Ost in Leipzig. 1988 folgte seine Promotion. In Zeitraum 1988 bis 1993 war er als Chirurg und D-Arzt sowie als Leiter der Abteilung Physiotherapie im Krankenhaus Mar-kranstädt tätig. Von 1993 bis 2017 war er Ärztlicher Gutachter im Medi-zinischen Dienst der Krankenversi-cherung Sachsen.

Dr. Hans-Joachim Gräfe wurde auf dem 2. Sächsischen Ärztetag in Dresden im Oktober 1992 als Mitglied des Redaktionskollegiums des „Ärzteblatt Sachsen“ berufen und ist seit dieser Zeit einer unserer aktivsten Mitglieder, der nicht nur durch seine zahlreichen Publikationen, sondern vor allem auch durch seine konstruktiven und kritischen Diskussionen das Profil unserer Zeitschrift mit geprägt hat.

Sicher werden viele Leser besonders seine Beiträge für Ostern und

Weihnachten in Erinnerung haben, immerhin rund 30 insgesamt. Aber auch Beiträge zur Geschichte der Medizin, Fachbeiträge, Feuilletons und zahlreiche Rezensionen trug er bei. Dr. Gräfe hat mit rund 80 Artikeln vom Volumen her etwa drei bis vier Hefte gefüllt. Für diese Leistung möchten wir uns besonders bedanken.

Lieber Dr. Hans-Joachim Gräfe, zuletzt möchten wir Ihnen noch unsere besten Wünsche zum 65. Geburtstag übermitteln. Wir hoffen,

dass Sie in dem neu gewonnenen Freiraum dem Redaktionskollegium weiterhin aktiv zur Verfügung stehen und uns noch viele Beiträge für Ostern und Weihnachten schreiben werden.

Wir wünschen Ihnen weiterhin beste Gesundheit, Freude am unruhigen „Ruhestand“ und Entspannung im Kreise der Familie.

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

Handbuch Physiotherapie

Herausgeber: Bernard C. Kolster,
Verena Gesing, Anna Heller,
Claudia Winkelmann
Verlag: KVM – Der Medizinver-
lag Dr. Kolster Verlags – GmbH,
Berlin 2017, 1. Auflage,
1.708 Seiten
Preis: 54,95 Euro
ISBN: 978-3-86867-339-5

Als Neuerscheinung liegt seit Januar 2017 das „Handbuch Physiotherapie“ herausgegeben vom KVM Medizinverlag unter Federführung von Dr. Bernard C. Kolster vor. Mit einem 96-köpfigen wissenschaftlichen Mitarbeiterstab hat er sich der großen Mühe, ein modernes und umfassendes Kompendium zur Physiotherapie in Theorie und Praxis zu schaffen, unterzogen. Jahre fleißigen Zusammengangs des gesamten Wissensumfangs sind der Entstehung des mehr als 1.700 Seiten starken Bandes vorausgegangen. Kolster war der Fachwelt bereits aus dem Herausgebersteam des „Leitfaden Physiotherapie“ bekannt.

Mit dem nun vorliegenden Werk hat er versucht, neue Schritte zu gehen und den Gesamtwissensumfang des Fachgebietes Physiotherapie zu bün-



deln. Dies ist ihm und den weiteren Herausgebern sowie dem Mitarbeiterkollegium auch exzellent gelungen. Inhaltlich sind die 18 Kapitel nebst dem Anhang mit Informationen zu den Herausgebern und Autoren, wichtigen Adressen und dem Sachregister gut gegliedert. Am Anfang des Handbuchs werden in den ersten drei Kapiteln die theoretischen Grundlagen, physiotherapeutische Befund- und Untersuchungstechniken sowie Behandlungskonzepte und Verfahren beleuchtet.

Dem wichtigen Gebiet der Kommunikation mit Patienten ist gleich am Anfang des Buches ein Abschnitt vorbehalten. Daran schließen sich die spezifischen Fachinformationen zu den Inhalten der physiotherapeutischen Behandlung in den operativen und nichtoperativen Fächern an. Die Autoren orientieren sich dabei an der ICF – Einteilung und geben eine Bewertung der Evidenz der einzelnen Verfahren ab.

Am Ende aller Kapitel befindet sich jeweils ein QR – Code, der das Auffinden eines Literaturverzeichnisses möglich macht.

Nachteilig wirkt sich die Größe des vorliegenden Buches im Format von 115 x 210 mm bei dem großen Seitenumfang aus. Ein etwas größeres Format würde dem Nutzer sicherlich sehr entgegen kommen. Trotzdem ist das „Handbuch Physiotherapie“ eine wesentliche fachliche Bereicherung und gegenwärtig offenbar das umfangreichste Nachschlagewerk im deutschsprachigen Raum. Der Rezensent wünscht dem vorliegenden Fachbuch eine rasche Verbreitung und Kenntnisnahme durch alle an Physiotherapie interessierten Leser beziehungsweise Spezialisten.

Neurologie an der Universität Leipzig

Beiträge zur Entwicklung des klinischen Fachgebietes von 1880 bis 1985

Autoren: Armin Wagner,

Holger Steinberg

Verlag: Leipziger Universitätsverlag, 2015, 566 Seiten

Preis: 49,00 Euro

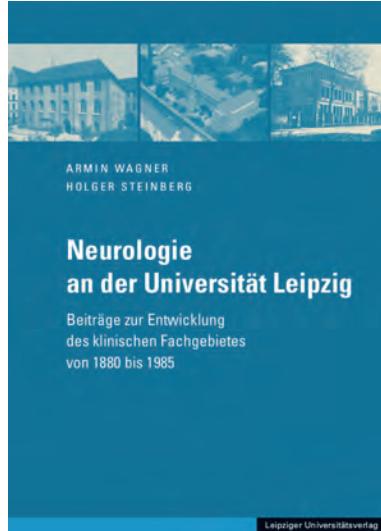
ISBN: 978-3-86583-942-8

Die Autoren, Prof. Dr. med. habil. Armin Wagner, Ordinarius für Neurologie von 1986 – 2009 an der Medizinischen Fakultät beziehungsweise dem Universitätsklinikum Leipzig und Prof. Dr. rer. medic. Holger Steinberg, Leiter des Archivs für Leipziger Psychiatriegeschichte der Psychiatrischen Klinik, legen zusammen mit weiteren Autoren einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Neurologie in Leipzig vor.

Das umfangreiche Werk von 566 Seiten mit einem ausführlichen Literaturverzeichnis und Personenregister vermittelt dem Leser den Eindruck sorgfältigster Recherche und detaillierter Beleuchtung vieler Abläufe, biografischer Einzelheiten der Protagonisten und lokaler Spezifika.

Der Inhalt kann hier natürlich nur punktuell beschrieben werden; dabei werden weltbedeutende Fachvertreter der Neurologie, wie Wilhelm Erb (1840 – 1921), Adolf Strümpell (1853 – 1925), Paul Julius Möbius (1853 – 1907) ausführlich von den Autoren besprochen. Die enge Beziehung zur Inneren Medizin, aus der die Neurologie hervorging, findet angemessene Darstellung. Da aber zugleich viele Überschneidungen zur Psychiatrie zu finden sind, werden auch bedeutsame Leipziger Psychiater biografisch gewürdigt: Paul Flechsig (1847 – 1929), Oswald Bumke (1877 – 1950), Paul Schröder (1883 – 1941) und Richard Arwed Pfeifer (1877 – 1957).

Die etwas ambivalente Situation der Neurologie zwischen Innerer Medizin und Psychiatrie lässt sich schon bei



den bedeutendsten neurologisch orientierten Leipziger Fachvertretern Wilhelm Erb, der die Eigenständigkeit des Faches forderte, und Adolf Strümpell, der enge Beziehungen der Neurologie zur Psychiatrie sah, feststellen. Beide waren Leiter der Medizinischen Poliklinik der Fakultät, Strümpell später ab 1910 Direktor der Inneren Klinik.

Aus diesen historisch beziehungsreichen und fachnotwendigen Überschneidungen kristallisierte sich eine Leipzig-spezifische Besonderheit heraus, insofern es nach 1945 eine Neurologische Abteilung der Inneren Klinik und einen neurologischen Bereich der „Klinik für Neurologie und Psychiatrie“ gab. In einem einige Jahre später gegründeten „Fachbereich Neurologie/Psychiatrie“ wurde nunmehr die erste deutsche selbständige Klinik für Neurologie etabliert. Beide Strukturen standen viele Jahre unter der Leitung von Prof. Dr. med. habil. Peter Feudell (1919 – 2006).

Die Biografie von Prof. Feudell wird von Prof. Wagner besonders ausführlich und von hoher Sympathie getragen dargestellt. Prof. Feudell – die älteren Leipziger Kollegen werden sich erinnern – war ein feinsinniger, bürgerlicher Hochschullehrer – der jenseits aller universität-politischen Ränkespiele seiner Lehre und Forschung nachging und sich sehr vergeblich bemühte, die materielle Situation seiner Klinik gegenüber den Fakultäts- und Universitätsinstanzen zu verbessern.

Verdienstvoll ist, dass sich insbesondere Prof. Wagner den Mitarbeitern und Weggenossen seiner Zeit zuwendet und deren Leistungen beschreibt. Als Leser hätte man sich vielleicht wünschen können, dass das politische Hintergrundrauschen der Zeit mit manchen personellen Widrigkeiten und Unzulänglichkeiten etwas durchgeschimmt hätte.

Das Buch erschien im Rahmen der Feierlichkeiten zum 600-jährigen Jubiläum der Medizinischen Fakultät und aus Anlass der 1.000-Jahrfeier der Stadt Leipzig. Diese Gegebenheit unterstreicht den Anspruch der Autoren, Detailgeschichte (hier eines klinischen Faches) in den Zusammenhang größerer historischer Abläufe zu stellen.

Es ist ihnen ein interessantes und lesenswertes, dem erinnernden Andenken bedeutender Leipziger Wissenschaftler gewidmetes Werk gelungen. Man könnte sich natürlich einerseits fragen, ob manche Biografien hätten so ausführlich dargestellt werden müssen – zumal manche Redundanzen festzustellen sind – andererseits überzeugt den Rezessenten der Mut der Autoren zum Detail. Über den Autor Paul Julius Möbius zum Beispiel wird auf 25 Seiten berichtet; dafür erfährt man dann aber auch, dass es sich um einen bedeutenden Neurologen gehandelt hat, abseits jener eher im Gedächtnis gebliebenen Pathobiografien oder gar seiner Schrift „Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes“.

Gerade die Charakterisierung der Wissenschaftlergenerationen im letzten Drittel des 19. und ersten Drittel des 20. Jahrhunderts weisen die Leipziger Medizinische Fakultät als Hochburg europäischer Wissenschaft aus. Die Ausstattung des Buches ist sehr gut, wobei insbesondere auch auf das vielfältige Bildmaterial verwiesen werden soll. Die Autoren stellen einen Nachfolgeband in Aussicht, worauf man gespannt sein darf.

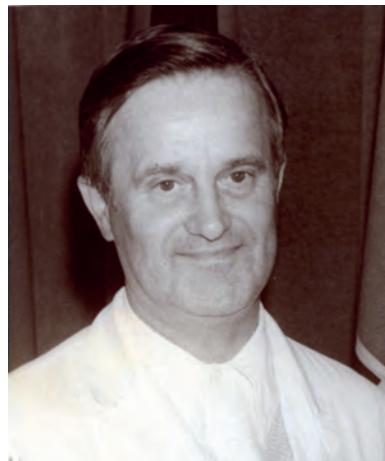
Dr. med. Alfred Baudrexl zum 90. Geburtstag

Anlässlich seines 90. Geburtstages drängt es uns, Dr. med. Alfred Baudrexl als außergewöhnlichen Arzt, Lehrer und Mensch zu ehren. Er war als Thoraxchirurg, anfangs im Bezirkskrankenhaus „St. Georg“ in Leipzig und ab 1972 bis zu seinem beruflichen Ausscheiden im damaligen „Fachkrankenhaus für Pneumologie und Thoraxchirurgie“, dem früheren „Bezirkskrankenhaus für Lungenerkrankheiten und Tuberkulose“, in Coswig einer der Pioniere auf diesem Gebiet, und das gilt nicht nur für die DDR. Die Sektion Thoraxchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie in der DDR wählte ihn 1969 in den Vorstand, dem er bis zur vereinigungsbedingten Auflösung angehörte.

Die sogenannten „Trilateralen Symposien der Thoraxchirurgie“ mit den Kollegen aus Ungarn und der damals noch vereinten Tschechoslowakei hat er wesentlich mitbestimmt und verantwortlich organisiert. Die hohe Qualität dieser Symposien sprach sich rasch herum, sodass in den letzten Jahren eine zunehmende multilaterale Beteiligung zu verzeichnen war.

Alfred Leonhardt Baudrexl wurde am 11. Oktober 1927 in Stadtbergen bei Augsburg geboren. Im Alter von 16 Jahren erlebte er eine kurze Episode im „Reichsarbeitsdienst“, die er gottlob ohne körperlichen Schaden überstand. An das Abitur in Regensburg schloss sich das Studium ebenda und in München an, wo er 1952 promovierte.

Nach Pflichtassistenz folgte ein Jahr in der Pathologie der Universität Regensburg. Die Weichen Richtung Thoraxchirurgie stellte aber ein Jahr



Dr. med. Alfred Baudrexl © Privat

in einer Regensburger Lungenklinik. Die weitere Ausbildung auf diesem Gebiet erfolgte dann im „St. Georg“ in Leipzig. Der Ortswechsel dorthin war dem großen Ruf von Prof. Dr. med. habil. Franz Mörl und später Prof. Dr. med. habil. Gerhard Rothe zu verdanken.

Dr. Alfred Baudrexl wählte sehr bewusst und ohne sich um die allgemeine Umzugstendenz zwischen den beiden deutschen Staaten, die damals wie später eher die gegenläufige Richtung bevorzugte, zu kümmern. Prompt kam auch eine Anfrage einer staatlichen Behörde zu Prof. Franz Mörl, der schriftlich antwortete, dass „der westdeutsche Kollege Baudrexl verspricht, ein brauchbarer Arzt zu werden“.

Die Entscheidung 1961, entweder DDR-Bürger zu werden oder in die Bundesrepublik zurück zu kehren, wird ihm nicht leicht gefallen sein. Die Kontinuität seiner Weiterbildung aber ging ihm über alles. Als Oberarzt bei Prof. Gerhard Rothe war er bald ein anerkannter Thoraxchirurg. Der Ruf in die thoraxchirurgisch traditionsreiche Coswiger Klinik 1972 war die logische Folge. Hier hat er maßgeblich und mit aller Kraft, unendlicher Geduld und Beharrlichkeit eine moderne thoraxchirurgi-

sche Klinik aufgebaut, die trotz der Restriktionen und wirtschaftlichen Zwänge unter DDR-Bedingungen eine Medizin betrieb, die den Vergleich mit ähnlichen Einrichtungen in Westeuropa nicht zu scheuen brauchte. Ab 1990 übernahm er „nebenbei“ das zusätzliche Amt des Ärztlichen Direktors der Klinik.

Dr. Alfred Baudrexl stand stets mit beiden Beinen im praktischen Berufsleben, da die Jagd nach akademischen Lorbeeren nie seine Sache war. Seine Berufung war die Arbeit mit und am Patienten. Seine dennoch zahlreichen Vorträge und Veröffentlichungen basierten daher immer auf seiner praktischen Erfahrung, einer wohl einmaligen Fallsammlung und seinem phänomenalen Gedächtnis kombiniert mit einer akribischen Notizbuchführung, lange bevor die Computer-Ära begann. Eine musterhafte Tumor-Nachsorge-Kartei hat einen Wissensschatz zusammengetragen, aus dem noch viele Jahre zu schöpfen war.

Als er mit 68 Jahren in den hochverdienten Ruhestand ging, hätte er stolz auf sein Berufsleben zurückblicken können, nur: Stolz war seine Haltung nie. In den Augen seiner Mitarbeiter war er immer und überall ein ganzes Stück zu bescheiden.

Obwohl das Alter körperliche Einschränkungen mit sich bringt, verfügt er noch immer über einen hellwachen Geist, der es ihm erlaubt auch Fachliteratur zu studieren.

Der Verfasser ist sich sicher, dass er im Namen all seiner ehemaligen Mitarbeiter und Freunde spricht, wenn wir ihm wünschen, dass das noch lange so bleiben möge und wir gratulieren zu diesem besonderen Geburtstag von Herzen.

Dr. med. Thomas Protzmann, Coswig

Unsere Jubilare im Dezember 2017 – wir gratulieren!

65 Jahre

- 02.12. Dr. med. Andiel, Sigrid
08523 Plauen
- 02.12. Borsdorf, Gabriele
04229 Leipzig
- 02.12. Dipl.-Med. Schultz, Reiner
09306 Rochlitz
- 03.12. Dr. med. Putziger, Jens
04509 Krostitz
- 04.12. Dr. med. Miesel, Barbara
08209 Auerbach
- 05.12. Dipl.-Med. Höhne, Karin
04651 Bad Lausick
- 08.12. Profesor Honorario Univ.
Leon Zamora Gonzalez,
Jose Maria
02627 Weißenberg /
OT Wurschen
- 11.12. Dr. med. Gerlach, Felicitas
09128 Euba
- 11.12. Prof. Dr. med. habil.
Tegetmeyer, Helmut
04289 Leipzig
- 12.12. Dr. med. Kühnert, Claudia
09126 Chemnitz
- 14.12. Dipl.-Med. Reimer, Petra
09306 Rochlitz
- 14.12. Dr. med. Reiter, Elke
04463 Großpösna
- 23.12. Dr. med. Barth, Albrecht
09350 Rödlitz
- 23.12. Dr. med. Herbst, Brigitte
09128 Kleinolbersdorf-
Altenhain
- 23.12. Dipl.-Med.
Schwarz, Günther
09306 Köttwitzsch
- 24.12. Dr. med.
Schürer, Klaus-Dieter
04109 Leipzig
- 25.12. Dr. med. Claus, Rüdiger
04509 Delitzsch
- 27.12. Koch, Tatjana
09123 Chemnitz
- 28.12. Dr. med. Wenn, Annegret
01328 Dresden
- 31.12. Dr. med. Ossapofsky, Doris
01445 Radebeul

70 Jahre

- 01.12. Dr. med. Hohlfeld, Sylvia
04279 Leipzig
- 03.12. Dr. med. Ost, Hans
09127 Chemnitz

- 06.12. Seifert, Birgit
01728 Bannowitz
- 08.12. Dipl.-Med. Kraus, Eckart
08349 Johanngeorgenstadt
- 09.12. Dr. med. Müller, Ullrich
09228 Wittgensdorf
- 09.12. Dr. med. Richter, Ilona
09131 Chemnitz
- 11.12. Klotz, Ellona
09111 Chemnitz
- 12.12. Dr. med. Fischer, Anneli
01445 Radebeul
- 18.12. Dipl.-Med. Bierbaum, Ute
02977 Hoyerswerda
- 18.12. Dr. med.
Gaertner, Hans-Jürgen
01277 Dresden
- 28.12. Dipl.-Med. Ufer, Irmgard
02763 Eckartsberg
- 30.12. Dr. med. Dalitz, Helmut
04159 Leipzig
- 30.12. Dr. med.
Fransecky, Barbara
01069 Dresden
- 75 Jahre**
- 02.12. Dr. med. Beuchel, Karin
01723 Wilsdruff
- 02.12. Dr. med. Hofmann, Jochen
04736 Waldheim
- 04.12. Dr. med.
Adamczyk, Ekkehard
08468 Reichenbach
- 07.12. Dr. med. Rösler, Wolfgang
01309 Dresden
- 08.12. Dr. med.
Kaltschmidt, Ingeborg
01445 Radebeul
- 08.12. Zieran, Waltraut
02730 Ebersbach-
Neugersdorf
- 10.12. Klein, Sabine
04654 Frohburg
- 11.12. Dr. med. Michalk, Dieter
02708 Löbau
- 11.12. Dipl.-Med. Seidel, Christine
01326 Dresden
- 13.12. Dr. med.
Sprotowsky, Gerlinde
09127 Chemnitz
- 14.12. Dr. med. Hensel, Gerhard
01324 Dresden
- 15.12. Dr. med. Mocke, Rudolf
01454 Radeberg
- 15.12. Dr. med.
Protzmann, Thomas
01640 Coswig
- 15.12. Schmidt, Heidemarie
01277 Dresden
- 80 Jahre**
- 04.12. Dr. med. Kirsten, Dagmar
01744 Malter
- 04.12. Dr. med. Matzen, Christa
04229 Leipzig
- 07.12. Dr. med. Paul, Maria
09111 Chemnitz
- 07.12. Dr. med. Schüppel, Renate
09123 Chemnitz
- 10.12. Richter, Margot
08523 Plauen
- 13.12. Dr. med.
Hilger, Hans-Joachim
04229 Leipzig
- 13.12. Dr. med.
Schmidt-Crecelius, Karin
01307 Dresden
- 16.12. Dr. med.
Bergmann, Gerhard
09306 Rochlitz
- 18.12. Dr. med. Haufe, Dietmar
02692 Großpostwitz

19.12.	Dr. med. Hentschel, Christa 01187 Dresden	30.12.	Dr. med. Voigt, Gisela 04720 Döbeln	25.12.	Dr. med. Müller, Jürgen 01109 Dresden
19.12.	Dr. med. Kastl, Manfred 08236 Ellefeld	31.12.	Prof. Dr. med. habil. Hinkel, Klaus	28.12.	Dr. med. Richter, Götz-Michael
21.12.	Dr. med. Schenderlein, Peter 04279 Leipzig		01277 Dresden		01471 Radeburg
			82 Jahre		84 Jahre
22.12.	Dr. med. Kollert, Heinz 09394 Hohndorf	01.12.	Dr. med. Welcker, Ernst-Rulo	03.12.	Prof. Dr. med. habil. Schmidt, Joachim
22.12.	Dr. med. Schubert, Rotraut 04155 Leipzig	02.12.	Dr. med. Capek, Ruth 01477 Arnsdorf	14.12.	Dr. med. habil. Voigt, Werner
22.12.	Dr. med. Swaboda, Christine 01129 Dresden	04.12.	Dr. med. Hagemoser, Ernst 01157 Dresden	22.12.	Prof. Dr. med. habil. Schwenke-Speck, Helga
24.12.	Dr. med. Prager-Drechsel, Sigrid 04157 Leipzig	05.12.	Dr. med. von Wolffersdorff, Nikolaus 08371 Glauchau	25.12.	Masmann, Edith 08280 Aue
24.12.	Dr. med. Wappler, Roswitha 02625 Bautzen	06.12.	Prof. Dr. med. habil. Dippold, Joachim 04289 Leipzig	26.12.	Dr. med. Hempel, Eberhard 09235 Burkhardtsdorf
25.12.	Dr. med. Brandl, Johanna 08056 Zwickau	06.12.	Dr. med. Schröpfer, Hans-Dieter 02797 Oybin	30.12.	Dr. med. Schreitter, Joachim 08359 Breitenbrunn
31.12.	Thomas, Marga-Sylvia 01219 Dresden	11.12.	Dr. med. Hille, Rolf 01156 Dresden		85 Jahre
		24.12.	Koban, Annemarie 02782 Seifhennersdorf	05.12.	Dr. med. Krämer, Karl-Heinz 04275 Leipzig
03.12.	Spilke, Anneliese 01705 Freital-Wurgwitz	25.12.	Dr. med. Vehlow, Ulrich 04668 Grimma	07.12.	Dr. med. Wican, Irene 01326 Dresden
03.12.	Dr. med. Zipfel, Lothar 08496 Neumark	29.12.	Dr. med. Schulz, Manfred 01796 Pirna	08.12.	Sachse, Liane 01159 Dresden
04.12.	Dr. med. Günther, Walter 01662 Meißen			12.12.	Dr. med. Kötz, Manfred 09119 Chemnitz
05.12.	Dr. med. Vogel, Ursula 01796 Pirna		83 Jahre	19.12.	Dr. med. Flämig, Christel 01309 Dresden
06.12.	Bartz, Ljudmila 01097 Dresden	04.12.	Dr. med. Wessig, Heinrich 02827 Görlitz	24.12.	Dr. med. Lehnert, Rolf 02681 Crostau
09.12.	Dr. med. Friedemann, Reiner 09575 Eppendorf	05.12.	Hemke-Paschold, Brunhilde 04451 Borsdorf-Panitzsch	27.12.	Dr. med. Holfert, Hans-Peter 02827 Görlitz
10.12.	Dr. med. Gneuß, Gerlinde 02625 Bautzen	06.12.	Dr. med. Thiel, Ute 04109 Leipzig		86 Jahre
13.12.	Dr. med. Hohaus, Bernhard 01640 Coswig	07.12.	Prof. Dr. med. habil. Wildführ, Wolfgang 04288 Leipzig	01.12.	Dr. med. Gamnitzer, Christa 04279 Leipzig
14.12.	Dr. med. Hartmann, Edith 04316 Leipzig	10.12.	Dr. med. Rudolph, Siegfried 01307 Dresden	03.12.	Dr. med. Heinzig, Barbara 04177 Leipzig
19.12.	Dr. med. Houda, Walter 08525 Plauen	13.12.	Dr. med. Rank, Ruth 08547 Jößnitz	23.12.	Dr. med. Krumbiegel, Reiner 09366 Stollberg
22.12.	Prof. Dr. med. habil. Schönfelder, Manfred 04229 Leipzig	14.12.	Dr. med. Mierisch, Klaus 01662 Meißen	30.12.	Prof. Dr. med. habil. Schubert, Ernst 09112 Chemnitz
24.12.	Dr. med. Göbel, Christian 09599 Freiberg	15.12.	Schmidt-Brücken, Irmtraud 09212 Limbach-Oberfrohna		87 Jahre
24.12.	Dr. med. Wolf, Karlheinz 09337 Hohenstein-Ernstthal	16.12.	Dr. med. Beck, Ingrid 01324 Dresden	10.12.	Satzger, Jelena 08056 Zwickau
29.12.	Dr. med. Rothenberger, Brunhilde 08060 Zwickau	20.12.	Prof. Dr. med. habil. Lommatsch, Peter 04299 Leipzig		89 Jahre
30.12.	Prof. Dr. med. habil. Hutschenreiter, Winfried 04299 Leipzig	20.12.	Dr. med. Otto, Hedda-Maria 04288 Leipzig	02.12.	Dr. med. Winde, Eva-Brigitte 09456 Annaberg-Buchholz

- 10.12. Rother, Grete
01307 Dresden
14.12. Dr. med. Graupner, Regina
01069 Dresden
21.12. Dr. med. Richter, Heinz
01277 Dresden

- 90 Jahre**
06.12. Prof. Dr. med. habil.
Linde, Klaus
04107 Leipzig
09.12. Prof. Dr. med. habil.
Lohmann, Dieter
04299 Leipzig

- 13.12. Prof. Dr. med. habil.
Geiler, Gottfried
04277 Leipzig
91 Jahre
02.12. Dr. med. Gölke, Karl
08228 Rodewisch
19.12. Dr. med. Herrmann, Käte
01277 Dresden
92 Jahre
19.12. Dr. med. Müller, Lenore
09603 Großschirma

- 93 Jahre**
31.12. Dr. sc. med.
Kretzschmar, Wolfgang
02625 Bautzen
97 Jahre
17.12. Prof. Dr. med. habil.
Haller, Hans
01069 Dresden

Zivilcourage im Nationalsozialismus

Ein Arzt und ein Anwalt retten eine Chemnitzer Jüdin im Februar 1945 vor der Deportation

Den sechs Millionen in der Shoah ermordeten Juden Europas stehen einige 10.000 gerettete gegenüber, die zum Teil durch die Hilfe nichtjüdischer Menschen überall im nationalsozialistischen Machtbereich überlebten. Eine bescheidene Bilanz, in der die Retter (unter anderen Oskar Schindler oder Raoul Wallenberg), heutzutage eher als „stille Helden“ bezeichnet, zu Symbolgestalten einer Moral wurden, die in der NS-Zeit von nur wenigen gelebt wurde.

Das nachfolgende Beispiel zeigt, dass Juden in ihrem Überlebenskampf vor allem eine Chance hatten, wenn sie dank stabiler Beziehungen zur früheren Lebenswelt über ein Netz von Verbindungen verfügten. Ohne Solidarität seitens der nichtjüdischen Ehepartner war dies allerdings kaum möglich.

Obwohl die NS-Machthaber im Januar 1945 das Konzentrations- und Vernichtungslager Auschwitz angesichts des Heranrückens der Roten Armee aufgeben mussten, stand für sie die „Endlösung der Judenfrage“ dennoch weiterhin auf der Tagesordnung.

Noch am 15. Februar 1945 sollten jüdische Männer und Frauen aus Sachsen in das Altersghetto Theresienstadt, angeblich zu einem „Arbeitseinsatz“, deportiert werden. Als Emilie Babette Jaeger (Abb. 1), die seit Oktober 1923 mit ihrem Ehemann, dem Kaufmann Otto Jaeger, in Chemnitz lebte, von dem bevorstehenden Transport in Kenntnis gesetzt wurde, beschlich sie ein Gefühl der Angst und Panik. Später schrieb sie: „Ich selbst sollte nach Theresienstadt verschleppt werden und entging lediglich durch einen Selbstmordversuch und anschließender Flucht mit meiner Familie aus Chemnitz diesem Schicksal.“

Was bedeutete dieser Satz im Einzelnen? Der Verfasser begab sich vor einigen Jahren auf Spurensuche, um eine fast unglaubliche Geschichte zu rekonstruieren. Aber der Reihe nach: Emilie Jaeger wurde am Nachmittag des 13. Februar 1945, also am Vorabend der bevorstehenden Deportation, in Begleitung ihrer 20-jährigen Tochter mit dem Krankenwagen bewusstlos in die Chemnitzer Nervenklinik (Abb. 2) eingeliefert. Dr. Heinrich Merz (1884 – 1949), ihr Hausarzt, hatte aufgrund eines versuchten Selbstmords den Antrag auf Aufnahme in die Nervenklinik gestellt. Dank der Angaben des Ehemanns ist folgendes überliefert: „Patientin habe sich mit Veronal vergiftet wollen, habe bestimmt sterben wollen. Sie sei nicht arischer



Abb. 1: Emilie Jaeger, um 1946
© Staatsarchiv Chemnitz

Abstammung. Durch eine neue Verordnung des Reichsführers SS habe man sie durch die Gestapo abtransportieren wollen, sollte nach Böhmen in ein Lager kommen, dorthin dürfe man nichts mitbringen, nur Essgeschirr und einen Rucksack mit den notwendigsten Sachen. Von dort käme niemand zurück, deshalb habe sie lieber noch zu Hause sterben wollen. Ein Verdacht gegen sie bestehe nicht, das sei eine Verordnung für das ganze Reich. Die Trennung von ihrer Familie könne Patientin nicht ertragen. Sie habe bisher verhältnismäßig Ruhe gehabt, sie habe mit ihrem Mann in einer so genannten privilegierten Mischehe gelebt, von Zeit zu Zeit seien Störungen vorgekommen, einmal habe

man ihren Mann aus seinem Beruf entfernen wollen, für ihn habe sich aber selbst der Kreisleiter verwendet, ihre Tochter müsse als Halbjüdin in einer Strumpffabrik in Stelzendorf arbeiten, sei erst als Laborantin bei Schönherr beschäftigt gewesen, dort habe sie fortgemusst. Die Maßnahmen seien seit ca. einem halben Jahr sehr verschärft. Ein Vetter von Patientin habe sich vor zwei Monaten aus dem gleichen Grund mit seiner Tochter vergiftet.“

Emilie Jaeger gab am 15. Februar 1945 gegenüber dem behandelnden Arzt in der Nervenklinik zu, dass sie vier Veronal genommen habe. Sie habe die Tabletten geschluckt, da sie sterben wollte. Sie sollte in ein Lager nach dem Sudetengau gebracht werden, da sie Jüdin sei.

Am 23. Februar 1945 wurde Emilie Jaeger „als gebessert, arbeitsfähig mit drei Tagen Schonung“ entlassen, schrieb Klinikdirektor Professor Dr. Egon Küppers (1887 – ?) in dem Abschlussbericht.

So die Fakten, die angeblichen Fakten: Was war tatsächlich geschehen? Der stellvertretende Klinikdirektor Dr. Helmuth Grage (1895 – 1957) schilderte die Ereignisse wie folgt, als er nach Kriegsende einen Antrag auf Entnazifizierung ausfüllte:

„Im Frühjahr 1945 habe ich zusammen mit dem Oberbürgermeister, Dr. Kurt Wuthenau, Frau Jaeger, Chemnitz, Reichsstraße 26, eine Volljüdin gerettet. Sie hatte von der Polizei den Befehl erhalten, sich auf dem Bahnhof zum Abtransport einzufinden, natürlich, um in ein KZ-Lager zu kommen. Herr Dr. Wuthenau und ich haben den Plan eines fingierten Selbstmordes ausgedacht und durchgeführt, ich gab genau die Details, die Dosis und die Durchführung an, so dass Frau Jaeger wegen Veronalvergiftung (sie hatte in Wirklichkeit nur 3 – 5 Tabletten genommen) in die Nervenklinik eingewiesen wurde, wo ich die Aufnahme veranlasste. Nach den Bestimmungen hätte Frau Jaeger nach Beseitigung der Lebensgefahr als Jüdin sofort entlassen werden müssen. Dies verhinderte ich durch Rücksprache mit der Abteilungsärztin Frau Dr. Edith Held, so



Abb. 2: Nervenklinik Chemnitz, vor 1933

© Sammlung J. Nitsche

dass Frau Jaeger länger in der Nervenklinik verbleiben konnte. Bei Anrücken der Amerikaner konnte sie sich zu denselben hinüberretten.“

Der Rechtsanwalt Dr. Kurt Wuthenau (1889 – ?), kurzzeitig Chemnitzer Bürgermeister in der Nachkriegszeit, bestätigte Grages Angaben. Er führte aus:

„Ich bin befreundet mit der Familie Otto Jaeger, Reichsstraße 26, die wegen der volljüdischen Abstammung der Frau Emmy Jaeger, geb. Levy, als Mischehe behandelt wurde. Die dieser Familie bereiteten Schwierigkeiten der Nazi führten insbesondere Anfang Februar 1945 zu einer Anordnung, nach der Frau Emmy Jaeger in notdürftigster Ausrüstung mit unbekanntem Ziel im Viehwagen abtransportiert werden sollte, und zwar 48 Stunden nach Eingang dieser Mitteilung. Die Familie war vollkommen zusammengebrochen und stand lediglich vor der Frage, den Gashahn aufzudrehen oder sonst ein Ende zu suchen, es sei denn, dass unvorhergesehene Hilfe käme. Mir, als dem angerufenen Freund des Hauses, kam es nun darauf an, den Tag des Abtransports zu überbrücken, weil ich mir sagte, dass die Naziherrschaft nicht mehr lange dauern könnte und alsdann auch die Gestapo durch andere Sorgen von diesem Opfer abgelenkt sein müsste.“

Ich habe daraufhin den Entschluss gefasst, die Frau durch von mir verschafftes Veronal zu vergiften, sodass sie durch schwere Agonie am Transporttag als nicht transportfähig angesprochen werden musste. Die medizinische Unterstützung bei der Durchführung dieser ganzen Aktion hat mir nun Dr. Grage in selbstlosester und umfänglichster Weise zuteilwerden lassen, obwohl er sich sagen musste, dass ihn diese Aktion damals ohne weiteres seine Stellung gekostet haben würde, wenn die Gestapo Wind von ihr bekommen hätte. Ich habe seinerzeit mit Dr. Grage die Dosis der zu nehmenden Veronaltabletten vereinbart, mich insbesondere darüber belehren lassen, von welcher Tablette ab eine tödliche Wirkung eintreten könne, weiter abgesprochen, dass Frau Jaeger auch als Angehörige der jüdischen Rasse, die grundsätzlich nicht in die Nervenklinik aufgenommen wurde, im Falle einer akuten Vergiftung trotzdem aufgenommen werden müsste. Auf diese Weise gelang es unserem glücklichen und sich gegenseitig ergänzenden Zusammenwirken, Frau Jaeger am Abtransporttag und in der Folge den mit ihrer Abholung beauftragten Gestapobeamten zu entziehen, weil sie mittlerweile mit schweren Veronal-Vergiftungserscheinungen in der Nervenklinik eingeliefert war. Dr.

Grage hat dann weiterhin veranlasst, dass über die zulässige Zeit hinweg Frau Jaeger in der Klinik behalten wurde und hat dort ihre Behandlung auch weiter als Stationsarzt in seiner Hand gehabt.“

Arthur-Schlossmann-Preis und Stipendien 2018

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie (STGKJM) wird auf ihrer Jahrestagung 2018 in Leipzig den Arthur-Schlossmann-Preis vergeben. Mit dem Preis sollen besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin ausgezeichnet werden. Er besteht aus einer Urkunde und einer finanziellen Zuwendung. Die Arbeit braucht noch nicht veröffentlicht zu sein, doch soll ihre Veröffentlichung möglichst bevorstehen. Die vollständige Ausschreibung finden Sie auf der Homepage der Gesellschaft www.stgkjm.de. Bewerber

Sicher kann man sagen, dass „anständige Leute“, wie der Berliner Historiker Wolfgang Benz solche Retter vor einigen Jahren klassifizierte, Emilie Jaeger vor der Deportation bewahrten. Es bedurfte der Zivilcou-

rage, ja fast schon des Heldenmutes von Ärzten und Anwälten, ohne die dieser außergewöhnliche Rettungsversuch nicht möglich gewesen wäre.

Dr. Jürgen Nitsche, Mittweida

müssen bis zum 31. Januar 2018 fünf Exemplare ihrer Arbeit bei dem 1. Vorsitzenden der Gesellschaft, Prof. Dr. med. Klaus Mohnike, Universitätskinderklinik, Universitätsklinikum Magdeburg, Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg, einreichen.

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie schreibt fortlaufend bis zu drei Reisestipendien pro Kalenderjahr in Höhe von jeweils bis zu 1.500,00 Euro aus. Die Stipendien sollen die Weiterbildung von Assistenzärzten und Fachärzten in den Gebieten und ihren Schwerpunkten sowie fakultativen Weiterbildungen der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinderchirurgie in den Ländern der Gesellschaft fördern und werden als Beihilfe zu einer Fortbildungsreise

gewährt. Gefördert wird die Teilnahme an Kursen, Seminaren oder Tagungen. Die Veranstaltung soll intensiv Inhalte der Weiterbildungskataloge für Kinder- und Jugendmedizin beziehungsweise Kinderchirurgie und deren Subspezialitäten vermitteln. Hospitationen werden nicht gefördert. Der Stipendiat muss Mitglied der STGKJM sein.

Die Stipendien werden auf Antrag gewährt. Anträge können jederzeit gestellt werden. Die Antragsmodalitäten sind auf der Homepage der Gesellschaft www.stgkjm.de zu finden.

Christina Norkus
Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für
Kinder- und Jugendmedizin und
Kinderchirurgie e.V.

Erratum

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2017, im Beitrag „Langzeittherapie der Osteoporose“ muss es auf Seite 473 richtig heißen:

Nicht außer Acht zu lassen, ist eine adäquate Ernährung, das heißt eiweißreich (1,2 bis 1,5 g/kg Körpergewicht) und häufig auch kalorienreich.

Anzeige

UNSERE GESCHENK-EMPFEHLUNG:

„Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949-1989“

Zu bestellen über:
Sächsische Landesärztekammer
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Fax: 0351 8267-162
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de
(Schutzgebühr 8,00 Euro)