

DER KOMMENTAR

zum Sport hingeführt werden sollen, auf keinen Fall also mit der Gewalttour à la Sydne Rome.

DSB empfiehlt jetzt „Charell“-Platten

Jetzt sieht es allerdings ganz so aus, als versuchte der DSB den Aerobic-Studios durch eigene Aktivitäten Kontra zu bieten. Der Deutsche Turnerbund, ein Mitgliedsverband des DSB, hat sich nach Aussage seines Generalsekretärs Karl-Heinz Schwirtz entschlossen, ab sofort 6000 Übungsleiter in „Aerobic-Dance“ auszubilden. Lautsprecherboxen für den Disco-Sound werden schon angeschafft. Und auch in der Unterhaltungselektronik mischt der

DSB bereits mit: Er „empfiehlt“ Schallplatten, Kassetten und Videobänder von Marlène Charell, einer Tänzerin aus der Unterhaltungsbranche, seinem neuen „Zugpferd“.

Sinn der Sache ist es, der „Aerobic-Gymnastik“ im Stil von Sydne Rome ein eigenes Konzept, sozusagen „Aerobics im Dreivierteltakt“ entgegenzusetzen. Anleitung zur Pulskontrolle und nicht zu schnelle Rhythmen sind deshalb die wesentlichen Merkmale der Charell-Platten.

Ein paar Prozente will der Deutsche Sportbund dabei allerdings auch verdienen, das wurde auf der Frankfurter Pressekonferenz auch klar. Cornelia Küffner

„Aha-Effekt“ fehlt

Wer sich als Arzt der so aktuellen Aufgabe der Gesundheitsbildung verpflichtet fühlt, weiß um die Schwierigkeiten, die mit dieser Thematik verbunden sind.

Das, was in der ärztlichen Praxis Arzt und Patient zusammenführt, die gestörte Funktion, der Leidensdruck, die damit verbundene Dringlichkeit sowie das Erfolgserlebnis der Heilung, fehlt in der Gesundheitsbildung.

Ärztliche, in welchem Zusammenhang auch immer erteilte Ratschläge für eine gesunde Lebensführung sind zukunftsorientiert. Das heißt, Erfolge sind selbst bei Einhaltung der Anweisungen selten sofort spürbar oder nachweisbar, sie bleiben ein Versprechen, das oft erst Jahre später eingelöst werden kann. Es fehlt demnach der bekannte „Aha-Effekt“.

Allein im Vertrauen auf die jeweils gerade gültigen wissenschaftli-

chen Erkenntnisse und bestärkt durch eigene lange Berufserfahrung, stellt sich der Arzt der Aufgabe, Thesen für einen gesundheitsbewußten Lebensstil aufzustellen und vorzutragen. Wohl wissend und bangend, daß Aussagen, die heute noch als unumstößliches Postulat hingestellt werden, morgen schon wieder durch neuere Erkenntnisse ins Wanken geraten können. Man denke nur an die widersprüchlichen Aussagen über die Wirkung der ungesättigten Fettsäuren auf das Gefäßsystem oder an den Streit, welches nun tatsächlich das Idealgewicht sei. Und dennoch: Menschen, die bemüht und willens sind, ihr gesundheitsschädigendes Verhalten zu ändern, bedürfen der besonderen ärztlichen Zuwendung. Denn jeder weiß, wie schwer solche Vorsätze in die Tat umzusetzen sind. Der Ausspruch des Medizinhistorikers Professor Heinrich Schipperges, wonach Ärzte nichts mehr von Gesundheit, nur noch von den 60 000 Krankheiten verstehen, sollte – so übertrieben er ist – für uns Ärzte Ansporn sein, sich intensiv für die Belange der Gesundheitsbildung einzusetzen. Wolfgang Pohl v. E.

KURZBERICHTE

BGH zum Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen

In den letzten Jahren hat der Bundesgerichtshof in verschiedenen Urteilen den rechtlichen Rahmen zur ärztlichen Dokumentation und das Recht des Patienten, in seine Krankenunterlagen einsehen zu dürfen, neu abgesteckt. Dabei ist eine zum Teil völlige Umkehrung der bisherigen BGH-Rechtsprechung festzustellen, die sowohl die objektiven wie die subjektiven Feststellungen des Arztes und deren Abgrenzung betrifft.

Welche wesentlichen Punkte sowohl der behandelnde Arzt in Praxis und Krankenhaus als auch der Patient beachten sollten, darüber informierte Dr. Rainer Hess, der Justitiar der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, während des XXXI. Internationalen Fortbildungskongresses der Bundesärztekammer in Davos.

Der inzwischen gefestigten Rechtsprechung des BGH liegen folgende Leitlinien zugrunde:

1. Eine ordnungsgemäße Dokumentation über die Behandlung des Patienten wird dem Patienten als Bestandteil einer sorgfältigen Behandlung vom Arzt geschuldet; sie ist nicht nur eine im Belieben des Arztes stehende Gedächtnisstütze.
2. Dem ernstlichen Verlangen des Patienten, in die objektiven Feststellungen über seine körperliche Befindlichkeit und die Aufzeichnungen über die Umstände und den Verlauf der Behandlung Einsicht zu erlangen, darf der Arzt sich nicht widersetzen. Im Interesse des Selbstbestimmungsrechtes muß auch in Kauf genommen werden, daß die Einsicht in objektive Befunde dem Patienten eine ungünstige Prognose erschließen kann, deren Kenntnis sein Befinden verschlechtern oder ihn sogar resignieren läßt. ▷

KURZBERICHTE

3. Es kann aber *besondere Situationen* geben, in denen der Arzt dem Patienten aus therapeutischen Gründen gewisse Erkenntnisse vorenthalten darf und muß; die Grenzen für solche Ausnahmefälle sind auch hinsichtlich der Offenlegung von Befunden sehr eng zu ziehen.

4. Soweit der Arzt selbst keine umfassende Einsichtnahme einräumt, besteht das Einsichtnahmerecht des Patienten nur in die Aufzeichnungen über naturwissenschaftlich objektivierbare Befunde und über Behandlungsfakten, die die Person des Patienten betreffen (insbesondere Angaben über Medikation und OP-Berichte).

5. Aufzeichnungen über persönliche Eindrücke bei Gesprächen mit dem Patienten (oder Dritten) oder über die Motive für einen im Rahmen der Behandlung getroffenen Entschluß gehören zwar unter Umständen auch zur ordnungsgemäßen Vertragserfüllung, unterliegen aber wegen ihres subjektiven Charakters (persönliche Eindrücke und Wertungen, Hinweis auf spätere Verdachtsdiagnosen) nicht dem Einsichtnahmerecht des Patienten.

6. Bei klinischen Unterlagen über eine typische psychiatrische (psychotherapeutische) Behandlung spielt die persönliche Einbeziehung des behandelnden Arztes wie auch gegebenenfalls dritter Personen eine besondere Rolle. Die *subjektiven* Beurteilungselemente treten so in den Vordergrund, daß insgesamt dem Arzt die Entscheidung über die Offenlegung seiner Aufzeichnungen gegenüber dem Patienten vorbehalten bleiben muß.

7. Soweit ein Einsichtnahmerecht des Patienten besteht, ist es ihm auf Wunsch auch in der Form von eigener Einsicht zu gewähren, und zwar in der Regel im Rahmen eines Arztgespräches. Auf ausdrückliches Verlangen sollten dem Patienten solche Aufzeich-

nungen aber auch zum selbständigen Studium überlassen werden, wobei an die Stelle der Originale auf Kosten des Patienten zu fertige Ablichtungen treten können.

8. Der Patient darf sein Einsichtsrecht nicht mißbräuchlich oder zur Unzeit ausüben und muß insbesondere auf den geordneten Ablauf des Praxis- beziehungsweise Krankenhausbetriebes Rücksicht nehmen. EB

Zeitliche Vergleichbarkeit von Sterbeziffern

Todesursachenstatistiken sind erforderlich zur epidemiologischen Krankheitsursachenforschung. Voraussetzung hierzu sind vergleichbare Sterbedaten. Zu diesem Zweck werden die auf den Todesbescheinigungen eingetragenen Todesursachen nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation entsprechend der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) verschlüsselt. Die seit 1968 gültige 8. Revision der ICD wurde am 1. Januar 1979 durch die 9. Revision ersetzt. Hierbei vorgenommene Änderungen der Schlüsselnummernfolge, der Begriffsinhalte und Bezugssysteme der Krankheitsklassen sowie der Signierregeln haben Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit von Sterbestatistiken, vor allem bei Analysen des zeitlichen Verlaufs der Sterblichkeit.

Um Aufschlüsse über die Folgen der Umstellung auf die 9. Revision zu gewinnen, wurde eine Vergleichsstudie mit Sterbedaten durchgeführt, die sowohl nach Regeln der 8. wie der 9. Revision der ICD verschlüsselt wurden.

Hierzu förderte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ein Forschungsvorhaben beim Statistischen Landesamt Hamburg, bei dem die Grundleiden der Gestorbenen eines Jahres (Sterbefälle in der Zeit vom 1. Juli

1979 bis 30. Juni 1980) zweifach verschlüsselt wurden. Die Aufbereitung und Auswertung der insgesamt 23 340 Sterbefälle wurde dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln, übertragen.

Die Untersuchung brachte Hinweise auf Inkonsistenzen, die nicht tatsächlichen, sondern revisionsbedingten Sterblichkeitsänderungen entsprechen. Diese sind bei Statistiken mit Einzelnachweisen von Sterbeursachen nach den 4stelligen ICD-Kategorien ausgeprägter als bei grobgegliederten Übersichten. Revisionsbedingte Sterblichkeitszunahmen ließen sich nachweisen für Leberkrebs, bösartige Gehirntumoren, ischämische Herzkrankheiten und Arteriosklerose. Revisionsbedingte Sterblichkeitsabnahmen waren zu verzeichnen bei Dickdarmkrebs, Alkoholismus, chronisch rheumatischen Herzkrankheiten, arterieller Embolie und Thrombose sowie alkoholischer Leberzirrhose.

Ferner werden eine Reihe weiterer, weniger deutlicher Beispiele beschrieben, außerdem jeweils die Inkonsistenz verursachende Revisionsveränderung im ICD-Schlüsselwerk sowie der zahlenmäßige Stellenwert im Untersuchungskollektiv. Weil die große Erhebungsbasis fehlt, können lediglich Hinweise auf mögliche Quellen statistischer Fehldeutungen geliefert werden.

Daraus folgt, daß, um revisionsbedingte Verschiebungen in Trendstudien auszuschließen, die Änderungen der ICD-Klassen berücksichtigt werden müssen. Zur Überbrückung können Umsteigetabellen zweckdienlich sein.

Der Ergebnisbericht „Vergleichbarkeit der Todesursachenstatistik in Abhängigkeit von der Verschlüsselung nach der 8. und 9. Revision der ICD“ kann bei DIMDI bezogen werden.

Dr. med. E. Berg-Schorn (DIMDI)