

Praxisproteste schafften Öffentlichkeit

„Nullrunde“ war der provozierende Begriff, der von der neuen und alten Bundesgesundheitsministerin Schmidt wiederholt ins Land hinausposaunt wurde. Dieser Begriff war sicher auch der Grund für den großen Zulauf, den eine Vollversammlung der Berliner Kassenärzteschaft am 15. Januar in der Technischen Universität hatte. Doch Thema des Protestes waren neben dem Geld vor allem die Strukturen unseres Gesundheitswesens, sprich die Bedrohung der freiberuflichen fachärztlichen Existenz, unter den neuen Plänen von Ulla Schmidt. Dies wurde rhetorisch sehr geschickt in der Ansprache durch den Vorsitzenden der KBV und der KV-Berlin, Dr. Manfred Richter-Reichhelm, beschrieben.

Aus der hochkochenden Stimmung heraus wurde eine neue Protestaktion beschlossen, die in den Medien fortan „Ärztestreik“ genannt wurde. Tatsächlich wurde auch ein entsprechender Plan ausgearbeitet, in welcher Folge welche Praxen in der Stadt geschlossen werden sollten – jeweils tage- und bezirksweise –, um die Bevölkerung auf die Pläne der Regierung hinzuweisen.

Am Mittwoch, 29. Januar, sollte zum Beispiel in meinem Bezirk Tempelhof eine solche Aktion erstmals stattfinden. Die Sicherstellungspläne, die von den Facharztverbänden und von der KV herausgegeben wurden, trafen jedoch zum Teil



Dr. med. Elmar Wille

ist Vizepräsident der Ärztekammer Berlin und niedergelassener Augenarzt aus Tempelhof.

erst zwei Tage vor Beginn der Aktion ein, so dass eine Umsetzung schwer fiel. Über den Umfang der Beteiligung gibt es sicher widersprüchliche Angaben.

Gleichwohl hatte dieses Vorgehen einen außerordentlichen publizistischen Effekt. Durch die breite Darstellung in den Medien kam es zu reichlich Anrufen in den Praxen, ob denn die Praxis auch an dem betreffenden Tag geöffnet sei oder nicht. Auch wurde einmal mehr in der Ärzteschaft eine Diskussion angestoßen, wieweit ein so genannter „Streikaufruf“ sich mit dem ärztlichen Ethos vereinbaren lässt. Mir scheint, hier wird regelmäßig die Verpflichtung des Arztes zu helfen mit einer Verpflichtung des Arztes zur Aufrechterhaltung eines bestimmten Gesundheitssystems verwechselt. Natürlich hat ein Arzt im besonderen Umfang – wie jeder Bürger im übrigen – eine unmittelbare Erste-Hilfe-Pflicht. Das heißt, im Notfall muss er helfen, sofort und ohne Rücksicht darauf, ob er dafür ein Honorar erhält und wie hoch dieses Honorar ist.

Andererseits kann man nicht auf Dauer von einem Berufsstand Arbeitsleistung und finanziellen Vorhalt (Räumlichkeiten und Medizintechnik) mit Hinweis auf das Berufsethos erpressen, wenn ein einigermaßen angemessenes Honorar ausbleibt, ja sogar in manchen Fällen nicht einmal Kostendeckung des Vor-

halts möglich ist. Dann ist Leistungsverweigerung und Ausstieg aus diesem spezifisch deutschen Sachleistungssystem die Folge. Die starke Zunahme des Angebots von nicht kassenfähigen Leistungen macht deutlich, wohin die Unterfinanzierung der ambulanten Medizin führt. Wenn Ärzte ihre Kassenzulassung zurückgeben und Praxen – weil unverkäuflich – ohne Nachfolger schließen, wird auch eine Strukturkrise des Krankenkassenstaates sichtbar. Diese Bedrohungen spüre ich in meiner Praxis wie jeder Niedergelassene.

Zusammen mit der überbordenden Bürokratie der ärztlichen Alltagsarbeit ist dies der Nährboden des gewaltigen Protestes gewesen, der sich am 15. Januar in der TU Bahn brach. Ob die Protesthaltung in der heterogenen und sehr individualistischen Ärzteschaft aber ausreicht, wie geplant über 5 Wochen Praxisschließungen zu bewirken, bleibt abzuwarten. Dennoch hat der so genannte „Streik“ Öffentlichkeit geschaffen für die Probleme der niedergelassenen Ärzte, bei einem Thema, das üblicherweise einseitig von Politikern besetzt wird.

Ihr

E. Wille



TITELTHEMA

Empfehlungen der Ärztekammer Berlin zum Umgang mit künstlicher Ernährung

Immer wieder wenden sich hilfeschende Ärzte und Pflegedienste an die Kammer, wenn es um Grenzscheidungen beim Thema „Künstliche Ernährung“ geht. Besonders schwierig ist hier die Situation beim nichteinwilligungsfähigen Patienten mit infauster Prognose am Lebensende.20

„Das entscheidet bei uns keiner allein“

Am Sankt Joseph-Krankenhaus wird seit langem schon viel Wert auf eine offensive und berufsgruppenübergreifende Diskussion ethischer Fragen gelegt. Über das Thema „Beginn und Abbruch der künstlichen Ernährung“ sprachen wir dort mit dem Leitenden Oberarzt der Inneren Abteilung I, PD Dr. Hartmut Rieder. 22



EDITORIAL.....

Praxisproteste schaffen Öffentlichkeit

Von Elmar Wille3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

Mitteilungen aus dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Vorhang auf für das neue Ärzte-Parlament!

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin stellt sich vor14

Englisch in der deutschen Medizin

Ein Plädoyer gegen das Radebrechen auf Fortbildungsveranstaltungen.

Englisch – so unser Autor – ist zwar ein gutes Vehikel, um sich weltweit einigermaßen verständlich zu machen. Wenn aber nicht ein internationaler wissenschaftlicher Austausch, sondern die praktische Fortbildung des Arztes vor Ort gefragt ist, sollte in der hiesigen Landessprache parliert werden.

Von Peter Semler25

PERSONALIEN.....

Zum Tode von Prof. Dr. Hans-Jürgen Brandt13

Mediziner für die Tiefe

Ein Portrait von Dr. Hans Grajetzki aus unserer Serie „Arzt sein in Berlin“. Von Thomas Loy24

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen12

Kurzfassung der Therapieempfehlungen Diabetes mellitus

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft hat neue Therapieempfehlungen zur Behandlung des Diabetes mellitus herausgegeben. Hier veröffentlichten wir die Kurzfassung27

FEUILLETON.....

Eingriffe mit der Kneifzange

In der vierten oder fünften Stufe der Gesundheitsreform werden die Patienten sich vermutlich mittels Handbuch selbst operieren müssen. So fürchtet das Kabarett Kneifzange in seiner neuesten Produktion „Unheilbar gesund“. Teils recht deftig wird da unser aller Lieblingsthema aufs Korn genommen.

Von Rosemarie Stein30

Buchbesprechung31

Impressum38

Niederlassung

Anreize gegen Ärztemangel in Brandenburg

Berlins Nachbarland Brandenburg versucht, mit neuen Anreizen den Ärztemangel in der Fläche zu bekämpfen. In die bislang festgefahrenen Verhandlungen zwischen KV Brandenburg und AOK kam nun etwas Bewegung. Zum einen wurden die Wegepauschalen für Ärzte mit besonders großen Versorgungsbereichen verbessert (für Nacht-, Sonntags- und Feiertagsbesuche von mehr als 20 km gibt es jetzt 12,50 €). Zudem beschloss die KV Brandenburg, im Rahmen ihres Honorarverteilungsmaßstabs Ärzten in unterversorgten Gebieten höhere Abrechnungsmöglichkeiten einzuräumen. Nach Antrag und individueller Prüfung soll es Ärzten im Einzelfall möglich sein, statt nur bis zu maximal 50 % nun bis zu 75 % über dem Fachgruppendurchschnitt abrechnen zu können.

KV-Sprecher Herre betont jedoch, dass es sich hierbei um Einzelfallregelungen handelt und nicht um generelle Umsatzgarantien.

Nach wie vor sucht Brandenburg dringend niederlassungswillige Ärzte aus Berlin, die sich für einen Wechsel ins ländliche Umland interessieren. Am dringendsten werden Hausärzte gebraucht, derzeit sind hier 125 Arztstühle vakant. Von heute 1618 Hausärzten sind 540 über 58 Jahre alt. Erst kürzlich hat der Berufsverband der Allgemeinärzte in Berlin und Brandenburg (BDA) einen Offenen Protestbrief an die Bundesgesundheitsministerin geschrieben und auf die schwierige Situation hingewiesen. Ohne finanzielle Zusatzanreize, schätzt der BDA, seien junge Ärzte kaum zum Nachrücken in unterversorgte Gebiete zu bewegen.

Folgende Arztstühle waren mit Stand Dezember 2002 in Brandenburg frei:

- **BRANDENBURG-STADT/ POTSDAM MITTELMARK:**
4 Hausärzte
- **HAVELLAND:** 11 Hausärzte
- **OSTPRIGNITZ-RUPPIN:**
1 Anästhesist, 11 Hausärzte
- **PRIGNITZ:**
5 Hausärzte, 2 Orthopäden
- **TELTOW-FLÄMING:**
16 Hausärzte, 1 Anästhesist, 1 Orthopäde
- **COTTBUS-STADT:**
2 Neurologen, 9 Psychotherapeuten, 1 Anästhesist
- **DAHME-SPREEWALD:**
7 Hausärzte
- **ELBE-ELSTER:** 1 Orthopäde, 1 Radiologe, 1 Psychotherapeut, 1 Anästhesist
- **MÄRKISCH-ODERLAND:**
13 Hausärzte
- **UCKERMARK:** 21 Hausärzte
- **OBERSPREEWALD-LAUSITZ:**
15 Hausärzte, 2 Psychotherapeuten
- **SPREE-NEIßE:** 23 Hausärzte, 2 Neurologen, 2 Psychotherapeuten, 2 Anästhesisten
- **BARNIM:** 4 Hausärzte



Informationen bei der Niederlassungsberatung der KV Brandenburg, Tel. 0331/ 2309-32.

Sponsor gesucht

Ärzteaustausch zwischen Berlin und China

....ist in Gefahr: Ende des Jahres stellte das Land Berlin seine finanzielle Förderung ein. Nun ist die Kaiserin-Friedrich-Stiftung, die das Programm seit 20 Jahren organisiert, auf der Suche nach Sponsoren. Der Partner im chinesischen Kanton, die Jinan-Universität, sagte zu, dass bisher 20 Prozent künftig 50

Prozent der Kosten zu tragen, aber der Rest ist noch offen. Bisher haben sich etwa 130 chinesische Ärzte ein Jahr lang in Berliner Kliniken in moderner Hochleistungsmedizin fortgebildet, während 13 Berliner Ärzte die traditionelle chinesische Heilkunde an Ort und Stelle kennen lernen wollten. R.St.

Weiterbildung

Achtung! Übergangsbestimmungen laufen aus

Am 3. August 2003 laufen die Übergangsbestimmungen der „alten“ Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin von 1989 aus (§ 23 Abs. 2). Anträge auf Anerkennung von Arztbezeichnungen auf den zeitlichen und inhaltlichen Grundlagen dieser Weiterbildungsordnung müssen daher bis zum 3. August beim Weiterbildungsreferat der Kammer gestellt werden. Dies betrifft insbesondere die 4-jährigen Weiterbildungen in den Gebieten Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Hygiene und Umweltmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Psychiatrie sowie die 5-jährige Weiterbildung in der Orthopädie.

Alle nach dem 3. August 2003 eingehenden Anträge können dann ausschließlich nach den Bestimmungen der am 4. August 1995 in Kraft getretenen Weiterbildungsordnung mit den zum Teil veränderten Weiterbildungszeiten sowie den aktuellen Weiterbildungsinhalten und Richtlinien beurteilt werden.

Führen weiterer Gebietsbezeichnungen

Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat die Frage nach den Möglichkeiten des Führens einer weiteren Facharztbezeichnung neben der Allgemeinmedizin neu belebt. Das oberste Gericht hatte einem Allgemeinmediziner aus Baden-Württemberg Recht gegeben. Der hatte dagegen geklagt, dass er neben der Allgemeinmedizin keine weitere Facharztbezeichnung führen und hierfür auch keine Zulassung beantragen darf. Das Verbot ist in den Weiterbildungsgesetzen der Länder geregelt. Die Auswirkungen des Urteils auf die gesetzlichen Regelungen in Berlin sind noch offen. Formal gilt es nämlich nur für Baden-Württemberg. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts bezieht sich zudem ausschließlich auf Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte und nicht auf das Führen zweier Facharztbezeichnungen generell. Hierzu gibt es in den einzelnen Bundesländern sehr unterschied-

liche Regelungen. In Berlin und in einigen anderen Kammerbereichen ist in der Weiterbildungsordnung festgelegt, dass grundsätzlich nur eine Facharztbezeichnung geführt werden kann. Ein Abweichen davon ist nur mit Genehmigung der Kammer im Rahmen einer Ermessensentscheidung möglich. Die Regelung erklärt sich daraus, dass ein Facharzt sein Gebiet in seiner ganzen Breite und Tiefe beherrschen muss – eine Voraussetzung, die zumindest in sehr weit voneinander entfernten Fächern nicht einhaltbar ist.

Auf Anfrage der Ärztekammer prüft jetzt die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz die Auswirkungen des Bundesverfassungsgerichtsurteils auf die Rechtslage in Berlin. Es soll festgestellt werden, ob dadurch Modifikationen am Weiterbildungsgesetz erforderlich sind.

Aktenzeichen 1 BvR 525/99

NATURHEILTAGE BERLIN

Frühjahrskongress 2003 – Kurs II

28. bis 30. März und 4. bis 6. April 2003

Erstmals an zwei aufeinanderfolgenden Wochenenden



Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ oder Zertifizierte Fortbildung zu Spezialgebieten der Naturheilverfahren

- ◆ Physiotherapie: (28.3.) bei Durchblutungsstörungen; Entstauungstherapie 4 P
- ◆ Phytotherapie: (29.3.) bei Herz-/Kreislauf-erkrankungen; Erkältungs- u. Atemwegs-erkrankungen; HNO-Erkrankungen 6 P
- ◆ Neuraltherapie: (30.3.) Einführung in die Praxis; Anwendung mit Falldarstellung 4 P
- ◆ Ordnungstherapie: (4.4.) Autogenes Training; Chronobiologie; Ärztliches Gespräch; Methoden der Indikation der Psychotherapie 4 P
- ◆ Ernährungstherapie: (5.4.) Vegetarische Ernährung; Mikrobiotische Kost; Antioxydantien 4 P
- ◆ Schwerpunktthema: (5.4.) Naturheilverfahren in der Onkologie 4 P

Veranstaltungsort ist das St. Gertrauden-Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin.

Anmeldungen über das Referat Weiterbildung der FU Berlin, Jochen Denzin, Tel. 838 51-424/ -425, Fax 838 51-396, E-Mail: denzin@zedat.fu-berlin.de

Die Kursgebühren betragen 255 € für den gesamten Kurs. Ausführliches Programm unter: www.naturheiltage-berlin.de

Fortbildung zum Thema „Pocken“

Gleich zwei Fortbildungen zum allgegenwärtigen Thema „Pocken“ laufen im März in Berlin.

Die eine wurde von der kammereigenen Ernst von Bergmann-Akademie organisiert. Zwei Vorträge stehen hier auf der Agenda:

Was müssen Ärzte heute über Pockenerkrankungen und Pockenimpfung wissen?

Cr. Ch. Schönfeld – Institut für Tropenmedizin Berlin

Wie organisiert das Land Berlin den medizinischen Bevölkerungsschutz vor möglichen Angriffen mit Pockenviren?

Dr. S. Peters – Katastrophenschutzbeauftragter der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.

Moderation: Dr. med. Matthias Brockstedt

Termin: **Mittwoch, 19. März 2003, 20 Uhr**

Ort: Charité/Campus Virchow-Klinikum, Augusteburger Platz 1, 13353 Berlin, Hörsaal 6, Mittelallee 10

Unter dem knappen Titel „Pocken“

wird sich auch die Berliner Medizinische Gesellschaft des Themas annehmen. Für den 12. März 2003 hat sie um 19 Uhr eine entsprechende Fortbildungsveranstaltung organisiert. Referate sind zu folgenden Themen

zu hören: „Das klinische Bild der Pocken“ (Prof. G. Stüttgen), „Virologie und Epidemiologie der Pocken“ (Prof. Dr. R. Thomssen), „Pockenalarmplan der Bundesregierung“ (Prof. Dr. R. Kurth), „Praktisches Vorgehen in der Klinik beim Auftreten von Pocken“ (Prof. Suttrop). Die Veranstaltung findet statt im Langenbeck-Virchow-Haus, Foyer, Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin/Mitte.

Fortbildungsmodul der Ernst von Bergmann-Akademie

Zum Thema „Pocken“ hat die Ernst von Bergmann-Akademie der Ärztekammer Berlin übrigens ein 1-stündiges Fortbildungsmodul entwickelt. Berufsverbände können es für ihre eigenen Veranstaltungen „buchen“. Es steht hierfür ein eigener Referentenpool zur Verfügung. Inhaltlich beschäftigt sich die Modulfortbildung mit der Differenzialdiagnostik, dem Impfen, möglichen Impfkomplicationen und der Impftechnik.

Interessenten melden sich bitte bei der Ernst von Bergmann-Akademie, Frau Raimbault, Tel. 40 80 6-154.

Buchtip

Kliniken im Überlebenskampf

„Dii Ar djees“ und kein Ende – ganz im Gegenteil, jetzt fängt's erst richtig an mit den Pauschalvergütungen im Krankenhaus. Pflicht wird es zwar erst nächstes Jahr, aber wer schon ab Januar '03 mitmacht, dem bleibt die Nullrunde erspart. Weil nun der Konkurrenzkampf unter den Kliniken härter wird, hat der „Krankenhaus-Report 2002“ – es ist der zehnte – den Schwerpunkt „Krankenhaus im Wettbewerb“. Dass für einen Wettbewerb eigentlich noch die Voraussetzungen fehlen, wird in den über zwanzig Beiträgen namhafter Wissenschaftler ebenso diskutiert wie die Vorzüge, aber auch die Gefahren (Risiko-Selektion!) der Marktwirtschaft in der stationären Versorgung. Überleben können nur die Krankenhäuser, so liest man, die mit den Pauschalen gut auskommen und trotzdem Qualität bieten. Nach welchen Methoden Qualität beurteilt werden kann, wird ausführlich untersucht, ebenso die Frage, warum Quantität offensichtlich in Qualität umschlägt: Klinken mit großen Fallzahlen bestimmter Eingriffe haben die besseren Ergebnisse, gemessen am „harten“ Kriterium Letalität. Ein „Directory“ im Anhang listet für 1150 namentlich genannte Krankenhäuser auf, welche Mengenverschiebungen es im Laufe von drei Jahren bei ausgewählten Indikationen mit Fallpauschalen oder Sonderentgelten gab, von der elektiven Tonsillektomie bis zur Koronarchirurgie. Das Buch ist eine Fundgrube für alle, die sich um die Zukunft der deutschen Krankenhäuser im Allgemeinen oder ganz speziell um die eigene Klinik Sorgen machen. R.St.

Michael Arnold et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2002*, Schattauer-Verlag, 2003, 376 Seiten mit CD Rom, 45,95 €.

Krankenhäuser

Zehn Berliner Kliniken beim DRG-Testlauf dabei

Die freiwillige DRG-Erprobungsphase ist auch für einen Teil der Berliner Krankenhäuser angebrochen. Zehn Kliniken in der Hauptstadt hatten sich fristgerecht bis Ende Oktober für den Testlauf angemeldet. Sieben davon konnten bereits ihre Budgetvereinbarungen mit den Krankenkassen abschließen und rechnen jetzt nach DRGs ab: Das Unfallkrankenhaus Berlin, das Sankt Gertrauden-Krankenhaus, die DRK-Kliniken Westend, Köpenick und Mark Brandenburg, das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe und die Parkklinik Weißensee.

Drei weitere Berliner Krankenhäuser standen bis zum Redaktionsschluss dieser Zeitschrift noch in Verhandlungen mit

den Kassen: das Universitätsklinikum Benjamin Franklin, das Krankenhaus Lichtenberg und das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge.

Obwohl die Abrechnung in der Probephase noch budgetneutral gestaltet wird und die Testhäuser von der Nullrunde ausgenommen sind, besteht nach Einschätzung der Berliner Krankenhausgesellschaft für die teilnehmenden Kliniken durchaus ein Budgetrisiko. Die Leistungsnachfrage kann nie zu 100 % im Vorhinein kalkuliert werden. Zudem bieten einige der Kliniken Spezialbehandlungen an, die nicht im DRG-Katalog aufgeführt sind und für die keine Pauschalen ausgehandelt werden konnten.

Sie müssen nun über das restliche Leistungsgeschehen mitfinanziert werden.

Für die DRGs gibt es derzeit noch keine einheitlichen Festpreise. Es werden mit jedem einzelnen Haus individuelle Pauschalen-Preise ausgehandelt, die sich am Gesamtbudget und dem Leistungsgeschehen des Vorjahres orientieren. Ausgenommen von den DRG-Pauschalen sind übrigens Psychotherapie und Psychiatrie, die weiterhin nach tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet werden. Die Ärztekammer Berlin steht der flächendeckenden Krankenhausfinanzierung über DRGs nach wie vor kritisch gegenüber und hatte sich für eine Verschiebung der Einführungsphase ausgesprochen.

AiP konkret – Rechte und Pflichten während der Weiter- bildung

1. Informationen zur AiP-Phase
2. Hinweise und Orientierung zur Weiterbildungsordnung
3. Abschließende Diskussion und Möglichkeit zur Beratung im Einzelfall

**Mittwoch, 26. März 2003,
18 Uhr (s.t.)**

Referenten:

Dr. med. Rudolf Fitzner
(Ärztammer Berlin, FU Berlin,
Hartmannbund Berlin)

Katja Böhlendorff
(Ärztammer Berlin,
Referat Weiterbildung)

Ort: Universitätsklinikum
Benjamin Franklin, Konfe-
renzraum „Blaue Grotte“
E 166, Hindenburgdamm 30,
12200 Berlin

Informationen und Anmel-
dung: Hartmannbund Ber-
lin, Tel. 206 20 855, E-mail:
lv.be@hartmannbund.de

Berliner Gesundheitspreis

Preisverleihung des Berliner Gesundheitspreises

Zum Thema „Fehlervermeidung und Sicherheitskultur“ hatten AOK und Ärztekammer Berlin im letzten Jahr den Berliner Gesundheitspreis 2002 ausgeschrieben. 48 Einsender reagierten auf die Ausschreibung. Diese recht überschaubare Zahl zeigt, dass es in Deutschland ganz offensichtlich noch sehr wenige Projekte gibt, die sich mit medizinischem Fehlermanagement im engeren Sinne beschäftigen. Das Thema ist ein noch weitgehend unbestelltes

Feld, auf dem aber erste „Pionierpflänzchen“ gedeihen. Um die ging es AOK und Kammer bei diesem Wettbewerb. Inzwischen hat die Jury sechs Preisträgerprojekte ausgewählt. Die feierliche Preisverleihung und Vorstellung der prämierten Projekte findet statt am Donnerstag, dem 27. März 2003 um 16.30 Uhr (bis etwa 19 Uhr) in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, Leibnizsaal, Jägerstraße 22/23, 10117 Berlin/Mitte.



Antrittsvorlesung

Management im Gesundheitswesen

....das ist jetzt im TU-Institut für Gesundheitswissenschaften ein eigener Lehrstuhl. Professor Reinhard Busse, der nach der medizinischen Promotion den Magister sanitatis publicae an der Medizinischen Hochschule Hannover machte, habilitierte sich dort bei Friedrich Wilhelm Schwartz in dessen

Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung und leitete den letzteren Arbeitsbereich. Danach war er Leiter des „European Observatory on Health Care Systems“ der WHO in Madrid, für das er von Berlin aus weiter tätig ist. In seiner Antrittsvorlesung untersuchte Busse die Frage, ob Deutschland von ausländischen Gesundheitssystemen lernen könne. Er bejahte dies nur mit

Vorbehalt. Bei internationalen Vergleichen könne man nicht sorgfältig und differenziert genug vorgehen. Das sei bisher oft versäumt worden; außerdem reichten die Daten noch nicht aus, um die Qualität von Gesundheitssystemen transparent und damit vergleichbar zu machen. Offensichtlich stehe Deutschland aber nicht so schlecht da, wie das umstrittene Ranking der WHO glauben machen wollte. R.St.

Leserbrief

Was Sie über die Biostoffverordnung wissen sollten
BERLINER ÄRZTE 1/2003

So interessant es sein mag über die Biostoff-VO zu schreiben, so wenig informativ und konkret ist der Artikel für niedergelassene Ärzte („Hier haben wir noch mal das Wichtigste speziell für niedergelassene Ärzte zusammengefasst“).

Statt den niedergelassenen Ärzten zu drohen („das kann teuer werden“) wären konkrete Handlungsanweisungen sinnvoll gewesen, z.B. einen wirklich praxisnahen Hygieneplan abzu drucken und/oder Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte regelmäßig ohne Kosten anzubieten, denn das LaGetSi als Service-Unternehmen für die Bevölkerung wird durch Steuergelder finanziert.

Wie soll der niedergelassene Arzt z.B. beim Hepatitis-B-Virus „die Fähigkeit der Organismen, eine sensibilisierende und toxische Wirkung zu entfalten“ ohne konkrete Hinweise beurteilen?

Wie soll denn zum Beispiel im Untersuchungsraum einer Arztpraxis die Decke gestaltet werden, so dass sie desinfizierbar und leicht zu reinigen ist. Geht von der Decke wirklich eine Gefährdung aus? Wie entsteht „Staub und Nebel“ in der Arztpraxis? Warum dürfen Umkleidemöglichkeiten wie z.B. Ablegen des Arztkittels und Anlegen eines Schutzkittels z.B. vor einer Abszessspaltung nicht im Untersuchungsraum stattfinden?

Ist wirklich vor Arbeitsbeginn bei allen Arbeiten der Risikogruppe 2 (zu Risikogruppe 2 zählt u.a. *S. aureus*, der zu circa 30 % im Nasen-Rachen-Raum der normalen gesunden Bevölkerung vorkommt) z.B. bei einer Blutentnahme am Patienten, das Ablegen von Schmuck, Uhren und Ehering erforderlich? Was versteht der niedergelassene Arzt unter „Arbeitskleidung“ und unter „persönlicher Schutzausrüstung“? Arbeitskleidung ist doch auch ein Teil der Schutzausrüstung, Arbeitskleidung ist doch auch „persönlich“. Hilfreich wäre es gewesen, wenn dem niedergelassenen Arzt erläutert wird, was unter „gezielten Tätigkeiten mit Organismen der Risikogruppe 2“ (Beispiel: Arzt entnimmt einen Nasenabstrich eines Patienten, von dem bekannt ist, dass er, wie viele andere, *S. aureus*-Träger ist) zu verstehen ist. Muss der niedergelassene Arzt diese Tätigkeit wirklich „30 Tage vor Aufnahme der Tätigkeit anzeigen“?

In Deutschland – im Gegensatz zu anderen, insbesondere südeuropäischen Ländern – ist man schnell bei der Hand, EG-Recht in nationale gesetzliche Vorschriften umzusetzen. Der Autor dieses Artikels würde sich sehr große Verdienste erwerben, wenn er mit seiner großen Fachkompetenz echte Hilfestellung geben würde, statt auf mehr als 2 kostbaren Druckseiten wenig konkret zu bleiben. Die Verhängung von Bußgeld sollte doch erst dann berechtigt sein, wenn der Autor und seine Mitarbeiter in jedem Berliner Bezirk 3-4 praxisorientierte Fortbildungsveranstaltungen in den Abendstunden – außerhalb der Praxiszeiten – anbieten. Ist das zu viel verlangt?

Prof. Dr. med. Henning Rüden, Berlin Wilmersdorf

Leserbriefe zu unserem *Vivantes*-Heft veröffentlichen wir in Heft 4/2003.

Soviele Arzneimittel-Zulassungen wie nie

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) legte jetzt seine Jahresstatistik 2002 für die Zulassung und Nachzulassung vor. „Mit 5121 Verfahrensabschlüssen ist 2002 das bisher beste Jahr seit der Gründung des Instituts gewesen“ betonte der Präsident des BfArM, Prof. Harald G. Schweim. „Deshalb sind wir sicher: Wir werden unser Ziel erreichen, wir werden die Nachzulassung wie geplant bis Ende 2005 abschließen.“

Dies gelte, obwohl das Elbe-Hochwasser die Nachzulassung schwer getroffen habe. Bekanntlich waren rund 1600 Akten, die bei einem Unternehmen in Leisnig/Sachsen eingelagert waren, vernichtet worden. Dadurch habe es einen Rückschlag in den selbst gesetzten Zielen für 2002 gegeben. Schweim: „Da wir aber in 2001 das Ziel etwas überschritten und die Ausfallzeit mit Nachzulassungsarbeit im Rahmen der Zweiphasigkeit genutzt haben, ist das Gesamtziel nicht in Gefahr.“

Nach der jetzt vorliegenden Bearbeitungsstatistik für das vergangene Jahr 2002 wurden von den am Jahresbeginn 2002 noch offenen Nachzulassungs- und Nachregistrierungsanträgen 2069 abgeschlossen. In der Zulassung konnten 3052 Abschlüsse erreicht werden. Von den neu zugelassenen Arzneimitteln sind 1974 verschrei-

bungspflichtig. 44 der insgesamt 59 neu zugelassenen Phytopharmaka sind apothekenpflichtig, 15 freiverkäuflich.

In der Statistik der Anwendungsgebiete bezogen auf die Neuzulassungen im vergangenen Jahr führen das Nervensystem mit 561 und das kardiovaskuläre System mit 405 Neuzulassungen. Zu den weiteren Anwendungsgebieten mit den meisten Neuzulassungen gehören Systemische Antiinfektiva (283), Verdauungstrakt und Stoffwechsel (245), Respirationssystem (199), Antineoplastika und Immunmodulatoren (158), Arzneimittel für den Urogenitaltrakt und Sexualhormone (88), Systemische Hormonpräparate (außer Sexualdermatologika, 85), Präparate für Blut und blutbildende Organe (83), für das Muskel- und Skelettsystem (80) und Dermatologika (69).

Bei den Wirkstoffen mit den meisten Zulassungen handelt es sich um Morphinsulfat (Schmerzmittel, 93), Roxithromycin (Antibiotikum, 70), Hydrochlorothiazid (Herz-Kreislauf, 53), Levothyroxin-Natrium (Schilddrüse, 50), Simvastatin (Cholesterin, 50), Ceftriaxon-Dinatrium (48), Cetirizindihydrochlorid (43), Beclometasondipropionat (42), Ciprofloxacinhydrochlorid (40), Paracetamol (39), Mesalazin (36), Doxazosinmesilat (34), Ranitidinhydrochlorid (33) und Citalopramhydrobromid (30).



Ignorieren Sie Kettenbriefe!

Die Ärztekammer Berlin rät ihren Mitgliedern, so genannte „Kettenbriefe“ in ihrer Post nicht zu beantworten. Erst kürzlich lief wieder ein solches Exemplar durch das Berliner Gesundheitswesen. Wieder einmal wurde ein angeblich krebskrankes Kind aus England als

Urheber genannt. Der Brief forderte speziell Ärzte dazu auf, ihre Visitenkarte nach England zu schicken und den Brief weiterzuverteilen. Tun Sie's nicht! Häufig stecken hinter solchen Briefen Firmen, die auf subtile Weise Ärzteadressen einsammeln.

UAW

Delir im Alter

Neben zentralnervösen Erkrankungen, Allgemeinerkrankungen mit Hirnbeteiligung, Intoxikationen, Entzug bei Abhängigkeitserkrankungen können auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) Ursache für das Auftreten deliranter Zustände sein. Von besonderer Bedeutung

sind diese UAW bei geriatrischen Patienten, da ein Delir bei diesen Patienten meist mehrere Ursachen hat (im Gegensatz zu jüngeren Patienten) und eine UAW eine zusätzliche Komponente darstellen kann. Nachfolgend Beispiele bekannter bzw. häufig verordneter deliriogener Arzneimittel:

Quelle: Dtsch. med. Wschr. 2001; 126: 823

Antibiotika	Acyclovir, Amphotericin B, Cephalexin, Mefloquin, Gyrasehemmer, Isoniazid, Rifampicin, Metronidazol
Anticholinerg wirkende Arzneistoffe	tricycl. Antidepressiva, tricycl. Neuroleptika (auch atypische wie Clozapin, Olanzapin), Antihistaminika, Parkinsonmittel wie Biperiden, Metixen, Bornaprin, Atropin, Diphenhydramin, Scopolamin, Spasmolytika
Antikonvulsiva	Phenobarbital, Phenytoin, Valproinsäure
Antiphlogistika	Glukokortikoide, Ibuprofen, Indomethacin
Antiparkinsonmittel	Amantadin, Carbidopa, Levodopa, Bromocriptin, Pridinol
Analgetika	Opiate, Salicylate, synthetische Narkotika
Kardiaka	Betablocker, Clonidin, Digitalis, Lidocain
Sedativa/Hypnotika	Barbiturate, Benzodiazepine
Verschiedene	H2-Blocker, Lithium, Theophyllin, 5-Fluorouracil

Desloration

Toxische Hepatitis

Die AkdÄ* berichtet über einen 40-jährigen Patienten, der unter der Einnahme von Desloratadin (Aerius®), dem aktiven Metaboliten des gering sedierenden Antihistaminikums Loratadin (Lisino®), nach 5 Tagen wegen unklarer Hepatitis stationär aufgenommen werden musste. Andere Ursachen für die ausgeprägte periportale und lobuläre Hepatitis konnten weitgehend aus-

geschlossen werden, so dass die AkdÄ – auch in Anbetracht von 4 weiteren Fällen schwerer hepatischer UAW – von einer möglichen direkt toxischen Wirkung von Desloratadin auf die Leber ausgeht. Zusätzlich verweist die AkdÄ auf das Fehlen von Angaben zu dieser schweren UAW in der Fachinformation des Präparates. Bei Loratadin-haltigen Arzneimitteln wird auf Leberfunktionsstörungen hingewiesen.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2002; 99(41): C 2186; pharma-kritik 2001; 23: 66

Anmerkung: Das Bemühen pharmazeutischer Unternehmer, spezifischer wirkende Moleküle in die Therapie einzuführen, kann grundsätzlich als sinnvoll angesehen werden. Von einem kritischen Autor wird jedoch auch die Möglichkeit erwogen, dass aufgrund des (drohenden) Verlustes des Patentschutzes der Muttersubstanz mit diesen neuen Arzneistoffen Marktanteile gehalten werden sollen. Weitere Beispiele sind das Antihistaminikum Levotiricin, Xusal® (Muttersubstanz Cetirizin, Zyrtec®), der Protonenpumpenhemmer Esomeprazol, Nexium® (Muttersubstanz Omeprazol) und das nichtsteroidale Antiphlogistikum Dexibuprofen, Deltaran® (Muttersubstanz: Ibuprofen).

Epoetin

bei Krebspatienten

Eine Ergänzung der Arzneimittelrichtlinien befasst sich mit der Therapie tumorbedingter Anämien (TBA) mit Epoetin alfa (Erypo®) bzw. Epoetin beta (Neo Recormon®). Nur unter engen Voraussetzungen (u.a. begrenzte Tumorentitäten, 4-wöchige Testphase) ist ein Therapieversuch mit Epoetin sinnvoll, wenn vor oder nach einem ersten Therapiezyklus mit Zytostatika eine

TBA nachweisbar ist. Entsprechend den Fachinformationen des Herstellers werden u.a. auf Grippe-ähnliche und allergische Symptome, Hypertonie, thomboembolische Komplikationen und auch auf die selten auftretende Erythroblastopenie (derzeit nur bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz aufgetreten) als unerwünschte Wirkungen hingewiesen.

Quelle: Dt. Ärztebl. 2002; 99(40): C 2129

Anmerkung: Hinsichtlich des erwähnten Auftretens von Erythroblastopenien durch neutralisierende Antikörper muss noch angemerkt werden, dass diese schwerwiegende unerwünschte Wirkung sehr viel häufiger bei sc.-Gabe als bei iv.-Gabe auftritt. Der Hersteller empfiehlt eine iv.-Applikation bei chronisch niereninsuffizienten Patienten. Im Gegensatz zu einer Blut- oder Blutkomponententransfusion zeigt sich ein möglicher Nutzen einer Epoetingabe erst nach Wochen. Der Nutzen von Epoetin ist zwar evidenzbasiert nachgewiesen, grundsätzliche Diskussionen auf dem 1. Kongress für Versorgungsforschung im Oktober in Köln lassen diesen Arzneistoff als einer der Anwärter erscheinen, dessen Anwendung unter kontrollierten Praxisbedingungen untersucht werden sollte.

Hormonersatztherapie

Neue Warnhinweise

In einer kritischen Übersicht über 7 Studien zur Hormonersatztherapie kommen die Autoren in einer Bilanz zum Schluss, dass eine Hormonersatztherapie 50-59-jährige Frauen etwas weniger gefährdet als 60-69-jährige. Unsere Überwachungsbehörde empfiehlt derzeit folgendes Vorgehen:

I Estrogen-Gestagen-Kombinationstherapie

a) bei klimakterischen Beschwerden: nur bei ausgeprägtem Leidensdruck, nach sorgfältiger Aufklärung über Risiken, mit möglichst kurzer Anwendungsdauer.

b) zur Osteoporoseprophylaxe: ohne festgestelltes erhöhtes Osteoporoserisiko keine Verordnung, bei erhöhtem Risiko eingehende Prüfung anderer Therapieoptionen, bestehende Medikationen in diesem Sinne überprüfen.

c) Rückbildungsercheinungen an Harn- und Geschlechtsorganen: topische Applikation erwägen.

II Estrogen-Monotherapie (nur bei Frauen ohne Gebärmutter)

Noch keine statistisch vergleichbar robusten Daten, Hinweise auf erhöhtes Risiko für Eierstockkrebs, sorgfältiges Abwägen von Nutzen und Risiken.

Quellen: Lancet 2002; 360: 942; Pharm. Ztg. 2002; 147: 4022

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein
Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf, Tel. (0211) 43 02-587

* Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft

Zum Tode von Prof. Dr. Hans-Jürgen Brandt

Nach langer, mit großer Geduld ertragener Krankheit, verstarb am 13. Januar 2003 Prof. Dr. Hans-Jürgen Brandt im Alter von 84 Jahren. Die Pneumologen Berlins und Deutschlands trauern um einen herausragenden Arzt, klinischen Forscher und Lehrer, der als einer der Pioniere der modernen Pneumologie gilt.

Charakteristisch für seine Pionierleistung ist die Einführung der Thorakoskopie, zuvor in der Kollapstherapie der Tuberkulose angewandt, als ein diagnostisches Verfahren. Hiermit erwarb er sich auch international einen Namen. Bei ihm verbanden sich glücklich klinisches Wissen mit

manuellem Geschick und technischem Interesse. Er entwickelte neue endoskopische Instrumente, erkannte frühzeitig den Wert der Zytologie, habilitierte 1972 mit dem Thema „Die EDV-gesteuerte Auswertung von Lungenfunktionsuntersuchungen“ und war 1976 einer der Ersten, die in Deutschland eine pneumologische Intensivstation einrichteten.

1964 gehörte er zu den Initiatoren des Department-Systems in der Lungenklinik Heckeshorn, was die Voraussetzung dafür schuf, Heckeshorn zu einem weit über die Grenzen Berlins bekannten Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie



Foto: privat

auszubauen. Für seine Verdienste in der Fortbildung erhielt Hans-Jürgen Brandt 1977 die Ernst-von-Bergmann-Medaille, darüber hinaus noch zahlreiche weitere nationale und internationale Ehrungen.

Über viele Jahre war Hans-Jürgen Brandt Mitglied der Dele-

giertenversammlung der Ärztekammer Berlin und stellte seine große Erfahrung als Vorsitzender sowohl des Widerspruchsausschusses in der Weiterbildung als auch als Mitglied in der Ethikkommission noch lange Jahre nach seiner Pensionierung zur Verfügung.

Wir verlieren in ihm eine große Persönlichkeit und ich selbst nicht nur einen wertvollen Lehrer und Berater, sondern auch einen liebenswerten Freund.

Zu seinen Ehren findet am Sonnabend, dem 12. April 2003, eine Gedenkfeier mit einem wissenschaftlichen Symposium in der Lungenklinik Heckeshorn statt.

Prof. Dr. R. Loddenkemper

VORHANG AUF

ALLIANZ BERLINER ÄRZTE*



Dr. med. ELMAR WILLE
Vizepräsident, niedergelassener
Augenarzt aus Tempelhof



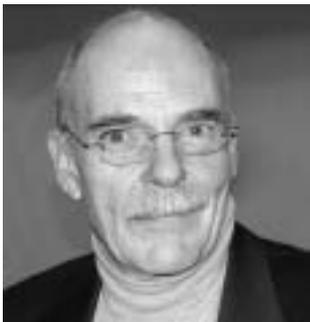
**Dr. med. MANFRED RICHTER-
REICHHELM**, Vorsitzender der
KBV und der KV-Berlin, nieder-
gelassener Urologe aus Tegel



Dr. med. SABINE KREBS
niedergelassene Gynäkologin
aus Wilmersdorf



Dr. med. SVEA KELLER
niedergelassene Augenärztin
aus Weißensee



Prof. Dr. med. HARALD MAU
Chefarzt der Kinderchirurgie an der
Charité/Mitte



Dr. med. MARTIN MIEHE
niedergelassener Dermatologe
aus Tegel



Dr. med. REGINE HELD
Vorstandsmitglied, niedergelas-
sene HNO-Ärztin aus Weißensee



Dr. med. MATTHIAS BLOECHLE
niedergelassener Gynäkologe und
Reproduktionsmediziner aus
Charlottenburg

Im Herbst vergangenen Jahres wählten Berlins Ärztinnen und Ärzte per Briefwahl die neue Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin. Welche 45 Kolleginnen und Kollegen den Sprung ins Ärzteparlament geschafft haben, erfuhren Sie bereits in unserem Heft 1/2003. Aber nicht jedem sind alle Gesichter bekannt, die zu diesen Namen gehören. Schade, denn möglicherweise läuft Ihnen der eine oder andere fast täglich über den Weg oder Sie kennen sich vom Telefon. Damit Sie wissen, wie Ihre Interessenvertreter in der Ärztekammer aussehen und wo sie arbeiten, stellen wir Ihnen die neuen Delegierten hier persönlich vor. Den elfköpfigen Vorstand kennen Sie ja schon aus unserem letzten Heft.

für das neue Ärzte-Parlament!

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin stellt sich vor



Dr. med. WALTER GOERTZ
niedergelassener HNO-Arzt
aus Marienfelde



HELMUT MÄLZER
niedergelassener Orthopäde aus
Hohenschönhausen



**Dr. med. HANS-HERBERT
WEGENER**
Pathologe, im Ruhestand



**Dr. med. DOROTHEA
HAGEMANN**
niedergelassene Internistin
aus Steglitz



Dr. med. ROLAND URBAN
niedergelassener Arzt für Psychia-
trie und Psychotherapie aus Moabit

**BERLINER HART-
MANNBUND IM
BÜNDNIS MIT LISTE
LEITENDE ÄRZTE
UND VEREINIGUNG
DEUTSCH-AUSLÄN-
DISCHE ÄRZTE E.V.***

* Die Listen Allianz und Hartmannbund haben
sich zu einer Fraktion zusammengeschlossen



Dr. med. RUDOLF FITZNER
Vorstandsmitglied, Labormediziner,
stellv. Leiter des Instituts für Klinische
Chemie und Pathobiochemie am UKBF,
Vorsitzender des Hartmannbundes Berlin



**Priv.-Doz. Dr. med.
DIETRICH BANZER**
Chefarzt der Radiologie an der
Zentralklinik Emil von Behring

**MARBURGER
BUND**



Dr. med. GÜNTHER JONITZ
Präsident, Chirurg, 1. stellvertre-
tender Vorsitzender des Marburger
Bundes Berlin



Dr. med. MATTHIAS ALBRECHT
Vorstandsmitglied, Pädiater, Quali-
tätsmanager beim Verein zur Er-
richtung Evangelischer Kranken-
häuser



Dr. med. SIGRID KEMMERLING
Vorstandsmitglied, Oberärztin in
der Kinder- und Jugendpsychiatrie
an den DRK-Kliniken-Westend



Dr. med. MATTHIAS DAVID
Gynäkologe, Oberarzt an der
Charité, Campus Virchow



Dr. med. KLAUS THIERSE
niedergelassener Orthopäde
aus Frohnau



Dr. med. ASTRID KÖNIG
Vorstandsmitglied, HNO-Ärztin an
der Parkklinik-Weißensee



HENNING DANNEHL
Orthopäde, Oberarzt an der
Zentralklinik Emil von Behring



Dr. med. BETTINA JÄGER
Kinderchirurgin an den DRK-
Kliniken Westend



Dr. med. WERNER WYRWICH
Unfallchirurg, Oberarzt am UKBF

**HAUSÄRZTE
IM BDA**



Dr. med. ANGELIKA PREHN
niedergelassene Allgemeinmedizinerin aus Friedrichshain,
Stellv. Vorsitzende der KV-Berlin



Dr. med. RITA KIELHORN-HAAS
niedergelassene Allgemeinmedizinerin aus Kreuzberg



Prof. Dr. med. VITTORIA BRAUN
Vorstandsmitglied, niedergelassene
Allgemeinmedizinerin aus Köpenick
mit Professur an der Charité



Dr. med. HANS-PETER HOFFERT
Vorstandsmitglied, niedergelassener
Allgemeinmediziner aus Steglitz



**Dr. med. WOLFGANG
KREISLER**
niedergelassener Allgemeinmediziner aus Zehlendorf

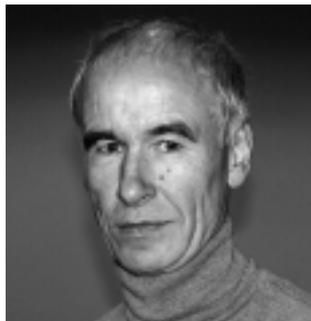
**FRAKTION
GESUNDHEIT**



Dr. med. CORA JACOBY
Internistin am Vivantes Klinikum
Neukölln



**Dr. med. WOLFRAM
SINGENDONK**
niedergelassener Kinderarzt
aus Steglitz



Dr. med. ANDREAS GRÜNEISEN
Internist, Oberarzt am Vivantes
Klinikum Neukölln



Dr. med. BERND KÖPPL
Umweltmediziner, Ärztlicher Leiter
am berliner gesundheitszentrum
GmbH



Dr. med. ULRICH PILTZ
niedergelassener Internist aus
Schöneberg



Dr. med. RÜDIGER BRAND
niedergelassener Internist aus
Schöneberg



Dr. med. MARIA BIRNBAUM
Internistin, im Ruhestand



ANTJE BLANKAU
niedergelassene Gynäkologin
aus Steglitz



Dr. med. KURT HÖFELD
niedergelassener Psychotherapeut
aus Reinickendorf



Dr. med. HORST KALLFASS
Facharzt für psychotherapeutische
Medizin aus Zehlendorf



**Dr. med.
ROLF-JÜRGEN KÜHNELT**
niedergelassener Kinderarzt
aus Wedding



Dr. med. VOLKER PICKERODT
Anästhesist, Oberarzt am Ev.
Waldkrankenhaus Spandau



**Dr. med.
EVA MÜLLER-DANNECKER**
Anästhesistin im Vivantes Klinikum
Am Urban



Dr. med. WOLFGANG ALBERS
Chirurg, Oberarzt am Vivantes
Humboldt-Klinikum



**Dr. med.
SEBASTIAN DIECKMAN**
Internist am Vivantes Auguste-
Viktoria-Klinikum

**MACHT'S BESSER –
DIE KAMMER-
ALTERNATIVE**



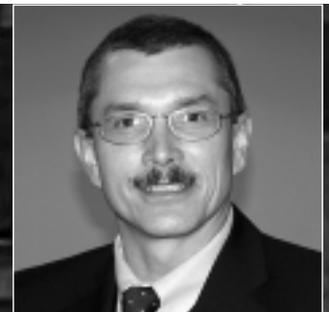
HERMANN BREHME
Chirurg, im Ruhestand

**Neben den gewählten
Delegierten sitzen
noch zwei von den
Berliner Hochschulen
benannte Vertreter im
Ärzteparlament:**



Dr. med ALMUT TEMPKA
Oberärztin der Unfallchirurgie
an der Charité, Campus Virchow

**Priv.-Doz. Dr. med.
JÜRGEN HOPF**
Oberarzt der HNO-Klinik
am UKBF



Immer wieder gibt es bei der Ärztekammer Berlin Anfragen zum Thema „Künstliche Ernährung“. Besonders schwierig ist hier die Situation beim nicht einwilligungsfähigen Patienten am Lebensende. Um für Ärzte den Umgang mit diesen Situationen zu erleichtern, hat die Ärztekammer Berlin Empfehlungen zum Vorgehen entwickelt. Hierbei spielen Fragen der Indikationsstellung, der Einwilligung und der rechtlichen Absicherung einer Entscheidung eine wesentliche Rolle.

Die nachstehenden Empfehlungen sind das Ergebnis einer Beratung des Grundsatzausschusses der Ethikkommission der Ärztekammer Berlin, an denen außer Ärzten auch Juristen, Theologen und Pflegewissenschaftler mitgewirkt haben. Die Schwierigkeit der Materie ist dabei sehr deutlich geworden. Die Empfehlungen haben vorrangig, aber nicht ausschließlich, Bedeutung für Patienten in terminalen Stadien. Sie sollen dem Arzt Hilfe und Orientierung geben; trotzdem wird im konkreten Fall immer eine individuelle Entscheidung notwendig sein.

Empfehlungen der Ärztekammer Berlin zum Umgang mit künstlicher Ernährung

Das Thema Einleitung und Abbruch künstlicher Ernährung gewinnt zunehmend an Bedeutung, dies gilt insbesondere beim willensunfähigen Patienten. Künstliche Ernährung wird hierbei als jede Form der Ernährung verstanden, bei der keine orale Aufnahme der Nahrung erfolgt.

Die Meinungen, es handele sich bei künstlicher Ernährung um bis zum Tod aufrecht zu erhaltende Basisversorgung oder es handele sich um eine Behandlungsmaßnahme, werden beide vertreten. In jedem Fall sollte die Einwilligung des Patienten bzw. seines Bevollmächtigten oder Betreuers herbeigeführt werden.

Ermittlung des Patientenwillens

Der Wille des Patienten hat Vorrang, sei es, dass er verbal oder durch Mimik/ Gestik geäußert wird. Liegt eine Patientenverfügung vor, die auf die aktuelle Situation zutrifft, so ist der darin geäußerte Wille verbindlich.

Besteht ein offensichtliches Missverhältnis zwischen einer Nahrungsverweigerung und der gesundheitlichen Situation des Patienten, so sollte unter Beteiligung eines Psychiaters geklärt werden, ob die Nahrungsverweigerung Teil eines psychiatrischen Krankheitsbildes ist.

Schwierig ist die Entscheidung für oder gegen eine künstliche Ernährung beim willensunfähigen Patienten, wenn keine Willensbekundung (z.B. Patientenverfügung) aus früherer Zeit vorliegt. Der Arzt muss dann durch Kontaktaufnahme mit dem Bevollmächtigten oder dem Betreuer – sind solche nicht benannt, mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen – den mutmaßlichen Willen erkunden.

Für den schwierigsten Fall formulieren die Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung vom 11.09.1998 folgendermaßen: „Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermit-

tern, so handelt der Arzt im Interesse des Patienten, wenn er die ärztlich indizierten Maßnahmen trifft.“

Künstliche Ernährung beim willensunfähigen Patienten

Obwohl es sich stets um Einzelentscheidungen handelt, sind nachstehende Regeln von allgemeiner Bedeutung:

a) Einleitung künstlicher Ernährung

Die Einleitung einer künstlichen Ernährung erfordert eine sorgfältige Indikationsstellung, nicht zuletzt auch wegen der Problematik eines späteren Abbruchs.

Die Einleitung ist absolut indiziert bei erkennbarem Bedürfnis nach Nahrung und Flüssigkeit, eine orale Verabreichung aber nicht möglich ist, z.B. bei Schluckstörungen.

Sie ist auch bei nicht erkennbarem Hunger (z.B. Bewusstlosigkeit) angezeigt, wenn es lediglich vorübergehend unmöglich ist, Nahrung und Flüssigkeit auf natürlichem Weg zuzuführen. Bei anhaltender Bewusstlosigkeit ist der vorher geäußerte bzw. der mutmaßliche Patientenwille entscheidend.

In terminalen Stadien ist künstliche Ernährung in der Regel nicht angezeigt, weil in den meisten Fällen das Bedürfnis nach Nahrung erlischt.

Sie sollte unterbleiben, wenn sie nur unter körperlichem Zwang (Fixierung) erfolgen kann, es sei denn, es handelt sich um die Überbrückung einer zeitlich begrenzten Unmöglichkeit, Nahrung auf natürlichem Wege zuzuführen.

Sie ist unter ethischen Gesichtspunkten nicht vertretbar, wenn sie nur der Pflegerleichterung dient.

Die oft zu hörende Annahme, dass der Verzicht auf künstliche Ernährung ein „qualvolles Verhungern“ zur Folge hat, ist wissenschaftlich nicht belegt.

Belastend ist das Wechseln zwischen Ernährung und Nahrungsentzug.

In terminalen Stadien ist in der Regel auch ein Verzicht auf die Zufuhr von Flüssigkeit indiziert, weil sie zusätzlichen Komplikationen (z.B. einem Lungenödem) Vorschub leisten kann. Un-

verzichtbar und für das Befinden der Patienten in der Regel hilfreicher ist eine sorgfältige Mundpflege, die bis zum Tode fortzuführen ist.

b) Abbruch künstlicher Ernährung

Bei zuvor geäußertem Patientenwillen zum Ernährungsabbruch, verbal oder in Form einer Patientenverfügung, ist dieser maßgeblich.

Liegen keine entsprechenden Willensäußerungen vor, so sollte eine Beratung zur Frage des mutmaßlichen Patientenwillens mit Bevollmächtigten oder Betreuern – sowie mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen – erfolgen. Auch die an der Versorgung beteiligten Mitarbeiter sollten mit einbezogen werden. Kann kein Einvernehmen erzielt werden, so sollte nach Möglich-

keit eine klinisch-ethische Beratung erfolgen.

Wird der Entschluss gefasst, die künstliche Ernährung vor Erreichen des Terminalstadiums einzustellen, so sollte das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden. Das heißt, ist ein Betreuer oder Bevollmächtigter eingesetzt, so legt dieser seine Einwilligung in den Ernährungsabbruch dem Vormundschaftsgericht zur Prüfung vor, ansonsten ruft der Arzt selbst das Vormundschaftsgericht an. Dieses Vorgehen sollte in jedem Fall zur Wahrung rechtlicher Pflichten praktiziert werden, auch wenn ein Teil der Gerichte sich als nicht zuständig für das Problem erklärt.

Dezember 2002

„Das entscheidet bei uns keiner allein“

Entscheidungen zur künstlichen Ernährung beim willensunfähigen Patienten am Lebensende sind schwierig. BERLINER ÄRZTE sprach mit einem, der täglich damit zu tun hat. PD Dr. Hartmut Rieder ist Leitender Oberarzt der Inneren Medizinischen Abteilung I am Sankt-Joseph-Krankenhaus in Tempelhof.

Herr Dr. Rieder, Sie haben ja oft willensunfähige Patienten mit infauster Prognose zu behandeln, die nicht mehr essen können. Sie stehen vor der Entscheidung, eine künstliche Ernährung zu beginnen oder nicht. Was machen Sie?

Zunächst kommt es darauf an, ob wir den Patienten kennen. Je besser wir ihn kennen und je besser unser Kontakt zu den Angehörigen und mit dem einweisenden Hausarzt ist, umso sicherer können wir die Situation einschätzen.

Haben Sie schon Fälle erlebt, in denen Patienten ihre Wünsche mit einer Patientenverfügung festgehalten haben?

Es sind noch immer nur sehr wenige Leute, die eine Verfügung haben, das ist die Ausnahme. Doch wenn ein Patient da feste Vorstellungen geäußert hat, erleichtert uns das die Entscheidung. Wir werden uns daran halten.

Nehmen wir mal an, es liegt keine Patientenverfügung vor. Sie bekommen einen Patienten mit infauster Prognose, der nicht aus eigener Kraft essen kann und seinen Willen nicht äußern kann. Wie gehen Sie jetzt vor?

Wir nehmen ihn auf, geben intravenös Flüssigkeit und sehen uns das hier mal

an. Dabei machen wir uns als erstes ein Bild, ob der Patient auch bei intensiver Zuwendung nicht in der Lage ist, Flüssigkeit und Nahrung aufzunehmen. Und wir müssen sehen, ob er nicht noch anderweitig so krank ist, so dass sich zum Beispiel die Einlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG), die üblicherweise für eine dauerhafte künstliche Ernährung verwendet wird, verbietet.

Bei einer akuten Infektion wäre der Eingriff beispielsweise zu riskant. Außerdem muss die Betreuungssituation klar sein. In den paar Tagen, die es zur Abklärung braucht, kann der Patient nicht verhungern, die Flüssigkeitszufuhr reicht aus. Verlängert sich der Entscheidungsprozess, legen wir erst einmal eine Magensonde. Aber auf keinen

Fall machen wir das, wenn wir sehen, dass der Patient bereits dabei ist zu sterben. Wenn wir erkennen, der Patient stirbt in vielleicht vier oder fünf Tagen, setzen wir keine künstliche Ernährung mehr ein.

Sie können ganz klar sehen, wann der Sterbeprozess einsetzt?

Ja, in den meisten Fällen ist das gut zu erkennen. Es gibt Indikatoren, aber es ist auch eine Frage der ärztlichen Erfahrung. Eine Entscheidung ob PEG oder nicht PEG würde bei uns aber kein Arzt allein fällen. Da muss noch mindestens



Foto: Archiv

ein anderer sehr erfahrener Kollege mit dabei sein. Entweder der Chef selbst oder einer von uns Oberärzten. Und ganz wichtig ist es auch, die Pflegekräfte mit einzubeziehen. Wir bilden uns eine Meinung im Team.

Und dann sprechen Sie mit den Angehörigen?

Natürlich haben wir zuvor bereits mit den Angehörigen oder dem Betreuer – oft ist das ja ein Angehöriger – gesprochen. Diesen Dialog setzen wir dann intensiv fort.

Gibt es Konflikte mit Angehörigen in dieser Frage?

Konflikte eigentlich nicht, aber es gibt verschiedene Einstellungen bei ihnen. Es gibt welche, die künstliche Ernährung überhaupt nicht wollen und erst davon überzeugt werden müssen, dass zum Beispiel die PEG für ihren Angehörigen das Beste wäre. Aber wie gesagt, wir erwägen das nur, wenn wir erkennen, dass es sich hier nicht um einen sterbenden Patienten handelt. Wenn er stirbt, dann bekommt der Patient Flüssigkeit, ausreichend, nicht zuviel, da muss man sehr vorsichtig sein. Würde man die gleichen Mengen infundieren wie bei Gesunden, könnte damit zum Beispiel ein Lungenödem hervorgerufen werden. Wir wissen heute auch, dass sterbende Patienten kaum oder keinen Durst haben und dass sie von einer Kalorienzu-

fuhr eher nicht profitieren, sondern im Gegenteil, darunter leiden können.

Gäbe es auch Fälle, wo Sie sich bei einem sehr kranken, willensunfähigen Patienten, der nicht mehr isst, für eine PEG entscheiden?

Ja, wenn wir sehen, dass sich der Zustand des Patienten stabilisiert und er voraussichtlich die nächsten vier, fünf Wochen in jedem Fall überleben wird und wenn der Eingriff ihm nicht schaden wird. Dann kann eine PEG seinen Zustand und sein Wohlbefinden verbessern. Sie ist in der Regel angenehmer für ihn als eine Magensonde. Allerdings würde ich bei einer Prognose unter vier Wochen keine PEG mehr legen.

Nehmen wir mal an, es wurde eine PEG gelegt und der Zustand des Patienten verschlechtert sich. Gibt es Fälle, wo man mit der künstlichen Ernährung eigentlich wieder aufhören möchte?

Diese Situation erleben wir im Akutkrankenhaus glücklicherweise selten. Das Problem dürfte vor allem in Pflegeheimen auftreten und betrifft dort die behandelnden Hausärzte. Sollte auch bei uns eine solche Entscheidung anstehen, treffen wir sie nach den selben Prinzipien: zusammen mit den Angehörigen oder dem Betreuer in unserem gesamten Team.

Ihr ethisches Standardproblem ist also nicht so sehr die Frage nach dem Abbruch einer schon bestehenden künstlichen Ernährung, sondern sie liegt wesentlich weiter vorn. Sie entscheiden sorgfältig, ob Sie damit überhaupt beginnen?

Ja. Die Entscheidung schon vor dem Anlegen der PEG will besonders sorgfältig getroffen sein.

Gibt es Angehörige, die gegen Ihren Rat auf künstlicher Ernährung bestehen?

Das kommt sehr selten vor. Wir müssen Angehörige eher davon überzeugen, dass es sinnvoll ist, eine PEG zu legen. Natürlich gibt es auch anders gelagerte Fälle. Fälle, bei denen wir von uns aus gegen eine PEG optieren und es die Angehörigen aber unbedingt wollen.

Und, was machen Sie dann?

Wenn die Angehörigen darauf bestehen, wir dem Patienten mit dem Legen einer PEG nicht schaden und sie ist grenzwertig indiziert, dann machen wir das. Insbesondere, wenn die Angehörigen uns vermitteln, dies wäre der Wunsch des Patienten gewesen. Anders ist der Fall übrigens gelagert, wenn Heime uns bitten, eine PEG zu legen, wir hier aber feststellen, dass der Patient bei ausreichender Zuwendung eigentlich allein essen könnte.

Das gibt es?

So etwas kann vorkommen. Es gibt zum Beispiel Patienten, die sind sehr unruhig. Um sie irgendwie unter Kontrolle zu bringen, hat man sie so stark sediert, dass sie dadurch nicht mehr in der Lage

sind, sich ausreichend zu ernähren. Es gibt Pflegeheime, bei denen die Personaldecke so dünn ist, dass die dann nötige Zuwendung nicht gegeben werden kann.

Was machen Sie denn in einem solchen Fall?

Na dann legen wir natürlich keine PEG. Sie ist ja nicht wirklich indiziert und würde nur gewollt, damit man den Patienten im Heim besser sedieren kann. Das kommt überhaupt nicht in Frage. In der Regel versuchen die Angehörigen dann, ein anderes Heim zu finden.

Das Gespräch führten Sybille Golkowski und Jeanne Nicklas-Faust.

Foto: Loy



Hans Grajetzki

Mediziner für die Tiefe

Hans Grajetzki klopft, horcht und tastet. Diagnose: „Magen brummt. Kalk rauscht noch nicht. Leber normal groß.“ Dann noch das Belastungs-EKG – „alles super“. Kriminalhauptkommissar Ralf Kahlbau ist voll tauchtauglich – was anderes war bei dem Marathonläufer und langjährigen Sporttaucher auch nicht zu erwarten. Kahlbau kennt Grajetzki schon lange, schätzt ihn als „sympathischen, Ruhe vermittelnden Arzt“. Die meisten Berliner Taucher kennen Grajetzki, den Mediziner für die Tiefe. Seit mehr als 30 Jahren befasst sich der 64-jährige Oberarzt im Vivantes Krankenhaus am Friedrichshain mit Überdrucktherapie, Anästhesie und Rettungsmedizin. Schon in den 60er Jahren fuhr er als Student im „Schnellhilfswagen des Rettungsamtes“ mit. Bis heute fährt er Einsätze im „NAW“ und ist damit wahrscheinlich der dienstälteste Notarzt Berlins.

Ooch, überhaupt nicht“, murmelt Grajetzki, wenn ein Besucher bekennt, zu spät zu kommen. Zu diesen „Oochs“ fegt seine Hand dann jeden Anflug von Scham aus dem gemeinsamen Luftraum. Bei Grajetzki verhandelt jeder Patient auf gleicher Augenhöhe – egal, ob ein prominenter Politiker vor ihm steht oder Kutte Kasulke von der Baustelle. Schließlich war er selbst in der Produktion, wenn auch nicht ganz freiwillig. Beim Ernteeinsatz während des Studiums bot er einem leidenden Kollegen Kopfschmerztabletten an, die ihm seine Tante aus dem Westen überlassen hatte. Der Kollege weigerte sich empört, seinen Organismus einer kapitalistischen Pille auszuliefern. Grajetzki sagte etwas wie: Wenn du deine Ost-Rübe lieber brummen lässt... Im „Witze reißen“ seien sie ja früher Weltmeister gewesen.

Sein loses Mundwerk brachte ihm ein Ermittlungsverfahren wegen „staatsfeindlicher Hetze“ und zwei Jahre VEB Elektrokohle Lichtenberg ein. Aus heutiger Sicht bewertet

Grajetzki den Bewährungseinsatz als „interessante Umfelderweiterung“ mit der seltenen Chance,

„Menschenstudien“ zu betreiben. Immerhin gab es dort Unikate zu bestaunen, vom Gänsedieb bis zum Geldschrankknacker.

Das mit der Medizin ergab sich schon früh. Hans – noch klein, aber riesig neugierig – schwankte zwischen Arzt und Feuerwehrmann. Als Schnittmenge ergab sich die Erste Hilfe. Er sammelte Bücher und Fotos über das Rettungswesen, interessierte sich für Technik und besuchte seinen Zahnarzt bis zu dreimal in der Woche, um die tollen Lampen und Bohrer zu erforschen. Bald heuerte Hans bei der Wasserrettung des Roten Kreuzes und bei der Freiwilligen Feuerwehr an. Mit 18 war er der jüngste Rettungsbootführer und bildete bald selbst Bootsführer aus. Er lernte immer schnell und mühelos – keine Frage, was nun folgen musste: ein Medizin-Studium.

Die Lebensfäden des Hans Grajetzki formten sich früh zu einem starken Strang, an dem er sich gut festhalten konnte. Aus der Bahn geschleudert wurden immer nur die anderen, die der Notarzt dann eilig zusammenflickte. Seine gewaltige Ruhe konnte nichts erschüttern: kein Flugzeugabsturz, keine Massenkarambolage, keine Bombenexplosion. Es gibt keine Bilder von abgerissenen Gliedmaßen, die nachts durch sein Hirn geistern. Der Arzt Grajetzki versucht, aus grauenhaften Szenen nur die ärztlich relevanten Eindrücke herauszufiltern. Wenn der Einsatz vorbei ist, gleitet sein Nervensystem selbsttätig in die Ausgangsposition zurück. „Ich lasse das abklingen.“ Dabei gibt es Szenen, die ihm an die Nieren gehen – na, klar. Wenn die Opfer, denen nicht mehr zu helfen ist, noch mit ihm sprechen. Schlimmer noch, wenn diese Opfer Kinder sind.

Grajetzki gehört zu den Ärzten, die ihre Freizeit sehr gerne mit Arbeit zuschaukeln. Neben Krimis schmökert er sich am liebsten durch Fachliteratur betreffs Tauch- und Überdruckmedizin.

Das war schon in der DDR sein Spezialgebiet. Darüber könnte er stundenlang sprechen. Der Zuhörer steht dann staunend vor diesem abgeschnittenen Flugzeugrumpf, in dem Menschen mit Sauerstoffmasken sitzen, die sonst nur von Kampfpiloten der F-15 benutzt werden, und seelenruhig Zeitschriften blättern. Das ist die neue Druckkammer für 12 Personen. Bis in die Tiefe von 50 Metern lässt sich darin das Tauchen simulieren. Oder eben hyperbare Sauerstofftherapie betreiben, was gegen Gasbrandinfektion hilft, die Wundheilung beschleunigt und Rauchvergiftungen schneller abklingen lässt. Doch die hyperbare Sauerstofftherapie ist nicht von allen Ärzten anerkannt. Zudem weigern sich die Kassen, ambulante Anwendungen zu zahlen. Das ärgert Grajetzki. Was ihn sonst noch ärgert, ist die ausufernde Bürokratie, das umsichgreifende Zertifizierungswesen und ... nein, mehr eigentlich nicht. Dazu ist sein Humor zu trocken. Grajetzki fühlt sich insgesamt sehr wohl in seiner Haut. Dass nun bald die Pensionierung droht, nimmt er gelassen. Anfragen für Vorträge und ehrenamtliche Dienste gibt es zuhauf. Dann sind da noch zwei Töchter, die besucht werden wollen. Und viele ungelesene Krimis.

Thomas Loy (Journalist)

In dieser Rubrik porträtieren wir in loser Folge Ärzte aus Berlin. Dabei wollen wir bewusst keine sehr prominenten Ärzte vorstellen, sondern Kollegen „next door“, die uns einfach aufgefallen sind. Über Vorschläge unserer Leser freuen wir uns sehr. Redaktions-Tel. 40 80 6-124

Englisch in der deutschen Medizin

Das Thema „Englisch in der deutschen Medizin“, speziell in der medizinischen Fortbildung, scheint große aktuelle Bedeutung zu haben. Hier drängt ein Thema an die Oberfläche, dessen offene Diskussion längst überfällig ist. Damit ist nämlich angesprochen worden, was allen Teilnehmern von Fortbildungsveranstaltungen seit langem bekannt ist: Sprachbarrieren gibt es nach wie vor, und man tut gut daran, sie zu erkennen und entsprechend zu handeln, sonst bleibt das auf der Strecke, was man vermitteln will: Inhalte!

von Peter Semler

Englisch ist *die* Weltsprache, sie macht die Anfang des vorigen Jahrhunderts entwickelte Esperanto-Sprache überflüssig. Fast überall in der Welt ist Englisch erste Fremdsprache geworden, zur Zeit folgt China mit Riesenschritten diesem Trend. Beim Oberkellner in Südamerika, beim Portier in Indien und beim Taxifahrer in Skandinavien wird man im Zweifelsfall mit ein paar Brocken Reise-Englisch weiterkommen. Doch ist das dem für die Medizin notwendigen Englisch gleichzu-

setzen? Nein! Allein die erforderliche Kenntnis der speziellen medizinischen Nomenklatur bedingt diese Antwort, dazu kommt die Notwendigkeit, unterschiedliche medizinische Erkenntnisse und Meinungen im wissenschaftlichen Streitgespräch sprachlich angemessen zum Ausdruck bringen zu können. In allen Bereichen sind unter diesen Umständen Mängel zu verzeichnen, diese Bereiche sind aber klar voneinander zu trennen und unterschiedlich zu bewerten, wenn man eine unge-

ordnete und ausufernde Diskussion über Englisch in der deutschen Medizin vermeiden will.

Internationale wissenschaftliche Veranstaltungen

... müssen sich schon aus Kostengründen Beschränkungen auferlegen. Entweder wird die Simultanübersetzung auf „wesentliche“ Sprachen beschränkt oder ausschließlich Englisch bzw. die häufig gewählte Variante „Sprache des Veranstalter-Landes + Englisch“ als Kongresssprachen gewählt. Das wird allseits akzeptiert, doch jeder Teilnehmer derartiger Kongresse weiß, wo hier der Haken liegt: Bei der Diskussion. Dem Vortrag in Englisch sollte nämlich danach das „Gelbe vom Ei“ folgen, wenn es etwa gilt, in der Diskussion zur Klärung differierender Studienergebnisse und grundsätzlich unterschiedlicher Auffassungen beizutragen. Häufig stockt hier das Ganze, weil wissenschaftliches Potenzial zwar im Raum vorhanden ist, aber sprachlos brach liegt. Beispielsweise kann die englischsprachige Diskussion zwischen einem

Japaner und einem Texaner für einen zuhörenden Deutschen zwar ergötzlich, aber dennoch fachlich unergiebig sein. Eine Simultanübersetzung solcher wissenschaftlichen Streitgespräche wäre im Sinne des zu vermittelnden Inhalts wünschenswert.

Nationale wissenschaftliche Veranstaltungen

Hier gilt Ähnliches: Einem ausländischen „Gast-Referenten“ sollte die Möglichkeit gegeben werden, in Englisch oder – wenn unumgänglich – in seiner davon abweichenden Landessprache vorzutragen; dann allerdings muss, wenn keine Simultan-Übersetzung möglich ist, zumindest eine gute deutschsprachige Zusammenfassung des Vortrags abgeschlossen werden. Das gehört in den Aufgabenbereich des Vorsitzenden. Die Problematik einer verschiedensprachigen Diskussion bleibt aber auch dann bestehen.

In diesem Zusammenhang können Diapositive und Folien, die leider vielfach nur dazu benutzt werden, die Gedanken mittelbegabter Redner in geordneten Bahnen zu halten, einen besonders positiven Effekt haben. Dann nämlich, wenn die Schrift auf den gezeigten Abbildungen in einem gemischtsprachigen, zum Beispiel deutsch-englischen Auditorium, bewusst nicht der Sprache des Vortrags entspricht, sondern diesen ergänzt. So kann etwa der Englisch sprechende Referent seine Diapositive deutsch beschriften, um auf diese Weise auch dem deutschen Teil seiner Zuhörer sprachlich etwas bieten zu können, und umgekehrt der deutschsprachige Referent seine Dias in Englisch untertiteln.

Regionale Fortbildungsveranstaltungen

... in Deutschland müssen deutschsprachig durchgeführt werden, denn hier gilt es in besonderem Maße praxisnah zu informieren und vor allem in intensiver Aussprache mit dem Klinikassistenten oder dem niedergelassenen Arzt diagnostisch-therapeutische Probleme ihrer Lösung zuzuführen. Man kann dann zwar auch zum „bed-side-teaching“ einladen, aber der teacher sollte dennoch „handfestes“, verständliches Deutsch sprechen, so dass auf diese Weise die Gedanken aller Diskussionsteilnehmer allein durch den Wissensstoff gebunden und nicht zu einem wesentlichen Teil durch Sprachschwierigkeiten absorbiert werden.

Deutsche medizinische Zeitschriften

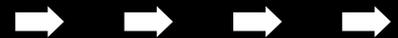
Hier gilt das Gleiche. Wenn die Fortbildung im Vordergrund steht, das heißt, wenn nicht vorwiegend der Wissenschaftler, sondern der Arzt in Klinik und Praxis angesprochen werden soll, muss das aus den genannten Gründen

in der deutschen Muttersprache geschehen. Bei englischsprachiger Fortbildung wären u.a. noch über Jahre hinweg unsere ostdeutschen, mit Russisch als erster Fremdsprache aufgewachsenen Kollegen benachteiligt. Zweisprachige in Englisch und Deutsch erscheinende Zeitschriften, deren Artikel eher Fortbildungscharakter haben, die aber vom praktizierenden Arzt wegen ihres fremdsprachigen Anteils in ihrer Gänze kaum gelesen werden, werfen die Frage auf, warum u.a. deutsche Arzneimittelhersteller darin inserieren. Die Antwort ergibt sich nicht sogleich: Häufig ist in derartigen Blättern die deutsche Landessprache nur noch in den kurzen Zusammenfassungen englischsprachiger Artikel zu fin-

den und in den sehr umfangreichen deutschsprachigen Reklameseiten, die in ihrer fremdsprachigen Umgebung besonders auffallen! Das unangenehme Gefühl drängt sich auf, als Leser nicht Adressat einer Fortbildungs-, sondern eher einer Reklameaktion geworden zu sein. Das alles sollte von denjenigen bedacht werden, die sich im medizinischen Deutschland ernsthaft um die Fortbildung der Ärzteschaft bemühen. Es ist dringend geboten, bei mündlichen und schriftlichen Veröffentlichungen zu sortieren zwischen solchen, die nur für die Autoren und ihre „Medien-Manager“ von Vorteil sind und solchen, die von Inhalt und Sprache her allen Hörern und Lesern Gewinn bringen.

Was aber innerhalb der ärztlichen Fortbildung für entsprechende Zeitschriften und für hiesige (regionale) Veranstaltungen von Nutzen ist, nämlich die von allen verstandene deutsche Sprache als vermittelndes Medium, kann unter den zur Zeit gegebenen Umständen kaum für alle nationalen und keinesfalls für die internationalen wissenschaftlichen Tagungen in Deutschland gefordert werden. Dort bleibt Englisch zu Recht *die* Kongresssprache.

Dr. Peter Semler
Internist – Gastroenterologe
Bayernring 25
12101 Berlin



Neue Therapieempfehlungen

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft veröffentlicht etwa viermal im Jahr Therapieempfehlungen zu den verbreitetsten Volkskrankheiten. Sie erscheinen jeweils als Heft in einer Langversion und als Extrakt in Kurzfassung sowie unter www.akdae.de auf der Homepage der Arzneimittelkommission. Um sie in der Ärzteschaft noch bekannter zu machen, drucken wir die Kurzfassung jeweils aktuell in BERLINER ÄRZTE ab.

Auf den folgenden Seiten und auf Seite 31 finden Sie die aktuellen Empfehlungen zum Diabetes mellitus.

I. DIAGNOSTIK

A. BASISDIAGNOSTIK BEI VERDACHT AUF DIABETES MELLITUS

- **Anamnese:** Übergewicht, hoher Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen, Durst, häufiges Wasserlassen, ungewollte Gewichtsabnahme, Entzündungen der Haut, Müdigkeit, Schwäche, körperliche Aktivität, Rauchen, Depression, Merk- und Konzentrationsfähigkeit, Geburt von Kindern > 4500 g
- **Familienanamnese:** Diabetes, Übergewicht, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, frühe Sterblichkeit, Amputation
- **Körperliche Untersuchung:** Besonders Größe, Gewicht (BMI), Taillen-/Hüftumfang, kardiovaskuläres System, Blutdruck, periphere Arterien, peripheres Nervensystem, Haut
- **Laborwerte:** Blutglucose- (s. a. Abbildung 1) sowie Urinbefund (Ketonkörper, Mikroalbuminurie), Nierenwerte, Elektrolyte, Triglyceride, LDL-, HDL-, Gesamt-Cholesterin
- **Technische Untersuchungen:** Belastungs-EKG, Ultraschall Doppler

B. LIEGT EINE STÖRUNG DES GLUCOSESTOFFWECHSELS VOR?

- Personen mit **pathologischer Glucosetoleranz (IGT):** 2 Stunden-Blutplasmaglucose > 140 mg/dl und < 200 mg/dl, sowie
- Personen mit **pathologischer Nüchtern-Glucose (IFG):** Blutplasmaglucose > 110 mg/dl und < 126 mg/dl,

sind **Hochrisikopersonen** für Diabetes und Makroangiopathie. Daher ist eine Überwachung und ggf. Behandlung von manifestationsfördernden und Risikofaktoren erforderlich.

Welcher Diabetes-Typ liegt vor?

Zur ätiologischen Klassifizierung

s. Langfassung der Therapieempfehlungen.

C. BESTEHEN BEGLEIT- UND FOLGEKRANKHEITEN BZW. DEREN RISIKOFAKTOREN?

Beachte insbesondere:

- **Risikofaktoren:** metabolisches Syndrom, Adipositas, Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, ungesunde Lebensweise, Rauchen, Bewegungsmangel
- **Folgeerkrankungen:** kardiovaskuläre Komplikationen, Nieren- und Augenkomplikationen, Neuropathie, diabetisches Fußsyndrom, Depression.

II. INDIKATION ZUR THERAPIE

Mit wenigen Ausnahmen ist jeder Diabetes mellitus therapiebedürftig. Der symptomatische Diabetes mellitus ist stets therapiebedürftig.

III. THERAPIE

A. THERAPIEZIELE

Die übergeordneten Ziele der Therapie des Typ-2-Diabetes mellitus bestehen in der

- Beseitigung von Symptomen, Verbesserung der Lebensqualität
- Verbesserung der Stoffwechseleinstellung (Tabelle 1, s. S. 31)
- Verhinderung von akuten und chronischen Komplikationen
- Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Letalität

Individuelle Therapieziele

Grundsätzlich sollen die in Tabelle 1 aufgeführten biochemisch/klinischen Zielgrößen angestrebt werden. Diese Therapieziele erfordern jedoch eine individuelle Betrachtung und Festlegung der Prioritäten. Oft empfiehlt es sich, realistische Nah- und ideale Fernziele zu definieren. Stets sind **individuelle Therapieziele** und **Therapieprogramme** mit den Patienten zu vereinbaren und zu begründen.

B. NICHTMEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN

Jedem Patienten muss ein zertifiziertes Schulungsprogramm angeboten werden. In dessen Rahmen ist besonders auf praktische Übungen (**Ernährungstherapie, körperliche Aktivität, Nichtrauchen und Selbstkontrolle**) Bezug zu nehmen (s. Langfassung der Therapieempfehlungen).

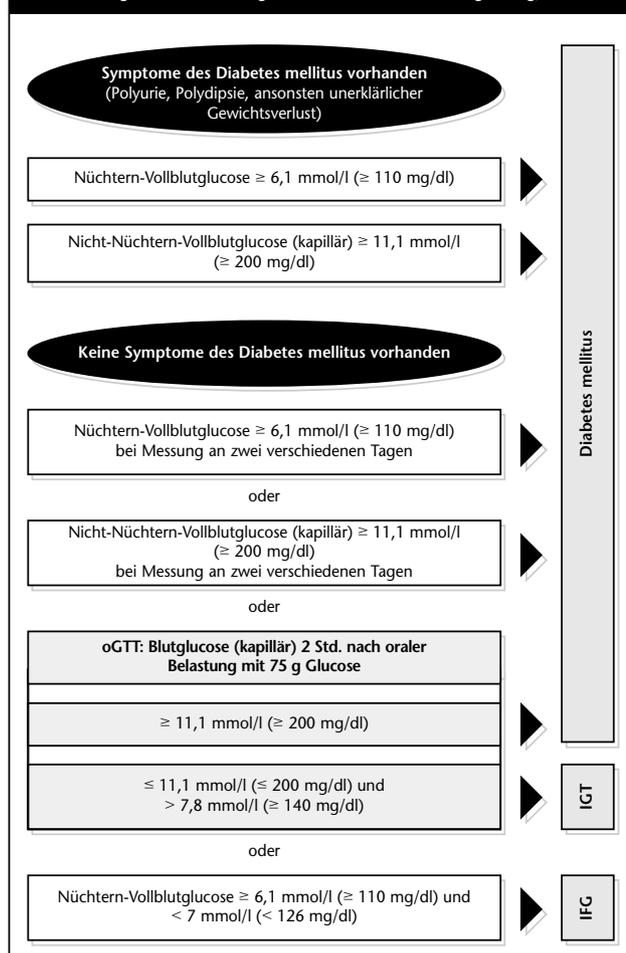
C. MEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN

Aus neueren klinischen Studien, insbesondere den Ergebnissen der UKPDS, lassen sich folgende Empfehlungen für die Therapie ableiten:

- Bei der Wirkstoffauswahl zur Blutzuckersenkung sind prioritär Antidiabetika einzusetzen, deren **Wirksamkeit** anhand klinischer Endpunkte, d. h. Reduktion diabetischer Komplikationen, kardiovaskulärer Morbidität und Letalität **belegt** ist.
- **Wirksamkeitsnachweise** anhand klinischer Endpunkte liegen nur vor für **Metformin, Glibenclamid** und **Insulin**.
- Für **Glucosidase-Inhibitoren (Acarbose, Miglitol)**, **Glinide (Repaglinid, Nateglinid)**, **Glitazone (Rosiglitazon, Pioglitazon)**, weitere **Sulfonylharnstoffe** und **Insulin-Analoga** liegen bislang nur Belege zur günstigen Beeinflussung von **Surrogatparametern** wie **Blutzucker** und **HbA_{1c}** vor.
- Bei **adipösen Typ-2-Diabetikern** ist **Metformin**, soweit keine Gegenanzeigen vorliegen, derzeit die **Pharmakotherapie der 1. Wahl**.
- Bei ähnlicher HbA_{1c}-senkender Wirksamkeit von oralen Antidiabetika und Insulin können aus Gründen der Akzeptanz und Compliance **orale Antidiabetika als primäre Pharmakotherapie** vorgezogen werden.
- Der Typ-2-Diabetes mellitus weist eine starke Neigung zur **Progression** auf. Bei Patienten, bei denen die metabolischen Therapieziele zunächst durch die **Basistherapie** erreichbar sind, werden deshalb nach wenigen Jahren eine **pharmakologische Monotherapie** und bald eine **Kombinationstherapie** erforderlich.
- Ebenso wichtig wie die Behandlung des Kohlenhydratstoffwechsels ist die **Therapie der vaskulären Risikofaktoren** (metabolisches Syndrom mit Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas) und der »ungesunden Lebensweise« mit Rauchen und Bewegungsmangel.

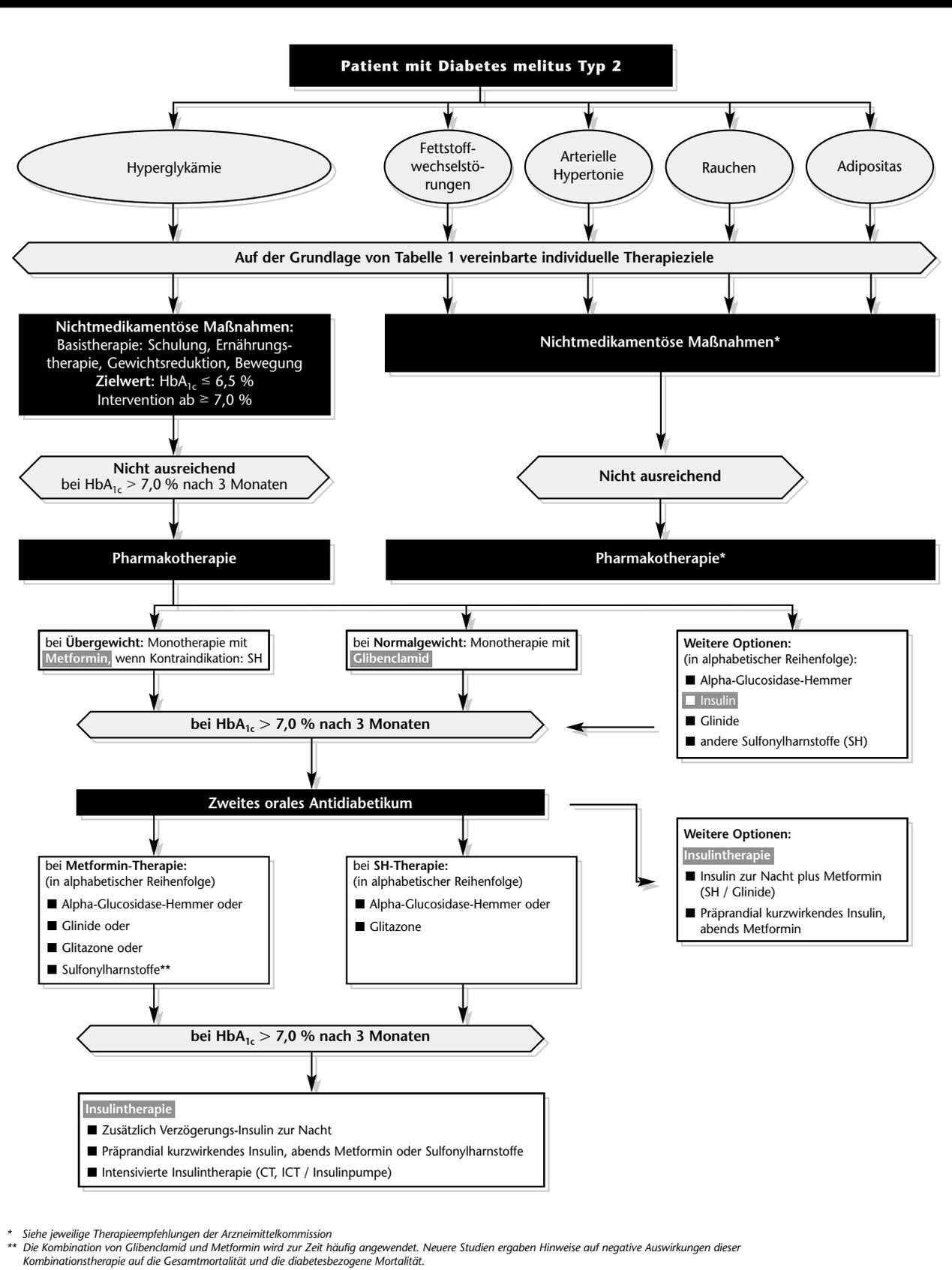
Weitere Hinweise zu Anwendung, Therapieregime und Differenzialtherapie s. ausführliche Therapieempfehlungen.

Abbildung 1: Diagnosealgorithmus für den Diabetes mellitus Typ 2 (IGT = Impaired Glucose Tolerance, IFG = Impaired Fasting Glucose, zur Umrechnung zwischen Blutglucose und Plasmaglucose siehe Tabelle 5 der Langfassung)



DIABETES MELLITUS

Abbildung 2: Grundzüge der Behandlung eines Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, modifiziert nach Nationale Versorgungs-Leitlinie Diabetes mellitus Typ 2⁹⁵. Vorrangig sollen zur Blutglucosesenkung Medikamente (■) verwendet werden, deren Wirksamkeit anhand klinisch relevanter Endpunkte in prospektiven randomisierten kontrollierten Langzeitstudien nachgewiesen wurde und die sich als sicher erwiesen haben.



DIABETES MELLITUS

Tabelle 2: Orale Antidiabetika. Wirkstoffübersichten zu Dosierung, Wirkdauer, unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Interaktionen (IA) und Kontraindikationen (KI)				
Wirkstoff/-gruppe	Dosierung (mg)		Maximale Tagesdosis	Wirkdauer (h)
	Einzelosis	Einnahmehäufigkeit		
Sulfonylharnstoffe (SH)				
Glibenclamid (mikronisiert)	1,75-7,0	1-2	10,5	12-16 und länger
Glibornurid	12,5-25	1-3	75	-24
Gliclazid	40-160	1-2	240	12-18
Glimepirid	1-6	1	6	15-24
Gliquidon	15-60	1-3	120	4-6
UAW: Hypoglykämie, Gewichtszunahme, selten Übelkeit, Erbrechen, allergische Hautreaktionen, Vaskulitis, Leberfunktionsstörungen, Arthralgie, Blutbildveränderungen, Proteinurie, Seh- und Akkommodationsstörungen				
IA: Verstärkung der blutzuckersenkenden Wirkung durch: <i>Betablocker, Chloramphenicol, ACE-Hemmer, Phenylbutazon, Salicylate, Tetracycline, Cimetidin, Miconazol, Cyclophosphamid</i>				
Abschwächung der blutzuckersenkenden Wirkung durch: <i>Corticosteroide, Diuretika, Schilddrüsenhormone, Sympathomimetika, Rifampicin, orale Kontrazeptiva</i>				
KI: Unverträglichkeit von Sulfonylharnstoffen, Ketoazidose, Typ-1-Diabetes, Schwangerschaft; bei akuter Porphyrie: Gliquidon, bei Miconazolbehandlung: Gliclazid				
Biguanide				
Metformin	500-850	1-3	2550(-3000)	> 24
UAW: Übelkeit, Erbrechen, metallischer Geschmack, Laktatazidose				
IA: Verstärkung der antidiabetischen Wirkung durch <i>nichtsteroidale Antiphlogistika, ACE-Hemmer, Clofibrat, Cyclophosphamid</i>				
Abschwächung der antidiabetischen Wirkung durch <i>Corticosteroide, Sexualhormone, Sympathomimetika, Schilddrüsenhormone, Thiazid- und Schleifendiuretika</i>				
KI: Zustände mit dem Risiko von metabolischen Azidosen oder Hypoxie: Nierenversagen, Kreatinin > 1,2 mg/dl, Leberversagen, Myokardinfarkt, therapiebedürftige Herzinsuffizienz, diabetische Ketoazidose/Ketose, größere Operationen, Sepsis, Alkoholismus, intravenöse Röntgenkontrastmittel, Schwangerschaft, Vorsicht bei sehr hohem Lebensalter				
Alpha-Glucosidasehemmer				
Acarbose	50-100	1-3	300	2-6
Miglitol	50-100	1-3	300	2-6
UAW: Blähungen, Darmgeräusche, Bauchschmerzen, Leberenzymhöhung, Hepatitis, allergische Hautreaktionen				
IA: vermehrt Darmbeschwerden und Durchfall durch Zucker bzw. Kohlenhydrate; Abschwächung der Acarbosewirkung durch <i>Colestyramin</i> und <i>Darmadsorbentien</i>				
KI: schwerwiegende Darmerkrankungen: chronische Entzündungen, Ulzerationen, Malabsorption, Hernien, Stenosen, Fisteln. Cave: Schwangerschaft				
Glinide				
Repaglinid	0,5-4	2-4	16	3-4
Nateglinid	60-120	2-4	540	3-4
UAW: Hypoglykämien, gastrointestinale Symptome, selten Sehstörungen, Anstieg der Leberenzyme, Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut				
IA: Mit verminderter Wirkung ist zu rechnen bei: <i>Antimykotika, Erythromycin</i> und anderen <i>Antibiotika</i> sowie Substanzen, die das P450-Enzymsystem stimulieren (<i>Glitazone, Rifampicin, Barbiturate und Carbamazepin</i>).				
Mit gesteigerter Wirkung ist zu rechnen bei <i>Monoaminoxidase-Inhibitoren, nichtselektiven Betablockern, ACE-Hemmern, Octreotid, Alkohol, Anabolika, NSAIDs, Sulfonamiden, Chloramphenicol, Cumarin, Probenecid</i> .				
<i>Thiazide</i> und andere <i>Diuretika, orale Kontrazeptiva, Danazol, Corticosteroide, Schilddrüsenhormone, Phenothiazine, Nicotinsäure, Sympathomimetika, Calciumantagonisten</i> und <i>Isoniazid</i> können hyperglykämisch wirken, sodass deren Gabe oder Absetzen zu Hyper- bzw. Hypoglykämie führen kann.				
KI: Diabetische Ketoazidose, Typ-1-Diabetes mellitus, bekannte Überempfindlichkeit gegenüber Gliniden, schwere Leber- und Nierenerkrankungen, Schwangerschaft, Stillperiode, Einnahme von Substanzen, die das P450-Enzymsystem hemmen oder induzieren.				
Thiazolidindione (Glitazone)				
Rosiglitazon	2-8	1-2	8	
Pioglitazon	15-30	1	30	
UAW: Leberfunktionsstörungen, Flüssigkeitsretention und Ödeme, Herzinsuffizienz, Gewichtsanstieg, Anämie; Rosiglitazon: LDL-Erhöhung				
IA: <i>Paclitaxel</i> kann Metabolisierung von Rosiglitazon hemmen, möglicherweise Interaktionen mit Arzneimitteln, die über das Cytochrom P450 metabolisiert werden (für Rosiglitazon: CYP2C8, für Pioglitazon: CYP3A4) (s. Fachinfo), <i>NSAID</i> oder <i>Insulin</i> : Förderung einer Herzinsuffizienz				
KI: Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen (Cave: Alkoholkonsum!), Rosiglitazon in Kombination mit Insulin, Schwangerschaft				

Tabelle 3: Insuline. Wirkungskinetik, wichtige unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), Arzneimittelinteraktionen (IA) und Kontraindikationen (KI)			
Substanz/-gruppe	Wirkung		
	Eintritt (h)		Dauer (h)
Normalinsulin	¼-½		5-7
NPH Insulin	1-2		12-20
Mischinsuline	¼-1		12-20
Schnell wirkende Insulinanaloga			
Insulin lispro	0-¼		3-4
Insulin aspart	0-¼		3-4
Langwirkende Insulinanaloga			
Insulin glargin			ca. 24
UAW: Hypoglykämien, Induktion einer Wahrnehmungsstörung für Hypoglykämien (hypoglycemic unawareness), Überempfindlichkeitsreaktion (gegen Begleitstoffe, sehr selten gegen Insulin), Refraktionsanomalien, Insulinödeme			
IA: Wirkung verstärkend: <i>orale Antidiabetika, Octreotid, MAO-Hemmer, Anabolika, Alpharezeptorenblocker, Amphetamine, Phosphamide, Fluoxetin, Methylidopa, Captopril, Enalapril, Tetracyclin, Tritoqualin</i>			
Wirkung abschwächend: <i>Schilddrüsenhormone, Sympathomimetika, Danazol, Diazoxid, Chlorprothixen, Heparin, Lithiumcarbonat, trizyklische Antidepressiva</i>			
Wechselhafte Wirkung: <i>Alkohol, Reserpin, Salicylsäurederivate, Laxanzienabusus</i>			
KI: keine			

Eingriffe mit der „Kneifzange“



Ein Mann schleppt sich schmerzgekrümmt ins Krankenhaus. Nach der Blickdiagnose „Blinddarmreizung“ weist ihm die gestrenge Aufnahmeschwester eine Kabine an: „Sie haben eine Stunde Zeit.“ Auf seine verwirrte Nachfrage erklärt sie, in dieser Zeit habe er sich selbst zu operieren. Schiffsärzte sollen das ja schon geschafft haben – aber so als Laie?

In der vierten oder fünften Stufe der Gesundheitsreform muss das zu schaffen sein! „Auf dem Schränkchen über der OP-Liege finden Sie die Broschüre ‚Wie betäube ich mich selbst?‘“, erläutert die Schwester. Ja, und danach? Dann helfe dem Patienten die Anleitung „Der kleine Chirurg“. Ein großer wäre ihm viel lieber – aber die Schwester bleibt hart: „Einen Arzt gibt’s hier nur bei Gehirn-Transplantationen – weil der Patient da nichts sieht.“ Zum Schluss laufe ein Tonband mit dem Vaterunser, und danach habe man 30 Sekunden Zeit, um seinen letzten Willen draufzusprechen.

Wir befinden uns noch nicht im Krankenhaus der Zukunft, sondern im Kaba-

rett „Kneifzange“, in einer der Nummern von „Unheilbar gesund“. Das ist ein Programm mit dem Schwerpunkt „Gesundheitsreform“. Die ist offenbar unheilbar krank. Sie liegt im Krankenhaus, und was da passiert, schildert die Spielplanvorschau so: „Lange intensive Behandlung von allen Parteiärzten... zu guter Letzt auf Staatskrücken durch den Kurpark von Bad Gicht...“

Eigentlich ist es ja eine Realsatire, was da seit vielen Jahren aus dem ministeriellen Reform-Haus kommt. Kabarettisten brauchen beim Karikieren nur ganz wenig zu übertreiben. Muss doch für sie frustrierend sein. Virtuoso und amüsant machen das trotzdem Marga Bach, Klaus-Peter Grap und Klaus Zeim, mit Norbert Schultz am Klavier und unter der Regie von Wolfgang Rumpf.

Die „Beipackzettel“-Nummer zeigt zum Beispiel, wie man Hypochonder züchtet, die im Medizinbetrieb leicht Patientenkariere machen und chronisch multimorbide werden. Für den Sketch „Happy-End-Lösung“ haben die Kneifzangen-Leute ein bisschen bei George Tabori

abgeuckt: In seinem auf 2066 vordatierten Stück „Frühzeitiges Ableben“ (BERLINER ÄRZTE Heft 6/2001, S. 21) holt ein schwarzer Bus regelmäßig alle ab, die gerade fünfzig wurden. Die Kneifzange gönnt jedem Bundesbürger wenigstens die mittlere Lebenserwartung:

Einer kriegt an seinem 75. Geburtstag Besuch von einem Abgesandten der Regierung. Der überreicht zum Blumenstrauß das „goldene Finalistenkärtchen“. Das besagt, dass der Jubilar noch drei Jahre Zeit hat bis zum „Fest der Löffelabgabe“. Frauen brauchen das erst mit 81 zu feiern, Prominente wie Päpste und beliebte Künstler haben open end. Tief-schwarzer Humor, der allen Zuschauern eine Gänsehaut garantiert, die an die Tötung ohne Verlangen zum Beispiel niederländischer Patienten denken.

Natürlich zwickt die Kneifzange auch mal die Ärzte, etwa in der Suada des Berliner Penners, der meint, die Ärzte müssten heutzutage den Patienten den Magen auspumpen, um auch mal was zu essen zu kriegen. Aber eigentliches Ziel ist die so genannte Gesundheitsreform. Das Programmheft zielt ein Cartoon, der den Kanzler als Zwitter zwischen HNO- und Zahnarzt zeigt, wie er dem deutschen Michel gerade alle Zähne des Oberkiefers zieht – in Gestalt der Buchstaben „Soziales“. Stehen bleibt nur die untere Zahnreihe: „Marktwirtschaft“.

Man sollte öfter mal Kleinkunst genießen (Speis und Trank gibt’s bei solchen Bühnen auch), besonders, wenn’s auch um Medizinisches geht wie hier; oder ausschließlich wie in Dr. Eckart von Hirschhausens „Sprechstunde“ in der Bar jeder Vernunft (BERLINER ÄRZTE Heft 6/2002, S. 28). Zuweilen amüsiert man sich zwar „unter seinem Niveau“, weil’s beim Kabarett offenbar nie ganz ohne Zotiges geht. Aber Lachen entspannt; Lachen befreit von Zorn, Frust und Stress – wenigstens mal für eine Weile.

Rosemarie Stein

Kabarett-Theater Kneifzange,
Friedrichstraße 176,
Karten-Tel.: 47 99 74 80 und 204 18 05

... Fortsetzung von Seite 29

Tabelle 1: Therapeutische Zielgrößen für erwachsene Diabetiker		
Indikator	Einheit	Zielwertbereich
Blutglucose (kapillär)	mg/dl (mmol/l)	
nüchtern/präprandial		90-120 (5,0-6,7)
1-2 h postprandial		130-160 (7,2-8,9)
vor dem Schlafengehen		110-140 (6,1-7,8)
HbA_{1c}	%	≤ 6,5
Lipide	mg/dl (mmol/l)	
Diabetiker ohne makrovaskuläre Erkrankungen		*Chol.ges. < 200 (< 5,0) *LDL-C < 100 (< 2,5) *HDL-C > 35 (> 0,9) *NüTG < 150 (< 1,7)
Diabetiker mit makrovaskulären Erkrankungen		Chol.ges. < 170 (< 4,4) LDL-C < 100 (< 2,5) HDL-C > 40 (> 1,0) NüTG < 150 (< 1,7)
Body-Mass-Index	kg/m²	< 25
Blutdruck	mmHg	Systolisch Diastolisch ≤ 130 ≤ 80
* Chol.ges.: Gesamt-Cholesterin; *LDL-C: Low-density-lipoprotein-Cholesterin; *HDL-C: High-density-lipoprotein-Cholesterin; *NüTG: Nüchtern-Triglyceride		

ANZEIGENSCHLUSS
Ausgabe 4/2003: 5. März 2003

Die verlorene Kunst des Heilens.

Anleitung zum Umdenken.

Lown, Bernhard

**Schattauer Verlag 2002, 281 Seiten
(geb.), 29,95 €, ISBN 379 452 16 84**

In seinem Buch „Die verlorene Kunst des Heilens“ gibt der weltbekannte Kardiologe Bernhard Lown einen Rückblick auf über fünfzig Jahre ärztlicher und wissenschaftlicher Tätigkeit. Die Kapitel des Buches bauen auf Krankengeschichten auf, so dass man auf den ersten Blick den Eindruck gewinnen könnte, hier berichtet ein Arzt mit umfassender Erfahrung über seine interessanten Fälle. Tatsächlich liest sich das Buch durch die vielen „Geschichten“ streckenweise wie ein Roman über die jüngere Medizingeschichte. Inhalt und Anspruch haben aber nichts mit dem Klischee „Ein grosser Arzt erinnert sich“ zu tun. Mit verblüffender und bewegender Offenheit macht Lown unbestechlich deutlich, welche Faktoren den Lauf der medizinischen Wissenschaft in positiver wie negativer Weise bestimmen.

Wäre er nicht der, der er ist, nämlich ein weltweit anerkannter Wissenschaftler in einem Gebiet, der Kardiologie, das

wie kein anderes die Akutmedizin kennzeichnet und das er durch bahnbrechende Entdeckungen, u.a. der Elektrokardioversion, entscheidend voran gebracht hat, könnte das Buch in die Reihe der vielen medizinkritischen Bücher eingeordnet werden, deren Autorinnen und Autoren oft – zum Teil berechtigt – vorgeworfen wird, sie hätten von medizinischer Wissenschaft und ihren Segnungen eben keine fundierte Vorstellung. So aber trifft seine kritische Sicht empfindlich und berührt die zentralen ungelösten Fragen der modernen Medizin, etwa psychosoziale Einflussfaktoren auf Ausprägung und Verlauf akuter Krankheitszustände. Er zeigt sich in seiner ärztlichen Tätigkeit als mutiger Arzt, der trotz statistischer Unwägbarkeiten seinem Patienten gegenüber konkret Stellung bezieht.

Der durch schwammige und sentimentale Anwendung in Verruf geratene Begriff der ärztlichen Kunst wird von ihm aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet und rehabilitiert. Er legt gut begründet und unmissverständlich dar, dass die heutigen Probleme der Medizin

nicht durch technische Neuerungen oder strukturelle Veränderungen des Versorgungssystems, sondern nur durch inhaltliche Besinnung auf die ärztliche Aufgabe zu lösen sind. Indirekt gibt er aber eine Antwort, indem er ganz ernsthaft sein Buch mit Ausführungen zur „Kunst, Patient zu sein“ beschließt, indem er Patienten konkrete Ratschläge gibt, wie sie sich verhalten können, um möglichst wenig Gefahr zu laufen durch das medizinische Versorgungssystem geschädigt zu werden. Stünde ein solches Kapitel nicht am Ende eines von unpräntiöser humanitärer Milde getragenen Buches, wäre man versucht, hinterhältigen Sarkasmus im Sinne eines Jonathan Swift zu vermuten. Eine solche Haltung scheint mir aber Lown ganz fern zu liegen und so macht sein Werk trotz vieler desillusionierender Analysen Mut zu positivem und innovativem Denken, im Sinne von Claude Bernard den er mit den Worten zitiert: „Kennzeichen eines Neuerers ist seine Fähigkeit, das zu sehen was jeder sieht und das zu denken, was niemand denkt“. Die vielen Anregungen zum neuen Denken machen dieses Buch für entsprechend Interessierte wie Resignierende zu einer kaum zu überschätzenden „Anleitung zum Umdenken“.

Prof. Dr. med. Walter Burger
Reformstudiengang Medizin (Charité)

BUCHBESPRECHUNG