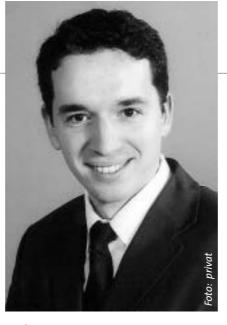
# Ein Arbeitstag aus der Sicht eines AiP

Es ist Mittwoch, 19 Uhr. Der Arbeitstag scheint sich seinem Ende zu nähern. Mit der ihm noch verbleibenden Konzentration versucht der AiP zu reflektieren, ob er der Verantwortung gegenüber seinen Patienten gerecht werden konnte. Hat er alles richtig gemacht? Hat er an alles gedacht? Waren die Entscheidungen richtig, die er traf? Konnte er das Bedürfnis seiner Patienten nach einem Gespräch mit ihrem Arzt erfüllen?

Nein, er konnte das Bedürfnis seiner Patienten nicht erfüllen! Er hat es versucht, er wollte ihnen alle Fragen beantworten, doch es war wieder zu wenig Zeit für sie. Wie sehr er sich auch darum bemüht, es erscheint ihm unmöglich, einem Menschen innerhalb weniger Minuten zu erklären, warum seine Erkrankung dieses spezielle Vorgehen erfordert.

Warum hat er eigentlich zu wenig Zeit? Er schaut auf seine Uhr und überlegt, womit er sich eigentlich in den vergangenen 11 Stunden des Arbeitstages beschäftigt hat? Den letzten Patienten sah er vor etwa drei Stunden. Er fängt an zu rechnen. Anamnese, körperliche Untersuchung, Aufklärung, Beratung der Angehörigen etc. ... macht zusammen drei Stunden. Was ist mit den restlichen 8 Stunden?



#### Mehmet Gövercin

... arbeitet als Arzt im Praktikum in einer Berliner Klinik und ist Mitglied des Arbeitskreises Junge Ärzte in der Ärztekammer Berlin

Sie vergehen mit dem Ausfüllen von Anforderungsscheinen, Patientenakten, dem Schreiben von Arztbriefen, dem Bekleben von Monovetten, dem Erfassen und Codieren von Leistungen und Diagnosen etc. ... macht zusammen sechs Stunden. Telefonate ... circa eine Stunde. Andere praktische Tätigkeiten ... circa eine Stunde. Pause? Meist nicht möglich.

Befreit von administrativen Zusatzarbeiten hätte der AiP sechs Stunden mehr zur Verfügung, um die Patienten besser zu informieren, mit ihnen zu sprechen, mit den Angehörigen zu sprechen, ihnen zu erklären, warum ihre Erkrankung dieses spezielle Vorgehen erfordert, statt ihnen Informationsblätter für das Selbststudium in die Hand zu drücken.

Der AiP ertappt sich bei dem Gedanken, dass eine Zeitersparnis vielleicht auch mehr Zeit für ihn selbst bedeuten würde. Vielleicht hätte er dann noch Zeit für ein Leben außerhalb der Klinik, so wie seine ehemaligen Schulkameraden, die nicht Medizin studiert haben. Vielleicht hätte er dann Zeit für Freunde, eine Familie oder sogar Kinder...

Der Stationsdrucker holt ihn mit einem lauten Geräusch wieder in die Realität zurück. Es muss doch möglich sein, eine Lösung zu finden, denkt er sich. Man könnte doch den administrativen

Aufwand verringern, vielleicht durch intelligente Softwarelösungen, vielleicht durch medizinische Dokumentationsassistenten. Doch während er an innovative Verfahren der Aufwandsminimierung an seinem Arbeitsplatz denkt, fällt ihm ein, dass seine Arbeit netto drei Euro und zehn Cent die Stunde kostet. Die Arbeit eines AiP ist daher das weitaus effektivere, wahrscheinlich sogar das effektivste Verfahren, stellt er fest.

Einige seiner Kommilitonen denken aufgrund dieser Arbeitsbedingungen zunehmend an Möglichkeiten, das AiP im Ausland effektiver zu gestalten. Andere ziehen sich gänzlich aus dem Krankenhausbetrieb zurück und wählen alternative Betätigungsfelder. Er fragt sich daher: Wie lange wird es noch genug ÄiP geben, die unter diesen Bedingungen arbeiten werden?

Malet Cin

Der hier veröffentlichte Text ist eine kleine Rede, die Mehmet Gövercin vor dem Deutschen Ärztetag bei dessen außerordentlicher Sondersitzung am 18. Februar 2003 in Berlin hielt.

# BERLINER



40. JAHRGANG AR7TE

TITELTHEMA .....

### Hormontherapie - Das Ende des "Jungbrunnens"

2002 wurde in den USA die weltweit größte Studie zur Hormontherapie abgebrochen, weil sich herausstellte, dass für die beteiligten Frauen die Risiken den Nutzen weit übertrafen.

Von Klaus Koch . .....12

### **Brief einer Hormontherapie-Patientin**

Hier kommt eine Patientin zu Wort, die wegen ihrer Wechseljahresbeschwerden eine lange Odyssee durch Berliner Sprechzimmer antrat.

......17

## Fortbildung in der Sponsoring-Falle

Patientinnen mit Wechseljahresbeschwerden wünschen zu Recht umfassende Aufklärung zu Therapien, Risiken und Behandlungsalternativen. Wo finden Ärzte gute und "ungefärbte" Informationen? Von Martina Dören ......18







#### Hätten Sie's erkannt?

Unser Titelbild zeigt ein Vexierbild (Umkehrtäuschung), in dem je nach Blickwinkel eine alte oder junge Frau gesehen werden kann.

Diese berühmte Zeichnung stammt von dem Psychologen E. Boring.

Nebenstehend einige Orientierungshilfen zur schnelleren Erkennung.

100	6
13.00	1
	1
Sept. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1.	m. 75

Von Mehmet Gövercin ......3

BERLINER ÄRZTE aktuell ......6

samen Krebsregister .....11

Mitteilungen aus dem Gemein-

BERUFS- UND GESUND-

HEITSPOLITIK.....

MEINUNG	Leserbriet-Forum zu unserem		
	Vivantes-Heft 2/200324		
Ein Arbeitstag aus Sicht eines AiP	•		

#### Aufschrei einer Hausärztin

In der Kommunikation zwischen Fachund Hausärzten liegt offenbar einiges im Argen. Eine Weddinger Allgemeinmedizinerin hat aufgeschrieben, was sie stört.

Von Margarete Falbe .....27

FORTBILDUNG.....

#### PERSONALIEN.....

#### **Zum Tode von Hans-Joachim** Wessel

Von Klaus-Peter Schüren .....30

## Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2002 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen .....31

FEUILLETON.....

### Zwei Universitäten eine Fakultät

Berlins Hochschulmedizin soll neu geordnet werden und wird damit möglicherweise zum bundesweiten Modellfall. Die Medizinischen Fakultäten beider Unis sollen zusammengeführt werden. Ein konfliktreicher Prozess nimmt seinen Anfang. .....20

## Zappelphilipp und Träumersuse: Haben sie ein ADHS?

Was ist dran am ADH-Syndrom und wie sollte man es therapieren? Bericht über eine Fortbildungsveranstaltung der Ernst von Bergmann-Akademie.

Von Rosemarie Stein .....28

Sicherer verordnen .....34

#### Wie Wissenschaft gemacht wird

Vor fünfzig Jahren entdeckten James Watson und Francis Crick die DNS und damit den Bauplan des Lebens. Schon bald folgte der Sensation eine noch heute aktuelle Ethikdebatte.

Von Rosemarie Stein .....35

Impressum ......42

# Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende neue Einrichtungen gemeldet:

Neue Spezialsprechstunden Psychiatrie/ Psychotherapie an der Charité

Unter der Leitung des neu berufenen Lehrstuhlin-

habers für Psychiatrie des Universitätsklinikums Charité, Prof. Dr. Andreas Heinz, wurden eine Reihe neuer Spezialsprechstunden eingerichtet. Sie sollen dem vermehrten Bedarf an spezialisierten Ansprechpartnern zu Diagnostik und Therapie psychiatrischer Erkrankungen Rechnung tragen:

Spezialsprechstunde bipolare (manisch/depressive) Erkrankungen, Ltd. OA PD Dr. Dr. M. Bauer. • Spezialsprechstunde therapieresistente Depressionen, Dr. M. Adli, Ltd. OA PD Dr. Dr. M. Bauer. • Spezialsprechstunde Angsterkrankungen, OA Dr. A. Ströhle. • Spezialsprechstunde Hepatitis C und Interferon, OA Dr. M. Schäfer. • Spezialsprechstunde Hyperkinetisches Syndrom im Erwachsenenalter, Prof. Dr. A. Heinz, OA Dr. A. Ströhle. • Spezialsprechstunde für schizophrene Erkrankungen mit Früherkennungszentrum, OA Dr. G. Juckel. • Spezialsprechstunde für transkulturelle Psychiatrie, OÄ Dr. E. Wohlfart.

Kontakt über die Psychiatrische Poliklinik, Tel.: 45 05-17095 am Standort Charité Campus Mitte. Mehr Informationen finden Sie unter www.charite.de/psychiatrie.

#### Tinnitus-Zentrum an der Charité

Am Standort Mitte hat die

Charité Anfang März ein neues Tinnitus-Zentrum eröffnet. Das Angebot wird tagesklinisch/ambulant durchgeführt. Geholfen werden soll den Patienten mit einer zweiwöchigen Intensivtherapie. Kontakt und Informationen unter Tel. 4505-55009

#### Parkinson- und Dystonie-Ambulanz in Weißensee

Die Parkklinik

Weißensee hat zur ambulanten Behandlung von Patienten mit Morbus Parkinson, Schiefhals, Blinzelkrampf und anderen schweren neurologischen Bewegungsstörungen eine Parkinson- und Dystonie-Ambulanz eingerichtet. Patienten benötigen die Überweisung durch einen Nervenarzt. Informationen und Termine unter Tel. 9628-3400.

Bei dieser kleinen Rubrik ist die Redaktion BERLINER ÄRZTE auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte informieren Sie uns über neue Einrichtungen in Ihrem Hause. Tel. 40 80 6-124/-125, Fax: -164. E-Mail: presse@aerztekammer-berlin.de. Niederlassung

# Curriculum "Suchtmedizinische Grundversorgung"

Auf anhaltend große Resonanz stoßen die seit Februar 2000 regelmäßig angebotenen Weiterbildungsseminare zur "Suchtmedizinischen Grundversorgung". Sie werden vom Arbeitskreis Drogen und Sucht der Ärztekammer Berlin gemeinsam mit der Clearingstelle für Substitution und der Ernst von Bergmann-Akademie angeboten. Mehr als 100 größtenteils in eigener Praxis niedergelassene Kolleginnen und Kollegen haben bereits teilgenommen, um ihre Kompetenz im Umgang mit abhängigkeitskranken und suchtgefährdeten Patienten zu verbessern.

Grundlage dieser Seminare ist ein entsprechendes Curriculum der Bundesärztekammer. An vier Wochenenden – jeweils von Freitag Nachmittag bis Samstag Abend – geht es unter der Leitung kompetenter Referenten um riskanten Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit, um legale und illegale Drogen, um die Substitutionsbehandlung

Opiatabhängiger und andere Behandlungsoptionen, um Beratungsstellen, Selbsthilfe und vieles mehr. Bei durchschnittlich 20 Teilnehmern ergeben sich viele Möglichkeiten zum kollegialen Austausch. Ein ganzes Wochenende ist allein der motivierenden Gesprächsführung gewidmet. Diese eignet sich speziell für den Umgang mit Abhängigkeitskranken und hat insbesondere die Stärkung der Veränderungsbereitschaft des Patienten zum 7iel. Seit Juni 2000 ist die Fach-

Grundversorgung" auch in der Weiterbildungsordnung verankert und inzwischen ist der Erwerb dieser Qualifikation Voraussetzung für die Durchführung von Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger. Der nächste in Berlin angebotene Kursblock beginnt am 16. und 17. Mai 2003 (siehe Ankündigung im Fortbildungsteil

G.M.

dieses Heftes).

kunde "Suchtmedizinische

Berufsverbände

## Neue Vorstände bei Chirurgen...

Der Berufsverband Deutscher Chirurgen, Landesverband Berlin, hat einen neuen Vorstand gewählt. Landesvorsitzender ist Prof. Dr. Harald Gögler (Chefarzt der Chirurgie am DRK-Klinikum Westend). Seine Stellvertreter sind der in Tempelhof niedergelassene Chirurg Rainer Kübke, Dr. Erich Fellmann (Oberarzt der Chirurgie am Jüdischen Krankenhaus) und Dr. Christian Müller (Chefarzt der Unfallchirurgie am Oskar-Ziethen-Krankenhaus).

# ...und bei Pneumologen

Auch der Berufsverband der Pneumologen, Landesverband Berlin/ Brandenburg, hat einen neuen Vorstand: Vorsitzender ist Prof. Dr. Thomas Hering, niedergelassen in Berlin. Sein Stellvertreter wurde Dr. Burkhard Timm-Labsch, er hat eine Praxis in Bernau. Weitere Vorstandsmitglieder sind Dr. Wolfgang Frank (Schriftführer), Dr. Annette Schulze (Schatzmeisterin) und Prof. Dr. Robert Loddenkemper.

G.I.N.

## Ärzte für Substitutionsbehandlungen gesucht

Die "Clearingstelle für Substitution" der Ärztekammer Berlin sucht fortlaufend Ärztinnen und Ärzte, die eine fachkundige Behandlung suchtkranker Patienten übernehmen. Neben der Fachkunde "Suchtmedizinische Grundversorgung", die man durch einen Kurs erwerben kann (siehe nebenstehende Meldung und Ankündigung im Fortbildungsteil) braucht man sozialmedizinisches Interesse, Verständnis für ungewöhnliche Menschen und Lebensumstände, aber auch die Fähigkeit zu Konsequenz und Grenzsetzung. Unverzichtbar ist die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit dem Suchthilfesystem.

Die Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger wird derzeit von 150 Ärztinnen und Ärzten durchgeführt, die - je nach eigener Praxis-Ausrichtung zwischen 3 und 100 substituierte Patientinnen und Patienten betreuen. Um eine wohnortnahe

ärztliche Behandlung zu gewährleisten und die einzelnen Arztpraxen nicht übermäßig zu belasten, wäre es wünschenswert, dass sich noch mehr Kollegen für die Suchtbehandlung finden. Insbesondere in den Bezirken

Spandau, Wedding, Prenzlauer Berg, Friedrichshain, Lichtenberg, Marzahn/Hellersdorf und Treptow herrscht Mangel an substituierenden Ärzten. Außerdem sucht die Clearingstelle für die Behandlung suchtkranker Aussiedler dringend Kolleginnen und

sprechen! Weitere Informationen über die Clearingstelle für Substitution, Telefon 395 90 21. C.J.

# Internationales Leitlinien-Netzwerk gegründet

Die Arbeit an ärztlichen Leitlinien wird jetzt auch international zusammengeführt. Im November haben sich Leitlinienagenturen aus 14 Ländern in Paris zum Guidelines International Network (G.I.N.) zusammengeschlossen.

Ziel der Initiative ist es, die **Entwicklung und Nutzung** medizinischer Leitlinien zu optimieren, Ressourcen bei der Leitlinien-Entwicklung einzusparen und die Effekte von Leitlinien auf das Gesundheitswesen systematisch zu analysieren.

Ärztekammer Berlin gehört wollen ihre Aktivitäten zur Leitlinienentwicklung besser vernetzen.

Erster Schritt hierzu soll die Schaffung einer gemeinsamen Datenbank sein. Ziel soll es sein. Methoden zur Evidenzbewertung international zu harmonisieren. Regelmäßig wird man Workshops und Kongresse veranstalten, den ersten jetzt im April 2003 im polnischen Krakow.

Mitglied von Deutscher Seite ist die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und KBV. Ihr Geschäftsführer, Prof. Dr. Günther Ollenschläger, wurde zum Vorsitzenden des Gründungskomitees von G.I.N. ge-

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-i-n.net



Qualitätssicherung

# ÄZQ hat neuen Namen

Die bisherige "Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung" heißt nun "Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin". (Trotz Namensänderung bleibt die Kennung der Homepage die alte: www.azq.de.) Die Einrichtung wurde 1995 von Bundesärztekammer und KBV gegründet und entwickelte sich zu einem im In- und Ausland anerkannten Kompetenzzentrum für Leitlinien und Patienteninformationen in der Medizin. Seit 1999 führt die Zentralstelle

das Deutsche Leitlinien-Clearingverfahren durch, das medizinische Leitlinien nach festen Qualitätsschemata beurteilt. Ärzte können sich hier informieren, welche bislang entwickelten Behandlungsleitlinien besonders hochwertig sind und sie sich dann gezielt beschaffen.

Übrigens: Der neueste Clearingbericht des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin bezieht sich auf die "Koronaren Herzkrankheiten (KHK)". Er liegt seit Dezember 2002 vor und ist unter www.leitlinien.de/clearingverfahren/clearingberichte/khk/00khk/view einsehbar.

Antidepressivum

# Vertrieb von Nefadar® eingestellt

Die Firma Bristol-Meyers Squibb GmbH hat in einer Ankündigung vom 10. Februar 2003 mitgeteilt, dass sie den Vertrieb des Antidepressivums Nefadar® einstellen will. Das Arzneimittel wird in Deutschland nur noch bis in den April hinein erhältlich sein. Die Entscheidung der Firma folgt einer Diskussion des Nutzen-/Risiko-Verhältnisses durch einige europäische Zulassungsbehörden und berücksichtigt die geringe Verwendung des Produktes in Europa. Die Gebrauchs- und Fachinformationen von Nefadar® wurden 1998 überarbeitet, wobei sehr seltene, schwere Fälle von Leberversagen während einer Behandlung aufgenommen wurden

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft hat in einer Stellungnahme die Entscheidung des Unternehmens begrüßt. Sie bittet Ärzte, ihre Patienten auf eine andere geeignete Therapie

umzustellen und ein abruptes Absetzen von Nefadar® zu vermeiden. Zu diesem Zweck sollte das Medikament über 5 bis 10 Tage ausgeschlichen werden. Obwohl Nefadar® schon nach 24 Stunden eliminiert wird, ist während der ersten 5 bis 10 Tage der Ausschleichphase an die Wechselwirkungen mit dem Isoenzym CYP 3A4, die blutdrucksenkende Eigenschaft sowie an die Plasmaeiweißbindung von 99 % wegen der Verdrängung anderer gebundener Medikamente zu denken.

Soll mit einem MAO-Hemmer weiterbehandelt werden, so muss ein therapiefreies Intervall von mindestens 7 Tagen eingehalten werden. Bei abruptem Absetzen kann es zu Übelkeit, Schlafstörungen, Schweißausbrüchen, Benommenheit, Angstzuständen, Agitation oder Kopfschmerzen kommen.

Gespräch beim LAGetSi

# Mehr Stichproben zur Arbeitszeit geplant

Das Landesamt für Gesundheit, Soziales und technische Sicherheit (LAGetSi) will im Frühjahr 2003 seine Kontrollen zur Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes in Berlins Kliniken ausweiten. Das war Thema eines Gesprächs, zu dem das LAGetSi Mitglieder des kammereigenen Arbeitskreises Junge Ärzte eingeladen hatte. Bis zum Sommer will das LAGetSi gezielt Stichprobenuntersuchungen durchführen und im Herbst dann einen Ergebnisbericht vorlegen. Allerdings wird es nach wie vor keine "Überraschungsbesuche" geben, sondern die betroffenen Kliniken werden angeschrieben und um die Vorlage entspre-

chender Unterlagen gebeten. Die Mitglieder des Arbeitskreises regten an, dass man bei den Stichproben außer Sichtung schriftlicher Unterlagen auch Gespräche mit Ärzten auf den Stationen führen sollte. Die LAGetSi-Mitarbeiter wiederum wünschten sich in der Ärzteschaft mehr Mut beim Melden von Verstößen. Ärzte. die ihren Namen nicht preisgeben möchten, sollten die Verstöße über ihre Betriebsräte ans LAGetSi kommunizieren. Die Möglichkeit, über den Personalrat eine Überprüfung der Dienstbelastung zu beantragen, werde von Ärzten in den Kliniken kaum genutzt.

KISA

# Praxisvertretungen

Zur Organisation von Praxis- und Urlaubsvertretungen werden Praxen sowie arbeitlose Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen gesucht. Die kammereigene Kontakt- und Informationsstelle für arbeitslose Ärzte unterhält eine Vermittlungskartei. Interessenten melden sich bitte bei Frau Budzinski, Tel. 40 80 6-137.

Arzneimittelkommission

# Neu: Therapieempfehlungen Osteoporose

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft hat die erste deutsche evidenzbasierte Leitlinie zur Prophylaxe und Therapie der Osteoporose veröffentlicht. Diese Therapie-empfehlungen sind auf der Hompage der Arzneimittelkommission www. akdae.de unter Therapie-empfehlungen > Aktu-

elle Hefte > Osteoporose als pdf-Datei zu finden. Es gibt die Therapieempfehlungen aber auch als gedruckte Einzelhefte oder im Abonnement (weitere Infos auf der Homepage). Eine Kurzfassung werden wir, wie immer, in einer der nächsten Ausgaben BERLINER ÄRZTE veröffentlichen.

# Ärzte und Patienten im Dialog

Wie nehmen Ärzte das Krankenhaus wahr und wie erleben es Patienten? Worunter leiden die einen und worunter die anderen? Beide Gruppen könnten viele gemeinsame Ziele ausmachen; leider reden sie zu selten miteinander. Dieses Schweigen wollte der Arbeitskreis Junge Ärzte in der Ärztekammer Berlin beenden. Am 25. Januar trafen sich junge Ärztinnen und Ärzte mit Vertretern zahlreicher Berliner Selbsthilfegruppen zum ersten Patienten-Ärzte-Dialog in den Räumen der Selbsthilfe-Kontakt und Informationsstelle SEKIS

Beim Austausch der Erfahrungen beider Seiten über den Alltag im Medizinbetrieb, insbesondere in Krankenhäusern, kamen folgende Probleme zur Sprache:

- Der Alltag in Kliniken ist geprägt von Überstunden und Überlastung des Personals sowie zu viel Bürokratie und einer strengen Hierarchie. Dadurch bleibt zu wenig Zeit für das Arzt-Patienten-Gespräch. Für Patienten wie für Ärzte gleichermaßen unbefriedigend sind die unzureichenden Möglichkeiten für eine angemessene, auf die individuelle Situation eingehende Aufklärung. In der Eile kommt es oft zu einer für Patienten unverständlichen ärztlichen Behandlungs- und Risikoaufklärung.
- Zusammengetragen wurden zahlreiche Beispiele für mangelnde interdisziplinäre und interstationäre Zusammenarbeit und das Fehlen ganzheitlicher Orientierung in der Versorgung.
- Kritisiert wurde eine "Fließbandversorgung", bei der offensichtlich organisatorische Abläufe und wirtschaftliche Gesichtspunkte wichtiger sind als das Befinden der Kranken.

- Patienten spüren den Druck auf Ärzte und Pflegepersonal und sorgen sich um eine angemessene und sichere medizinische Versorgung. Stationen mit fehlendem oder übermüdetem Personal können zu Risiken für die Gesundheit werden.
- Als Resümee dieses ersten Patienten-Ärzte-Dialogs erklärten die Teilnehmer als gemeinsames Ziel, sich für Verbesserungen in der Patientenversorgung sowie ein Mehr an wechselseitigem Respekt einzusetzen. Zur praktischen Umsetzung dieses Ziels forderten Patienten und Ärzte gemeinsam:
- 1. Der Grundsatz, dass Patienten in der Klinik im Mittelpunkt stehen, darf nicht nur Lippenbekenntnis sein. Das gilt auch für Universitätskliniken, in denen sich auch Forschung und Lehre diesem Auftrag stellen müssen.
- Die Gewährleistung einer sicheren Behandlung nach dem aktuellen Erkenntnisstand und definierten Qualitätsstandards.
- Ärzten muss die für eine Aufklärung und patientenorientierte Begleitung notwendige Zeit zur Verfügung stehen.
- 4. Flächendeckende Einführung von elektronischen Messmethoden und -kontrollen der Arbeitszeit von Ärzten und Abbau von Überstunden.
- 5. Die Entlastung des medizinischen Personals durch die Einstellung von mehr Ärzten bzw. medizinisch-technischen Dokumentationsassistenten zur Entlastung der Ärzte von administrativen Zusatzaufgaben, die ihnen die Zeit für die Patientenversorgung rauben.
- 6. Den Abbau hierarchischer Strukturen.
- Die offensivere Nutzung von Beschwerdesystemen durch Patienten.

- 8. Die Veröffentlichung der Ergebnisse von Patienten-Befragungen.
- Die Entwicklung und Verbreitung von Checklisten zur Stärkung der Patienten.
- 10. Die Beteiligung von Patienten und ihrer Organisationen in relevanten Gremien.
- 11. Profilierung und Ausbildung der Patienten-Fürsprecher in Krankenhäusern.
- 12. Die Ausbildungen von Medizinern muss diesen Anforderungen besser gerecht werden.

Eine Lösung dieser Probleme – da waren sich alle einig – darf nicht allein auf dem Rücken von Ärzten im Praktikum und jungen Assistenzärzten lasten. Sie sind ein dringlicher Auftrag an das Management und die Politik. Der Dialog soll fortgesetzt werden.

Delegierte

# Deutscher Ärztetag 2003

Die Berliner Delegation für den Deutschen Ärztetag vom 20. bis 23. Mai 2003 in Köln setzt sich wie folgt zusammen:

FRAKTION	DELEGIERTER	VERTRETER
Marburger Bund	Dr. Klaus Thierse Dr. Matthias Albrecht Dr. Werner Wyrwich	Dr. Günther Jonitz Dr. Sigrid Kemmerling Mehmet Gövercin
Hausärzte im BDA	Prof. Dr. Vittoria Braun Dr. Hans-Peter Hoffert	Dr. Rita Kielhorn-Haas Dr. Wolfgang Kreischer
Allianz Berliner Ärzte/ Hartmannbund	Dr. Roland Urban PD Dr. Dietrich Banzer Helmut Mälzer Prof. Dr. Harald Mau Dr. Herbert Menzel	Klaus Nordmeyer Dr. Rudolf Fitzner Dr. Christian Handrock Dr. Almut Tempka Dr. Sabine Krebs
Fraktion Gesundheit	Dr. Ulrich Piltz Dr. Maria Birnbaum Dr. Horst Kallfass Dr. Volker Pickerodt Dr. Udo Schagen	Dr. Matthias Brockstedt Dr. Stefan Hochfeld Dr. Charlotte Lutz Dr. Heinrich-D. Rühmkorf Dr. Eva Müller-Dannecker

#### KV-anerkannt

## Moderatoren-Ausbildung

Ärzte und Psychotherapeuten, die die Moderatoren-Ausbildung der Berliner Schule für Gesundheit gGmbH erfolgreich absolvieren, können bei der KV Berlin einen Qualitätszirkel beantragen. Die Moderatoren-Ausbildung vermittelt Know-how für die Moderation interdisziplinärer und berufsgruppenübergreifender Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel. Die nächsten Termine der Schulung liegen im April und Mai. Referentin ist Dipl. Psych. Christine Kuch/ Köln, die Gebühr beträgt 300 €. Informationen bei der Berliner Schule für Gesundheit gGmbH, Tel. 484 92 90-0

## **Ethikkommission**

Die Ethikkommission der Ärztekammer Berlin wurde durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz für die nächsten vier Jahre neu berufen. Sie setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen:

Prof. Dr. Uwe Baer (Chirurg), Dr. Marc C. Baumgart (Jurist), Dr. Susanne Baumgarten-Klaumünzer (Gynäkologin), Gabriele Bellmann (Allgemeinmedizinerin), Erhard Bork (Jurist), Martin Buchweitz-Sautier (Psychologe/Pädagoge), Prof. Theo Dassen (Pflegewissenschaftler), Dörte Elß (Juristin), Dr. Jürgen Fleck (Jurist), PD Dr. Hans-Herbert Fülle (Internist), Carola Gold (Laienmitglied), Dr. Heinz-Dieter Hartung (Neurologe/ Psychiater), Günter Hennies (Jurist). Michael Hoffmann-Bayer (Sozialarbeiter), Prof. Dr. Dr. Werner Hopfenmüller (Arzt, Statistiker), Dipl. päd. Sabine Hufendiek (Paartherapeutin), Dr. Constanze Jacobowski (Internistin), Prof. Dr. Heribert Kentenich (Gynäkologe), Prof. Dr. Helmut Kewitz (Pharmakologe), Ernst Kleucker (Theologe), Dr. Irene Knöchel-Schiffer (Anästhesistin), Prof. Dr. Elisabeth Knoll-Köhler (Pharmakologin), Ursula Küchler (Laienmitglied), PD Dr. Michael Kulig (Arzt, Statistiker), Prof. Dr. Ruth Mattheis (Pädiaterin), Dr. Regina Lutterbeck (Gynäkologin), Dr. Christian Meisel (Pharmakologe), Dr. Bernd Meyer (Internist), Dr. Gudrun Mörchen (Neurologin), Heike Morris (Juristin), Prof. Dr.

Stefan Müller-Lissner (Internist), Jeanne Nicklas-Faust (Internistin), Prof. Christian Pestalozza (Jurist), Prof. Dr. Horst Spielmann (Pharmakologe), Margret Steinberg (Ärztin), Prof. Dr. Walter Thimme (Internist), Ilse Thörner (Laienmitglied), Dr. Carola Viebahn (Radiologin), Dr. Richard Vogel (Biologe), Dr. Ekkehart Wolf (Internist) und Ernst Kleucker (Theologe).

Die Ethikkommission teilt sich in sechs Arbeitsausschüsse. Allein drei davon, die so genannten "Pharmaausschüsse" begutachten und beraten Forschungsprojekte mit klinischen Versuchen am Menschen. In 90 % der Fälle geht es hier um Anträge zu Arzneimittelstudien. Ein weiterer Ausschuss der Ethikkommission prüft, ob Ärzte, die eigenverantwortlich Reproduktionsmedizin durchführen wollen, die dafür nötigen berufsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen Zudem gibt es einen Ausschuss, der sich mit der Ersatzdrogenbehandlung Opiatabhängiger beschäftigt. Diese Substitutionsbehandlung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, die in jedem Einzelfall geprüft werden. Seit Januar 1999 gibt es in der Ethikkommission einen Grundsatzausschuss, der sich mit allgemeinen Fragen der Medizinethik befasst. Hierzu gehören Themen wie die Etablierung von klinisch-ethischer Beratung in Krankenhäusern, Behandlungsabbruch oder Sterbehilfe.



Neuer Vorsitzender der Ethikkommission ist PD Dr. Hans-Herbert Fülle; seine Stellvertreterin die langjährige Vorsitzende Prof. Dr. Ruth Mattheis.

## Nachgefragt - Follow back zum Mammakarzinom

Die leidigen DCO-Fälle! Gemeint sind "Death Certificate Only" also jene Krebsfälle, von denen wir nur via Leichenschauschein wissen. Es gilt: Je weniger DCO-Fälle ein Krebsregister hat, umso besser ist die Datenqualität. Unser Ziel ist ein DCO-Anteil von weniger als 10 % an allen gemeldeten Krebsfällen. Dass wir erst über die Todesbescheinigung von einer Krebserkrankung erfahren, sollte die Ausnahme bleiben; Neuerkrankungen sollten uns durch den Arzt bereits zu Lebzeiten des Patienten gemeldet werden. Für valide epidemiologische Aussagen zur Krebsinzidenz, zu histologischen Tumortypen und Stadienverteilungen, zur Primärtherapie und Überlebensraten ist eine ärztliche Melderate von über 90 % erforderlich. In Berlin liegt die Rate ärztlich gemeldeter Krebsfälle in den letzten Jahren bei maximal 60 %, die DCO-Rate noch bei etwa 30 %.

Also begannen wir im Sommer 2002, unterstützt vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, mit dem Projekt Follow back ("Zurückverfolgen") bei Brustkrebs – andere Malignome sollen folgen. Die Nacherhebung von klinischen Informationen zu ver-

storbenen Krebspatienten ist gesetzlich geregelt (näheres unter www. krebsregister-berlin.de).

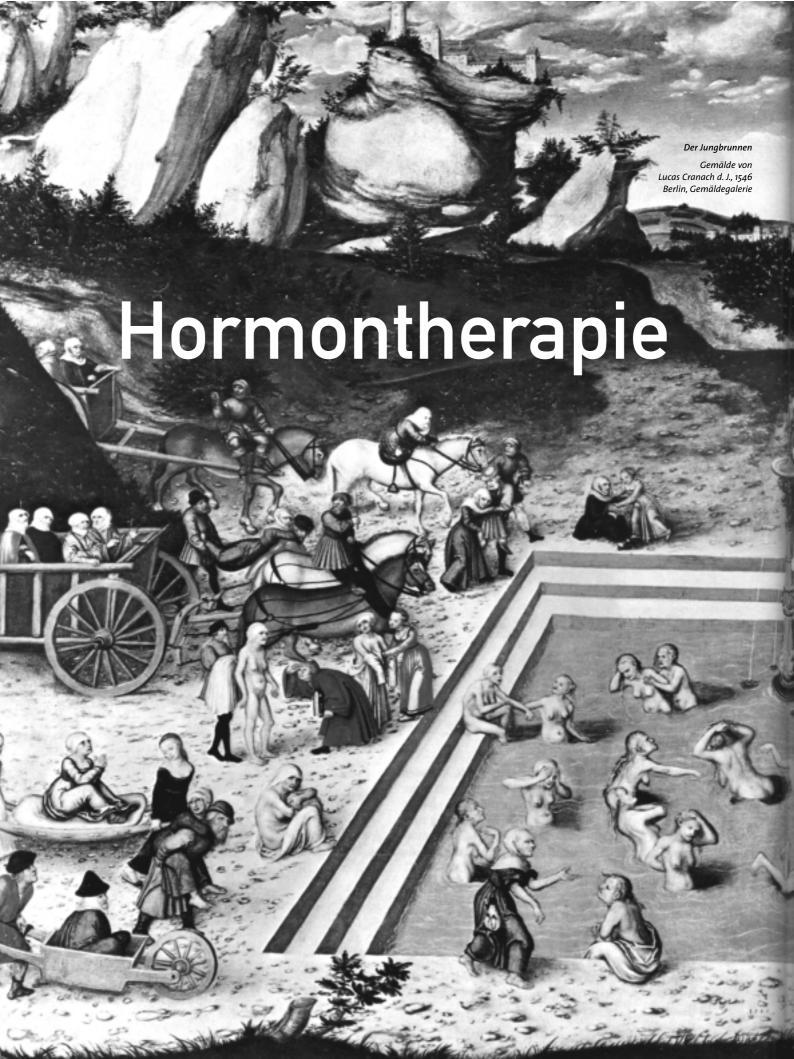
Im Januar verschickten wir 420 Fragebögen an Berliner Kollegen in Praxis und Klinik; immer hatten wir nur durch die Todesbescheinigung von der Brustkrebserkrankung der Verstorbenen erfahren. Die Berliner Leichenschauscheine sind oft problematisch: Wenn Kliniker sie ausstellten, ist mitunter der Name des unterzeichnenden Arztes nicht ersichtlich, manchmal

fehlt sogar der Klinikstempel. Wir müssen dann zeitaufwändig recherchieren, an wen wir uns wenden könnten. Teilweise ist ein Follow back nicht möglich. Leserlichkeit und Vollständigkeit von Angaben auf dem Leichenschauschein sind damit auch für unser Projekt unabdingbare Voraussetzung.

GKRInsgesamt verschickten wir rund 1400 Fragebögen in die sechs Bundesländer des Gemeinsamen Krebsregisters. Zurück kamen bisher 44 % (Stand Mitte Februar) mit meist guten klinischen Informationen. Diese positive Resonanz zeichnet sich auch in Berlin ab, schon jetzt bedanken wir uns für Ihre Mitarbeit an unserem Projekt. Im nächsten Schritt werden die Fragebögen ausgewertet und die bisher fehlenden klinischen Informationen registriert. Die Ergebnisse werden in der GKR-Schriftenreihe voraussichtlich Ende 2003 veröffentlicht.

Haben Sie Fragen dazu oder interessieren Sie sich für unsere Arbeit? Dann wenden Sie sich an uns: Gemeinsames Krebsregister, Brodauer Straße 16-22, 12621 Berlin, Tel. 56 581 315, Fax 56 581 333 od. E-Mail: vertrauensstelle@gkr.verwalt-berlin.de.

Das Gemeinsame Krebsregister versendet einen übersichtlichen Follow-back-Bogen; er fragt nach dem Zeitpunkt der Erstdiagnose, nach Histologie und TNM, nach Diagnostik und Therapie. Kann der angeschriebene Leichenschauarzt keine Angaben machen, hilft uns auch sein Hinweis auf mitbehandelnde Kollegen weiter. Bitte senden Sie uns den Bogen in jedem Fall zurück, für unsere Auswertung sind alle Antworten wichtig. Ein frankierter Rückumschlag, die Informationsbroschüren "Krebs in Deutschland" und unser Sonderheft "Gemeinsames Krebsregister" sind beigefügt.



Manchmal sind es scheinbar kleine Dinge, an denen man merkt, das etwas Einschneidendes passiert sein muss. Zum Beispiel, wenn Menschen plötzlich Begriffe nicht mehr verwenden, die ihnen längst in Fleisch und Blut eingegangen sind. Wer beispielsweise die Ende Februar veröffentlichte Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Gabe von Hormonen an Frauen nach den Wechseljahren durchsucht, findet nirgendwo mehr den Namen, den diese Therapie eigentlich seit über 30 Jahren trägt: "Hormonersatztherapie" hieß sie bislang griffig. Und das "Ersatz" im Namen war Programm: Frauen, die nach den Wechseljahren Östrogene nehmen, könnten nicht nur Beschwerden lindern, so der bis vor kurzem von vielen Ärzten akzeptierte Glaube.

# Das Ende des "Jungbrunnens"

# Neue Studien leiten Umdenken unter Frauenärzten ein

Von Klaus Koch

as der Berufverband der Frauenserte (Landesverband Niedersachsen) im September letzten Jahres in einer Pressemitteilung behauptete, entsprach der tiefen Überzeugung mancher Ärzte: "Wechseljahre sind eine Krankheit und nicht natürlich. Sie sind von Menschenhand geschaffen. [...] Eine Hormonersatzbehandlung bedeutet daher eine Zurückversetzung der Frau in ihren Naturzustand." Wer diese Ansicht hat, für den ist die "Substitution" so logisch, wie die Gabe von Insulin bei einem Diabetiker. "Ersetzen, was fehlt", lautete eben das Motto – und das am besten ein Leben lang.

Doch der Einschnitt passierte dann im Juli letzten Jahres. In den USA war ein Teil der bislang größten Studie zur Hormontherapie an 16.000 Frauen abgebrochen worden. In einem Teilprojekt der Women's Health Initiative (WHI) war das genaue Gegenteil dessen passiert, was Fachleute vorhergesagt hatten. Bei der Hälfte der Frauen, die fünf Jahre lang eine Östrogen-Gestagen-Kombination zur Vorbeugung gegen Alterskrankheiten eingenommen hatten, war der Nutzen so klein, dass die Risiken überwogen hatten: Entgegen der Vorhersage der Experten hatte die Rate der Herzinfarkte

und Schlaganfälle nicht ab-, sondern leicht zugenommen; auch das Brustkrebsrisiko war angestiegen.

Zwar war die Zahl der Hüftfrakturen und Kolonkarzinome etwas gesunken, doch die Gesamtbilanz war negativ: Ungefähr eine von 100 Frauen, die fünf Jahre das Hormonmedikament genommen hatten, hatte durch die Therapie zusätzlich eine Komplikation erlitten, statt eine zu vermeiden. Das Fazit der US-Ärzte war eindeutig: Hormone sollten nicht zur Vorbeugung eingesetzt werden.

## Verunsicherung in der Ärzteschaft

Es war nicht die einzige schlechte Nachricht der letzten Jahre zur Hormontherapie. Doch der Abbruch der Mammut-Studie hatte eine solche Sprengkraft, dass nun weltweit die Bewertung der Therapie kippte. Zuerst mahnten US-Fachgesellschaften zur Vorsicht, andere internationale Gremien folgten. Dann reagierten die Arzneimittelbehörden: Die FDA will jetzt wegen der Risiken verschärfte Warnhinweise in allen Östrogen-Präparaten für postmenopausale Frauen durchsetzen. Auch in Deutschland plant das Bundesinstitut für Arznei-

mittel und Medizinprodukte im Rahmen eines Stufenplanverfahrens, die Indikationen für Östrogen-Medikamente einzuschränken.

Und auch die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), die als Konsens von einem Dutzend deutscher Experten verfasst ist, vollzog im Februar diese Wende. "Die Hormontherapie ist nicht zur Primär- und Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit und des Schlaganfalls geeignet", sagt Prof. Olaf Ortmann von der Universität Lübeck, der die Federführung bei den Konsensgesprächen hatte.

Doch die Frage ist, wie dieser Wechsel bei den niedergelassenen Ärzten ankommt. "In der Ärzteschaft herrscht erhebliche Verunsicherung", beobachtet Dr. Beate-Schultz-Zehnden vom Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin. Manche haben den Wandel bereits vollzogen. "Für mich ist die Hormonbehandlung zu einer Therapie geworden wie jede andere", sagt die in Berlin niedergelassene Gynäkologin Dr. Regina Lutterbeck. Also zu einer Therapie, die bei der vorsichtigen Auswahl der Patientinnen, eine positive Bilanz aufweisen kann.



# Behandlungsdauer so kurz wie möglich

Dabei geht es um Frauen mit Wechseljahrsbeschwerden. Auch die DGGG-Empfehlungen betonen, dass "der Nutzen der HT zur Behandlung vasomotorischer Symptome unumstritten" ist. Aber die Behandlungsdauer sollte so kurz wie möglich sein, denn mit zunehmender langfristiger Einnahme steigen die Risiken für Schlaganfälle und Herzinfarkte, zudem würden Mamma-, Ovarial- und Endometriumkarzinome gefördert, sagt Ortmann.

Das bedeutet, dass die Therapie bei zu unkritischem und zu langem Einsatz mehr Schaden als Nutzen anrichten kann. Antje Blankau, niedergelassene Gynäkologin in Berlin: "Wenn eine Frau ausgeprägte Beschwerden hat, dann ist nach gründlicher Beratung eine Hormontherapie durchaus möglich. Aber ich spreche regelmäßig Auslassversuche mit den Frauen ab."

"Wir gehen jetzt schon anders mit der Therapie um", sagt auch Prof. Horst Lübbert vom Universitätsklinikum Benjamin Franklin. Ein Zehntel seiner Patientinnen hätten die Hormone abgesetzt, "bei etwa einem weiteren Drittel haben wir die Dosis deutlich verringert".

Doch nicht alle wollen sich schon von der alten These trennen, dass Hormone die "wahre" Natur der Frauen bewahren. "Die Bedeutung der WHI-Studie wird von vielen überbewertet. Die Ergebnisse können nicht ohne weiteres auf die in Deutschland übliche Behandlungspraxis übertragen werden", sagt Dr. Albrecht Scheffler, Vorsitzender des Berufsver-

bands der Frauenärzte in Berlin. Mit dieser Einschätzung kann sich Scheffler durchaus auf einige prominente deutsche Gynäkologen stützen. Gerade jene Meinungsbildner, die in den letzten Jahren die Prävention durch Hormone als unzweifelhaft betont haben, versuchen derzeit, sich der zunehmenden Skepsis entgegenzustemmen. Und wer die Verteidigungen liest, spürt, dass im Umgang mit der Hormontherapie einiges an Emotionen im Spiel ist.

Das ist kein Wunder. Denn bei der Frage, wie nützlich Hormone sind, geht es längst nicht mehr nur um die nüchterne Diskussion von Studien. Die Hormontherapie ist zu einem Beispiel geworden, wie untrennbar bei der Bewertung von Therapien wissenschaftliche Unsicherheiten verwoben sind mit Hoffnungen und Wünschen einerseits und mit handfesten wirtschaftlichen Interessen von Industrie und Ärzten andererseits.

# Praktisch, Patientin kommt jedes Quartal

Bei der Hormontherapie geht es für die Industrie um einen riesigen Markt. Östrogene gehören zu den am häufigsten verordneten Medikamenten. Etwa eine Milliarde Tagesdosen im Wert von über 300 Millionen Euro haben deutsche Ärzte laut Arzneimittelreport im Jahr 2001 allein auf Kassenrezept verschrieben; schätzungsweise vier bis fünf Millionen Frauen wurden damit behandelt. Kein Wunder also, dass nach Hamburger Daten fast jede zweite deutsche Frau im Alter zwischen 55 und 60 Jahren Hormone nimmt. Und viele tun das länger als fünf oder zehn Jahre.

Wegen dieser Verbreitung und Dauer der Therapie haben Hormone auch für das Einkommen vor allem von niedergelassenen Gynäkologen Bedeutung. "Wenn ein Patient langfristig Medikamente nimmt, dann kommt er jedes Quartal, um ein neues Rezept zu holen", sagt Antje Blankau, "das macht einen spürbaren Teil des Umsatzes aus". Und umgekehrt: Wenn Frauen nun seltener und kürzer Hormone nehmen sollten, droht ein Teil der Patientinnen auszubleiben.

## **Neuorientierung kostet Kraft**

Doch wichtiger als die Angst vor Umsatzverlusten ist bei vielen Gynäkologen vermutlich die tiefe persönliche Enttäuschung, die sie verarbeiten müssen: Die Überzeugung, dass Hormone zum besten Schutz vor Alterskrankheiten gehören, hat sich tief in das Selbstverständnis – vor allem älterer – Gynäkologen eingegraben, beschreibt Lübbert. Seit Jahren haben sie ihre Patientinnen im festen Glauben beraten, es gäbe keine Zweifel am Nutzen der Präparate. Und diese Überzeugung nährte auch die angenehme Gewissheit, seinen Patientinnen etwas Gutes zu tun.

Mit den negativen Studienergebnissen ist diese Sicherheit nun in ernste Zweifel umgeschlagen, den Frauen möglicherweise sogar eher geschadet zu haben. Kein Wunder also, dass es manchem Gynäkologen ausgesprochen schwer fällt, die neue Unsicherheit zu akzeptieren. "Ein Stück weit geht es auch mir so", räumt Lübbert offen ein: "Es kostet Kraft, seinen Patientinnen jetzt zu sagen, dass wir zu optimistisch waren."

## Euphorie der 60er....

Das spiegelt sich auch im Verhalten der Meinungsbildner wider: "Für sie steht auch die Glaubwürdigkeit gegenüber den niedergelassenen Ärzten auf dem Spiel", beobachtet Lutterbeck. Tatsächlich spielen Meinungsbildner auch eine Schlüsselrolle, wenn man verstehen will, wie die euphorische Bewertung der Hormontherapie entstanden ist.

Begonnen hatte die Verzerrung der Wahrnehmung bereits in den 6oer Jahren. Den ersten Schub hatte der Östrogen-Legende 1963 der US-Arzt Robert Wilson versetzt: "Das Schicksal nicht behandelter postmenopausaler Frauen: Ein Plädoyer für die Erhaltung adäquater Östrogen-Spiegel von der Pubertät bis zum Grab", hieß der Titel eines Artikels, in dem Wilson Frauen nach den Wechseljahren als Hexen darstellte, gebückt und von der Umwelt ignoriert. Für den Arzt waren Hormone die Wunderdroge, die den Niedergang verhindern konnten.

## ...ist Ernüchterung gewichen

Und tatsächlich stützen in den 70er und 80er Jahren viele Beobachtungsstudien den Glauben, dass Hormone Frauen vor Alterskrankheiten schützen könnten – wenn auch zum Preis eines erhöhten Brustkrebsrisikos. Vergleiche zeigten beispielsweise, dass Frauen, die Hormone einnahmen, seltener an Herzinfarkten erkrankten, als Frauen, die das nicht taten.

"Eine der schmerzlichen Lektionen ist, dass wir jetzt einsehen müssen, dass wir die Verlässlichkeit dieser Beobachtungsstudien überschätzt haben", sagt Lübbert. Das lag unter anderem daran, dass die Frauen selbst entschieden haben, ob sie Hormone nehmen oder nicht. Heute ist klar, dass Frauen, die freiwillig Hormone nehmen, wohlhabender und generell gesundheitsbewusster sind und wohl schon aus diesem Grund seltener oder später an Herzinfarkten erkranken.

Hinzu kommt, dass diese Studien vor allem Frauen beobachtet haben, die schon einige Jahre Hormone nehmen und dadurch übersehen haben, dass viele Therapie-bedingte Thromboembolien und Herzinfarkte gerade in den ersten Jahren nach Beginn der Einnahme passieren.

Bezeichnend ist aber, dass diese wissenschaftlich gut fundierten Zweifel von vielen Gynäkologen als nebensächlich abgetan wurden. Zu verlockend war die Idee, Frauen durch Östrogene gesund (und schön) halten zu können. "Die durch eine langzeitige Östrogenverabreichung möglich gewordene weitgehende Verhütung der Spätfolgen eines Östrogenmangels (wie der Osteoporosefrakturen, des Herzinfarktes und des Schlaganfalls) ist sicherlich einer der wichtigsten Fortschritte der präventiven Medizin des letzten Jahrzehnts", formulierte 1996 der Ulmer Frauenarzt Prof. Christian Lauritzen, der die Gynäkologen in Deutschland über Jahre hinweg maßgeblich geprägt hat.

## Enge Kontakte zur Industrie

Dass die Befürworter der Hormontherapie die Meinungshoheit gewinnen konnten, lag freilich nicht nur an der Verlockung der Argumente, sondern auch an der Häufigkeit der Wiederholung. Denn im Hintergrund sorgte die Pharmaindustrie dafür, dass vor allem die "richtigen" Experten zu Wort kamen und gehört wurden. Dabei ist es keineswegs die Regel, dass die Industrie Experten kauft, also dafür bezahlt, dass sie eine bestimmte Meinung vertreten. Alles was die Firmen tun, ist aus dem Spektrum der Fachleute und Meinungen jene gezielt zu fördern, die für die Vermarktung der eigenen Produkte am förderlichsten sind. Zum Problem wird dieser Einfluss, wenn er dazu führt, dass gute, aber unangenehme wissenschaftliche Argumente gezielt unterdrückt und ausgegrenzt werden.

Die führenden internationalen Medizinjournale haben sich bereits damit abgefunden, dass es praktisch keinen Experten gibt, der wirklich unabhängig und frei von Interessenskonflikten ist. Die Fachzeitschriften sehen nur Transparenz als Ausweg: Experten müssen ihre Interessenkonflikte aufdecken, dann kann sich jeder Leser seine eigene Meinung bilden, ob er die Empfehlungen für glaubwürdig hält oder nicht.

Auch die führenden deutschen Hormonexperten haben solch enge Verbindung zur Industrie. Es gibt in Deutschland praktisch keinen Hormon-Experten, der nicht bereits Geld von der Pharmaindustrie erhalten hat. Ein kleiner Zirkel, der "Züricher Gesprächskreis", lässt sich alljährlich von einer wechselnden Firma in ein exquisites Hotel einladen und diskutiert da über Empfehlungen, die anschließend in Fachzeitschriften veröffentlich werden. Zudem ist es eher die Regel als die Ausnahme, dass Meinungsbildner gut bezahlte Vorträge auf Marketing-Veranstaltungen der Pharmaindustrie halten.

Die Kontakte zu wohlmeinenden Meinungsbildnern nutzt die Industrie gerade in Krisenzeiten aus, um den Verlauf von öffentlichen Diskussionen gezielt zu beeinflussen. Ein Exempel lieferte die Stellungnahme von Prof. Alexander Teichmann, dem Vorsitzenden der Arbeitsgruppe "Steroide in Kontrazeption und Substitution" (SIKUS) im Bundesverband der Frauenärzte. Kurz nach dem Bekanntwerden der WHI-Daten im Juli letzten Jahres hat Teichmann als einer der ersten deutschen Experten ein Fax an mehrere Tausend Mitglieder des Berufsverbandes geschickt, das die Bedeutung der Studien herunterspielte. Doch in den Wochen nach Veröffentlichung seiner Stellungnahme musste Teichmann nach übereinstimmenden Berichten mehrerer Medien einräumen, dass eine angeblich in seinem Namen verfasste und versandte "Patienteninformation" nicht aus seiner Feder stammte, sondern vom Hormonproduzenten Schering erstellt worden war. Teichmann streitet ab, seine eigentliche Stellungnahme inhaltlich mit der Firma abge-





stimmt zu haben. Er fühlt sich durch die Presseberichte diffamiert.

Wie soll man also diese enge Kooperation bewerten? Die Ansichten sind gespalten: Manche Ärzte sehen das eigentliche Fehlverhalten bei der Presse, die über die Aktion berichtet hat. Für andere aber ist die Affäre ein Symptom eines generellen Verlustes von Unabhängigkeit. "Ich glaube, dass es solche engen Kooperationen heute in allen Bereichen der Medizin gibt", sagt Blankau.

## Nächste Studie mit Spannung erwartet

Allerdings hat die öffentliche Diskussion um den Einfluss der Pharmafirmen den Streit um die wissenschaftliche Bewertung der Hormontherapie noch zusätzlich angeheizt. Und der wird wohl noch einige Zeit andauern. Denn auch wenn die WHI-Studie die bislang größte Studie war, gibt sie längst nicht auf alle Fragen Antworten. Mit Spannung wird erwartet, welche Ergebnisse ein zweiter, kleinerer Teil der WHI-Studie liefert, in der Östrogene alleine, also nicht in Kombination mit Gestagenen erprobt werden. Dieser Teil läuft derzeit weiter, Ergebnisse werden spätestens 2005 erwartet.

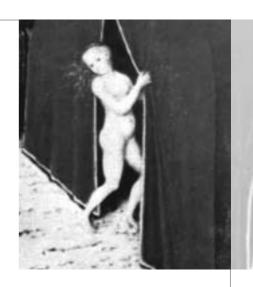
Doch schon jetzt hat ein Teil der Frauenärzte einen fundamentalen Wechsel vollzogen. Bislang galt: Die langfristige Hormontherapie ist nützlich, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist. "Die Beweispflicht hat sich nun umgedreht", sagt Lutterbeck: "Wer jetzt behauptet, irgendein anderes Hormon-Präparat schneide besser ab als die in den USA erprobte Kombination, muss dafür verlässliche Studien als Beweis vorlegen."

Verfasser: Klaus Koch (Medizinjournalist) kk@evibase.de

## Die Wandlung einer Hypothese

Für eine gute Präventionsmaßnahme gegen Herzinfarkte gilt: Je höher das Risiko der Zielgruppe ist, desto leichter ist die Wirksamkeit nachzuweisen. Statine etwa wirken am effektivsten bei Koronarkranken und Herzinfarktopfern, deren Gefäße schon massiv von Atherosklerose betroffen sind. Bis Ende der 90er Jahre nahmen Frauenärzte an, dass diese Regel auch für Östrogene gilt.

Als jedoch 1998 eine US-Hormon-Studie ("Hers") an herzkranken Frauen negativ ausging, modifizierten die Experten ihre Hypothese: Wenn die Gefäße einmal geschädigt sind, können Östrogene nicht mehr wirken, hieß es nun. Der Nutzen der Hormone werde sich an gesunden Frauen beweisen. Als dann im Juli 2002 die Ergebnisse der WHI-Studie an 16.000 meist gesunden Frauen, darunter 5500 im Alter zwischen 50 und 60, diese Vorhersage erneut nicht bestätigte, wurde die Hypothese wieder umformuliert.



Östrogene, so die aktuelle Version, können nur dann vorbeugend wirken, wenn Frauen ohne Risikofaktoren für eine koronare Herzkrankheit und mit intakten Gefäßen sie gleich mit Beginn der Wechseljahre nehmen und es also gar nicht erst zu einem längerem Absinken der Hormonspiegel kommt.

Doch selbst wenn diese These stimmen sollte, zeigt eine einfache Abschätzung, dass sie kaum praktische Bedeutung haben würde: Denn eben jene Frauen, die keinerlei Risikofaktoren für eine koronare Herzkrankheit haben, bekommen auch ohne Hormone selten einen Herzinfarkt.

Nach den Daten der Procam-Studie müssen von 1000 gesunden 50-jährigen Frauen innerhalb der nächsten zehn Jahre etwa zehn bis 20 Frauen mit einem Infarkt rechnen. Mit anderen Worten: Sollte die Hypothese zutreffen und Hormone die Hälfte dieser Infarkte vermeiden, müssten 1000 Frauen ein Jahrzehnt lang Hormone einnehmen, um fünf bis zehn Infarkte zu vermeiden. Andererseits müssten alle 1000 Frauen das mit einer 10-jährigen Therapie verbundene Risiko von Thromboembolien und Brustkrebs in Kauf nehmen. Schon wenige dieser schweren Nebenwirkungen würden den geringen Nutzen also zunichte machen. Die aktuelle Version der Östrogen-Hypothese mag stimmen oder nicht: Sie kann kaum als rationale Grundlage für eine langfristige Hormontherapie dienen. Bewiesen ist sie ohnehin nicht.

Einschreiben/Eigenhändig An die Ärztekammer Berlin Redaktion BERLINER ÄRZTE Flottenstraße 28-42

13407 Berlin

, den 16. September 2002

Sehr geehrte Damen und Herren,

jedes Mal, wenn ich eine Sendung oder etwas Geschriebenes über Wechseljahreshormone höre oder lese, platzt mir mit

Anlässlich einer "Quivive"-Sendung mit Frau Prof. Dr. Dören vom Klinikum Benjamin-Franklin gab es ein Gespräch über eine Studie: "Hormontherapie in den Wechseljahren", die man abgebrochen hatte. Nicht nur die Tatsache, dass dieses Hormon Brustkrebs verursacht – sogar in Verbindung mit dem Hormon Gestagen, welches dann für den Gebärmutterkrebs verantwortlich gemacht wird –, nein, auch der gute Einfluss auf Schlaganfall, Herzinfarkt und Osteoporose, entpuppte sich als totales

Sauer bin ich deshalb, weil ich ähnliche Studien schon vor acht bis neun Jahren kannte und man geht heute noch genauso rücksichtslos mit diesem Teufelszeug um wie damals. Man riskiert nach wie vor, dass Frauen an Brustkrebs erkranken. Dies halte ich für sehr bedenklich. Man hat sich nie die Mühe gemacht, nach Alternativen zu schauen, um Frauen den Wechseljahresstress zu nehmen. Im Gegenteil; nicht nur dass es Frauen krank macht, nein , man hat sie auch noch mit List und Tücke an die Praxis, sprich den Arzt, geknebelt. Man musste ja immer auf der Matte stehen, wenn man seinen nächsten "Schuss" brauchte. Schon vor achteinhalb Jahren habe ich den Zusammenhang – fünf Jahre Wechseljahreshormon, dann Brustkrebs – bei vielen Mitpatienten festgestellt. Auch ich selbst bin betroffen! Es handelt sich auch bei mir um einen östrogenabhängigen Tumor. Wenn man Ärzte auf dieses Hormon ansprach und nach einer Alternative suchte, musste man sich viele Frechheiten anhören. Das Hormon war immer das Beste. Ich habe in der Zeit zehn Mal die Frauenärzte gewechselt – Männlein wie Weiblein. Man ist voll und ganz auf sich alleine gestellt. Beratung, außer der, dass man das traumhafte Hormon schlucken oder spritzen muss, gab es nicht, weil alles andere angeblich wirkungslos sei. Auf mein Fragen nach Alternativen musste ich mir Sätze anhören, wie: "Sie müssen sich vorstellen, Sie sind eine alte Zitrone, aus der der Saft raus ist, aber wenn Sie die Hormone nehmen, dann geht es Ihnen spitzenmäßig." Mir ging es nie spitzenmäßig, ich kam mir vor, wie ein Zombie – am Anfang der Spritze Euphorie ohne Ende und bei Abklingen des Medikaments war ich nur noch ein Häufchen Unglück.

Keinen der Ärzte hat das wirklich interessiert. Mein Leidensweg sollte aber mit dieser Erfahrung nicht abgeschlossen sein. Ich durfte auch noch in den "Genuss" eines östrogenabhängigen Tumors kommen. Ich stand jedes Vierteljahr auf der Matte zur Vorsorge, aber selbst der Hinweis auf einen Knoten in meiner Brust, der immerhin schon die Größe von 1,5 cm hatte, erntete nur Überheblichkeit pur. Der damalig behandelnde Arzt hielt es für überhaupt nicht gefährlich – ich sollte erst mal abwarten. Spitze, was? Auf mein Drängen wurde dann eine Röntgenaufnahme gemacht, leider konnte der Spitzenprofessor seine eigene Aufnahme nicht lesen. Es war immer noch alles im grünen Bereich. Erst ein Arzt vom Krankenhaus, in das ich mich dann begab, hat die Röntgenaufnahme mit einem Riesenpfeil in rot versehen und an den Professor geschickt und somit auf den Tumor aufmerksam gemacht – netterweise mit einem entsprechenden Begleittext. Traurig, traurig!

Dann ging alles sehr schnell und mir fehlte ein Stück Brust. Dafür bin ich den Ärzten dankbar, die so an meinem Schicksal gebastelt haben. Vielleicht wird man ja langsam schlauer und überlegt, ob man sich nicht doch ein wenig anstrengen sollte, um über Alternativen nachzudenken. Wenn ich als Laie rausfinden kann, was auf natürliche Weise heilt, sollte das für einen

Eine Frage drängt sich mir trotzdem auf: Ist es ein so großer Markt, der der Industrie verloren geht, wenn man Hormone nicht Mit freundlichen Grüßen

# Fortbildung in der Sponsoring-Falle?

Im Sprechzimmer, so zeigt der vorab veröffentlichte Brief einer enttäuschten Berliner Patientin, wird hoher Beratungs-Impact erwartet. Patientinnen mit Wechseljahresbeschwerden wünschen sich zu Recht umfassende Aufklärung zu Therapie-Risiken und Behandlungsalternativen. Doch viele Fortbildungsveranstaltungen sind "gefärbt". Wie kommt man an gute Informationen?

Von Martina Dören

ie Frage nach der Entstehung und Diagnostik von Brustkrebs betrifft eines der heute ungelösten Kernprobleme einer Östrogentherapie im Klimakterium. Ich möchte hier bewusst den Begriff "Patientin" vermeiden, denn Frauen im Klimakterium sind entgegen mancher auf Fortbildungsveranstaltungen referierten Meinung ganz häufig gesund und möchten sich oft zunächst erst einmal – nur – informieren, ob sie etwas zur Erhaltung ihrer Gesundheit tun können. Spätestens seit der Veröffentlichung erster Ergebnisse aus der amerikanischen Women's Health Initiative (WHI) steht das ganze Konzept der Hormontherapie\* auf dem Prüfstand.

Bis heute ist es nicht möglich, eine valide Aussage hinsichtlich des persönlichen Brustkrebsrisikos zu treffen, wenn eine Entscheidung über eine Anwendung von Östrogenen/Gestagenen ansteht. Fragen nach der Sicherheit von bestimmten Dosen, bestimmten Präparaten und Therapiezeiträumen der verschiedenen in Deutschland verordnungsfähigen Östrogene und Gestagene können letztendlich nicht beantwortet werden.

#### Wer zahlt macht Meinung?

Die Akquirierung von Informationen ist ein mühsames Unterfangen, erfordert es doch die unumgängliche aktive Suche in nach entsprechenden Studienergebnissen in Datenbanken und Zeitschriften, die meist in englischer Sprache veröffentlicht sind. Das kostet Zeit und erfordert ein Mindestmaß an Erfahrung mit der Datenbanksuche. Nach meiner eigenen persönlichen Erfahrung ist mir aufgefallen, dass etliche Studienergebnisse, die in Zeitschriften mit hohem impact factor veröffentlicht werden, kaum auf Fortbildungsveranstaltungen referiert und diskutiert werden. Institutionen, wie zum Beispiel die International Agency for Research against Cancer (IARC), die auch aus deutschen Steuergeldern unterstützt wird, veröffentlicht seit Jahren entsprechende umfangreiche Berichte und darauf aufbauend Empfehlungen zur Risikobewertung von Östrogenen und Gestagenen hinsichtlich der Krebsrisiken – leider wird diese Informationsquelle viel zu selten genutzt, wenn es darum geht, den Stand der Wissenschaft darzustellen. Ein Problem sehe ich darin, dass die ganz überwiegende Anzahl von Fortbildungsveranstaltungen zu den verschiedensten Aspekten des Klimakteriums offenbar nur noch stattfinden können, wenn sich ein pharmazeutisches Unternehmen findet, das diese Veranstaltung unterstützt. Referentinnen und Referenten haben vor allem dann Chancen auf Unterstützung, wenn sie im Kern darauf abheben, dass zwar die Diagnose Brustkrebs häufiger bei einer Hormontherapie gestellt wird, Brustkrebs aber eine insgesamt häufige Erkrankung ist, deren Ursache im Einzelfall nicht eruierbar ist. Das stimmt ja, geht aber am Kern des Problems vorbei. Es wäre meines Erachtens aufgrund der Datenlage zu vermitteln, dass eine postmenopausale Hormontherapie ein Risikofaktor für Brustkrebs ist und der relative Anteil, den diese Hormontherapie bei der Entwicklung von Brustkrebs in der Postmenopause hat, geschätzt werden kann. Diese Schätzungen sind zahlreichen epidemiologischen Arbeiten zu entnehmen.

Leider sind auch entsprechende Fachzeitschriften und wissenschaftliche Programme von Fachkongressen nicht davor geschützt, manche Daten aus kontrollierten klinischen Studien und epidemiologischen Untersuchungen nicht zu präsentieren. Wenn sich kein "Sponsor" findet, kann es zum Beispiel vorkommen, dass Fragestellungen, die mit einer Hormontherapie assoziierte Probleme behandeln, keine Chance haben, den Kolleginnen und Kollegen vorgestellt zu werden. Diese Mechanismen betreffen im übrigen nicht nur das Fachgebiet Gynäkologie, sondern sind nach eigenen Erfahrungen wohl allgemein üblich. Durch die in aller Regel dünne, auf Mitgliederbeiträgen beruhende finanzielle Ausstattung wissenschaftlicher Fachgesellschaften, hat es sich leider etabliert, dass Kongresse ohne substanzielle finanzielle Unterstützung pharmazeutischer Firmen nicht mehr existieren können. Dadurch hat sich eine Situation ergeben, die suggeriert, dass Klimakterium und Postmenopause eine Pathologie darstellen, die es mittels Pharmakotherapie zu beheben gilt. \*\*

# Evidenzbasierte Leitlinien sind überfällig!

Ich wünsche mir, dass alle, die ärztliche Fortbildung organisieren, mehr als bisher darauf achten, dass evidenzbasierte Daten präsentiert werden und es ist überfällig, dass Leitlinien zur Hormontherapie nach den Vorgaben der Zentralstelle für ärztliche Qualitätssicherung erstellt werden; dies würde auch die Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Fachdisziplinen ein-

<sup>\*</sup> Nach der WHI-Studie habe ich für mich die Bezeichnung Hormontherapie an die Stelle der Hormonersatztherapie treten lassen, ich folge damit den m. E. auf diesem Gebiet führenden amerikanischen Kolleginnen und Kollegen.

<sup>\*\*</sup> s.a. Prof. Dr. med. B. Müller-Oerlinghausen, Arzneiverordnungen in der Praxis 4/2002 (Editorial)

schließen, ja erfordern. Nicht selten erleben Frauen, die eine Östrogentherapie durchführen (wollen), dass ihr/e Gynäkologin/Gynäkologe etwas anderes sagt als die Hausärztin/der Hausarzt. Leitlinien wären zumindest den Versuch wert, dies zu ändern. Ratsuchende Frauen sind heute mit zum Teil diametral entgegengesetzten Meinungen zu Nutzen und Risiken konfrontiert, wie soll die Betroffene wissen, was richtig ist? Ein auf Evidenz basierter Konsens wäre hier ein wichtiger Schritt nach vorn. Leitlinien sollten auch auf pharmakologische und nicht-pharmakologische Alternativen in der Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden eingehen.

# Alternativen noch wenig erforscht

Nicht zuletzt durch die WHI-Studie stimuliert wäre zu wünschen, dass jetzt erst recht weitere Forschung, vielleicht endlich auch mal in Deutschland durch Steuergelder gefördert, stattfindet, um Alternativen zu Östrogenen zur Verfügung zu haben, die derzeit die am besten wirkende zugelassene Pharmakotherapie zur Behandlung von vasomotorischen Beschwerden sind. Die derzeit propagierte Therapie mit "natürlichen" Substanzen wie pflanzlichen Hormonen und deren Derivaten einschließlich Soja/Isoflavonpräparaten ist sehr unbefriedigend, da es keine verlässlichen Angaben zu deren langfristigen Vorund Nachteilen gibt, weder aus kontrol-

## Unabhängige Informationsquellen

Homepage des National Institute of Health zur "postmenopausal hormone therapy" http://www.nhlbi.nih.gov/health/women/index.htm

Enthält links zur WHI-Studie, anderen größeren Studien mit Zugang zu Originalarbeiten in pdf-Format, Medline Plus, Empfehlungen von amerikanischen Fachgesellschaften u.v.a. mehr.

International Agency for Research against Cancer (IARC): http://www.iarc.fr/

Monographie Band 72: Hormonal Contraception and Post-menopausal Hormonal Therapy, 1999. ISBN 92 832 1272 X

http://193.51.164.11/htdocs/announcements/vol72.htm

U. S. Preventive Services Task Force:

http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/hrt/hrtwh.htm

Aktualisierte Empfehlung aus dem Jahr 2002 zu Indikationen einer Hormontherapie.

National Heart, Lung, and Blood Institute. Office of Research on Women's Health, National Institute of Health and Giovanni Lorenzini Medical Science Foundation. International Position Paper on Women's Health and Menopause: a comprehensive approach, 2002

http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/other/menopaus/menopaus.pdf

In etlichen Einzelkapiteln ist eine breite Palette von gesundheitsrelevanten Aspekten für Frauen in der Lebensmitte aufgearbeitet, summarische Zusammenfassungen zu Epidemiologie, Risikofaktoren, pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Optionen.

Empfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: stehen spätestens Ende 2003 zur Veröffentlichung an (www.akdae.de)

Alternativen zu Östrogenen / Wechseljahrsbeschwerden National Center for Complimentary and Alternative Medicine (USA) http://nccam.nih.gov/health/alerts/menopause/

Wechseljahre – was Frauen wissen sollten. Hrsg.: Verbraucherzentrale Nordrhein-Westphalen e.V., Düsseldorf, 2003, 7,80 €, ISBN 3-933705-24-x

Informationen für Frauen zu verschiedenen Aspekten der Wechseljahre, u. a. gesunder Lebensstil/Ernährung.

lierten klinischen Studien noch aus Beobachtungsstudien. Dies gilt auch für Krebsrisiken.

Zahlreiche Substanzen wie zum Beispiel Bellergal, Ginseng, Angelica sinensis (chinesischer Engelwurz), Nachtkerzenöl und chinesische Heilkräuter werden ebenfalls zuweilen als Alternativen angesehen. Die bisherigen Ergebnisse klinischer Studien ergaben - sofern vorhanden - keine Hinweise, dass mit einer dieser Substanzen vasomotorische Symptome vermindert werden können oder andere Befindlichkeitsveränderungen in den Wechseljahren sich verbessern. Am besten scheint noch Cimicifuga racemosa (Traubensilberkerze) zu wirken, hier gibt es zumindest einige wenige Angaben aus mehrmonatigen, zum Teil kontrollierten Studien über die Wirksamkeit dieses Extrakts gegen Hitzewallungen.

# Beratung von Frauen optimieren

Ob die von der Berliner Mitbürgerin geschilderte Beratungssituation (s. Seite 17) ein Einzelfall ist, vermag ich nicht zu beurteilen.

Wie sollte heute eine Beratung aussehen? Eine Beratung zu den Behandlungsvorzügen einer Östrogentherapie - vasomotorische Beschwerden, genitale Atrophisierung – muss einhergehen mit der Darstellung aller heute dokumentierten Risiken und auch der nicht wenigen Unbekannten dieser Therapie. Diese Liste ist heute länger als die der Vorteile. Eine aktive Miteinbeziehung der Frau in die Entscheidungsfindung ist unumgänglich; Frauen können meines Erachtens am besten selbst entscheiden, welche Notwendigkeit der Abhilfe zum Beispiel bei Auftreten von Hitzewallungen und/oder Trockenheit

der Schleimhäute im Genitalbereich sie selbst sehen. Auch die Länge der symptomorientierten Therapie (keine Langzeittherapie mit Ende "offen") und Auslassversuche (ruhig schon im ersten Behandlungsjahr vorschlagen) sollte meines Erachtens proaktiv seitens der beratenden Kolleginnen und Kollegen gemeinsam mit der ratsuchenden Frau besprochen werden.

#### Anschrift der Verfasserin:

Univ.-Prof. Dr. med. Martina Dören Freie Universität Berlin Klinisches Forschungszentrum Frauengesundheit Klingsorstr. 109a, 12203 Berlin E-Mail: Martina.Doeren@medizin.fu-berlin.de

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

# Zwei Universitäten – eine Fakultät

Wie die Hochschulmedizin in Berlin neu geordnet werden soll

Vielleicht wird Berlin jetzt Vorreiter einer wahrhaft revolutionären Idee: Zwei Universitäten beenden ihren Konkurrenzkampf miteinander und verbinden sich in der Leitung einer gemeinsamen Fakultät. Das ist der Vorschlag der Expertenkommission um Prof. Dr. Winfried Benz, die im Oktober 2002 ihre Ergebnisse vorstellte. Weil es so etwas bisher noch nicht gegeben hat, melden sich natürlich die Bedenkenträger.

Von Uwe Schlicht

Es gab einmal eine Stadt, die hieß Schilda. In Schilda bauten die Bürger ein Rathaus ohne Fenster und als sie bemerkten, dass es in dem Rathaus an Licht fehlte, um zu den richtigen Erkenntnissen zu kommen, trugen sie den Sonnenschein in Säcken in das hohe Haus. In das Berliner Rathaus muss das Licht nicht in Säcken getragen werden, weil es genug Fenster besitzt.

Wohl aber muss die richtige Erkenntnis in das Rote Rathaus getragen werden. Denn dass die Hochschulmedizin 98 Millionen Euro einsparen soll, konnte der Regierende Bürgermeister Klaus Wowereit zwar vorgeben – aber wie das geschehen sollte, dazu fiel ihm nichts anderes ein, außer der Idee, das Klinikum Benjamin Franklin der Freien Universität zu schließen, weil es zufällig

einen Staatszuschuss von 98 Millionen Euro für Forschung und Lehre erhält. Es reichte zu keiner weiteren lichtvollen Erkenntnis. Diese konnte erst eine Expertenkommission liefern, die dem Regierenden Bürgermeister nach zähem Widerstand aufgedrückt worden war. Das mit hochrangigen Medizinern besetzte Gremium unter Vorsitz des ehemaligen Generalsekretärs des Wissenschaftsrats, Winfried Benz, ließ sich von zwei Grundgedanken leiten. Erstens: Keine der beiden großen Universitäten in Berlin soll die Medizin verlieren, weil die Medizin das Profil sowohl der Humboldt-Universität als auch der Freien Universität bestimmt. Zweitens: Vor allem die Forschung soll den Maßstab für eine Neuordnung der Medizin setzen. Da die Forschung an den beiden Standorten Mitte der Charité und am Klinikum Benjamin Franklin der Freien Universität herausragend ist, gab die Benz-Kommission diesen beiden Standorten Priorität – zum Nachteil des dritten Standortes, des Klinikums Rudolf Virchow der Charité in Wedding.

#### Zum weiterlesen...

Gutachten der Benz-Kommission (Experten):

#### www.scienc.berlin.de unter Stichwort aktuell

Empfehlung des Wissenschaftsrates:

#### www.wissenschaftsrat.de unter Stichwort Veröffentlichungen 2003

CapGemini-Gutachten über Pressestelle der Charité www.charite.de

In Mitte und in Steglitz ist die Verbindung zu den Naturwissenschaften und der Biomedizin am weitesten vorangeschritten. Dagegen fällt die Forschung in der Transplantationsmedizin, wie sie im Wedding betrieben wird, in der Wertung der Benz-Kommission zurück.

Die Folge: Die Experten halten eine Schlie-**Bung des Klinikums Rudolf Virchow** langfristig für möglich, zumal in der Berliner Hochschulmedizin, nicht nur auf Drängen der Krankenkassen, sondern auch nach Überzeugung der Benz-Kommission 1271 Betten eingespart werden sollen. Das fordert natürlich den Widerstand der Betroffenen heraus. Was bedeutet das langfristig? Schließlich soll die Neuordnung der Hochschulmedizin eigentlich im Jahre 2010 stehen. Kann es dann noch drei Klinikumsstandorte geben oder nur noch zwei? Die Experten werden das nicht entscheiden. Bei dieser Schicksalsfrage werden die neuen Gremien der gemeinsamen Fakultät und die Politiker im Roten Rathaus das letzte Wort sprechen.

## Eine selbstständige Medizinische Hochschule als Alternative

... zur Fusion der beiden Fakultäten will keine Universität. Der Präsident der Humboldt-Universität, Jürgen Mlynek, hat bei seinen Besuchen in asiatischen, amerikanischen und englischen Universitäten die Erfahrung gemacht, dass die nächsten 10 bis 20 Jahre "im Zeichen der Lebenswissenschaften stehen werden". Damit komme der Medizin in Verbindung mit den Naturwissenschaften, der Bioinformatik, der Ethik und der angewandten Mathematik eine entscheidende Bedeutung zu. "Deswegen muss die Medizin unbedingt im Universitätsverbund bleiben." Winfried Benz sagt: "Der Auszug der Medizin aus den Universitäten ist nicht zu verantworten. Die Medizin ist im Universitätsverbund wichtig."

Der Präsident der Freien Universität, Peter Gaehtgens, sieht es ähnlich: "Auf eine selbstständige Medizinische Hochschule hätten die Universitätspräsidenten zu wenig Einfluss. Wir wollen die medizinische Fakultät aber nicht nur protokollarisch leiten." Leider hatte der Medizinausschuss des Wissenschaftsrates genau das empfohlen, was die Universitätspräsidenten in Berlin auf keinen Fall wollten, nämlich die Herauslösung der Hochschulmedizin aus den Universitäten und die Gründung einer eigenständigen medizinischen Hochschule. Aber dieses Votum wurde im Plenum des Wissenschaftsrats nach heftigen Kämpfen im letzten Augenblick gekippt. Der Wissenschaftsrat steht zu dem Vorschlag, dass beide Universitäten gemeinsam die Fusion der Hochschulmedizin betreiben und sie dadurch behalten.

#### Modell für andere Fächer

Ist die Fusion der beiden medizinischen Fakultäten für die Berliner Politiker eine Versuchung, auch in anderen Fachrichtungen ähnlich zu verfahren? Der hochschulpolitische Sprecher der SPD-Fraktion, Bert Flemming, meint, Fusionen könnten nur mit Zustimmung der Beteiligten gelingen. Deswegen müsste die Initiative dazu aus den Hochschulen kommen. Die Vorsitzende des Wissenschaftsausschusses, Annette Fugmann-Heesing, ergänzt, ob sich dieses Modell auf andere Fächer übertragen lasse, hänge vom Volumen der Einsparauflagen und der Haltung der beteiligten Hochschulen ab.

Trotz dieser schwammigen Aussagen wird hinter den Kulissen schon eifrig an einer Generalermächtigung für Fusionen gebastelt. Bert Flemming, der verantwortliche Sprecher für die Hochschulpolitik der SPD Fraktion, hat einen Entwurf für die Änderung des Berliner Hochschulgesetzes konzipiert, in dem die Fusion zweier Fakultäten von zwei verschiedenen Universitäten nicht zur Lex specialis, sondern zur Generalermächtigung für andere Fächer wird. Dort heißt es: "Die Universitäten und Hoch-

schulen können zur gemeinsamen Erfüllung von Aufgaben von Fakultäten gemeinsame Gliedkörperschaften bilden." Diese Generalermächtigung könnte die Vorbereitung für jene extremen Sparideen bilden, die Finanzsenator Thilo Sarrazin mit einer neuen Summe von 200 Millionen Euro für die Hochschulen konzipiert. Bei einem solchen Betrag, der dem Etat einer ganzen Universität (ohne die Medizin) entspricht, würden Fusionen der letzte Ausweg, um Fakultäten nicht ganz untergehen zu lassen. Genau das wollen die Berliner Universitätspräsidenten verhindern.

## Neugliederung nur auf Zeit?

Dreimal ist bisher die Hochschulmedizin im wiedervereinigten Berlin verändert worden: 1993 musste die Freie Universität die Zahnklinik Nord an die

Humboldt-Universität abgeben. 1995 verlor die Freie Universität das damals modernste Hochschulklinikum Europas, das Rudolf Virchow-Krankenhaus, an die Humboldt-Universität. In diesem Jahr soll durch zwei Gesetze die neue Struktur in Etappen Wirklichkeit werden – zum ersten Juni dieses Jahres und zum ersten Januar 2004. Dann folgt nach fünf Jahren eine Evaluation. Dabei wird nach den Vorstellungen des Wissenschaftsrates geprüft, ob sich die neue Struktur bewährt hat.

Gegen diese erneute Evaluation hat die Freie Universität schwerste Bedenken. Eine solche Evaluation böte der Hochschulmedizin nicht die Organisationsruhe, die sie nach Jahren der Neuordnung nun wirklich braucht. Sie könnte auch dazu führen, dass im Jahre 2009 wieder die Idee einer selbstständigen Medizinischen Hochschule aus dem Sack gezaubert würde oder dass am Ende die Entscheidung über die Zuordnung der Hochschulmedizin zu nur einer Universität herauskommen würde - und das wäre dann die Humboldt-Universität. Wenn eine Evaluation für notwendig gehalten wird, dann dürfe sie nichts an den grundsätzlichen organisatorischen Weichenstellungen ändern, sondern nur zu einer Verbesserung in Details führen. Andernfalls könnten die Gegner der geplanten Neuordnung alles daran setzen, dass die geplante gemeinsame Fakultät und das gemeinsame Klinikum scheitern. Das befürchten Peter Gaehtgens und Medizindekan Martin Paul. Die FU wünscht also einen Aufbruch zu neuen Ufern ohne Rückfahrkarte.

#### Die neuen Gremien

Da es die Absicht des Wissenschaftsrates ist, dass die Hochschulmedizin im Verbund der beiden Universitäten bleibt und nicht in der Form einer Medizinischen Hochschule selbstständig wird, beanspruchen die Präsidenten der Freien Universität und der Humboldt-Universität in den künftigen Entscheidungs- und Koordinierungsgremien der Hochschulmedizin Sitz und Stimme.

Das gilt sowohl für die gemeinsame Senatskommission zwischen den Universitäten als auch für den Aufsichtsrat oder das Kuratorium, je nachdem für welche Konzeption sich der Gesetzgeber in Berlin entscheiden sollte.

Mit der Rolle eines bloßen Beraters wollen sich die Universitätspräsidenten in diesen Gremien nicht zufrieden geben, wenn es um so entscheidende Fragen wie die Entwicklungsplanung oder die Verbindung der Medizin zu den Naturwissenschaften und den Geisteswissenschaften geht. Außerdem wollen sich die Universitätspräsidenten nicht ihre Mitwirkung bei der Berufung neuer Medizinprofessoren nehmen lassen.

Trotz all dieser Bedenken haben sich FU-Präsident Peter Gaehtgens und der Präsident der Humboldt-Universität, Jürgen Mlynek, dazu durchgerungen, die Fusion der beiden medizinischen Fakultäten und der drei Universitätsklinika zu unterstützen. Gaehtgens stellt auch die Bedenken zurück, dass die FU-Mediziner vom Klinikum Benjamin Franklin in den Gremien von den Kollegen der Charité überstimmt werden könnten. Inzwischen verhandeln

die Mediziner der beiden Fakultäten und Universitätsklinika "auf gleicher Augenhöhe" über die Umsetzung der Empfehlungen der Benz-Kommission und des Wissenschaftsrats. Das aus dem Munde des FU-Dekans Martin Paul zu hören, stimmt optimistisch. Der ärztliche Direktor der Charité, Manfred Dietel, ergänzt: "Mediziner sind eben Pragmatiker".

### Das Finanzproblem

Die Charité hat die betriebswirtschaftlichen Folgekosten einer Klinikums- und Fakultätsfusion berechnen lassen. Die Unternehmensberatung CapGemini -Ernst & Young schätzt allein die Ausfälle durch die Reduzierung von 1271 Klinikumsbetten auf 15 Millionen bis 2,2 Milliarden Euro. Das ist eine so riesige Spannweite, dass der Vorsitzende der Expertenkommission, Winfried Benz, die Seriosität dieser Berechnung in Zweifel zieht: "Die Charité stützt sich auf ein Gutachten, das eher eine Auftragsarbeit als eine objektive Wirtschaftsprüfung ist. Das ist kein ernsthaftes Papier. Man kann der Politik nur empfehlen, unabhängige Gutachter zu holen." Diesem Ratschlag sind die Politiker inzwischen gefolgt und werden bis zum Sommer eine eigenständige Kostenberechnung vorlegen.

Denn wenn die Einsparvorgabe von 98 Millionen Euro dauerhaft erbracht werden soll, dann können nicht beliebige Mehrkosten dafür in Kauf genommen werden. Einmalig anfallende Umzugs- und Umbaukosten, selbst wenn sie an 200 Millionen Euro heranreichen würden, rechnen sich durch die dauerhafte Einsparung beim Staatszuschuss nach wenigen Jahren; nicht aber Milliarden-Aufwendungen. Wenn es wirklich um Milliardenverluste gehen würde, wäre die Einsparvorgabe von 98 Millionen Euro ein Schildbürgerstreich.

Ebenso zweifelt Winfried Benz die Höhe der Umzugs- und Umbaukosten an, die von der Unternehmensberatung CapGemini – Ernst & Young mit 300 bis 500 Millionen Euro beziffert werden. Er komme überhaupt nicht auf die Zahl von 40 bis 50 Instituts- und Klinikverlagerungen und damit auf die geschätzten Millionensummen, die dieser Berechnung zugrunde gelegt werden, betont Winfried Benz. Die Charité verteidigt sich gegen diese Kritik mit dem Argument, es handle sich um eine "Worst-case-Berechnung".

# Bleibt der Streit um den Namen

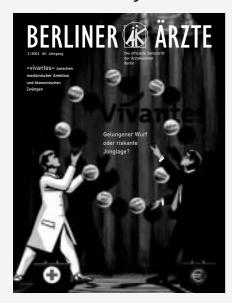
HU-Präsident Jürgen Mlynek vertritt den Standpunkt: "Wenn schon eine Fakultät und ein Klinikum gebildet werden müssen, dann soll diese Konzentration der Berliner Universitätsmedizin den Namen Charité tragen." Auch Wissenschaftssenator Thomas Flierl sagt: "Die neue Einrichtung sollte den Namen Charité - Hochschulmedizin in Berlin" erhalten. FU-Präsident Peter Gaehtgens wünscht es komplizierter, denn der Name Charité allein würde "die Identifikation beider Universitäten mit der neuen Medizinstruktur nicht fördern". Er schlägt als Namen ein bürokratisches Ungetüm vor: "Gemeinsame Medizinische Fakultät von Freier Universität und Humboldt-Universität". Und im Untertitel soll es dann lauten "Campus Virchow", "Campus Charité-Mitte", "Campus Benjamin Franklin".

Da kann man nur dem ehemaligen Wissenschaftssenator Manfred Erhardt beipflichten, die Freie Universität sollte über ihren Schatten springen und sich zu dem weltberühmten Namen Charité bekennen. Der Name Benjamin Franklin wurde in einer Zeit geboren, als der Standtort des FU-Klinikums Steglitz schon einmal gefährdet erschien und er mit dem Namen des prominenten Amerikaners gewissermaßen zum Schutz für die weitere Existenz der FU-Medizin versehen wurde. Diese Protektion durch einen Namen braucht die FU jetzt nicht mehr. Ihre Forschungsleistungen bieten heute den besten Schutz.

Uwe Schlicht Wissenschaftsjournalist

# Leserbriefe

VIVANTES-Innenansichten einer Konsolidierung BERLINER ÄRZTE 2/2003



# Alleingelassene ÄiP kein Einzelfall

n dem Artikel "Vivantes - Innenansichten einer Konsolidierung" berichtet eine Internistin von einem Nachtdienst, in dem sie allein mit zwei ÄiP die Station, Intensivstation und Rettungsstelle versorgen musste. Im Vivantes-Klinikum Prenzlauer Berg versorgt in jeder Nacht ein einzelner AiP bereits nach sechs Wochen Berufserfahrung 88 akut-internistische plus 40 dermatologische Betten und die gesamte internistische Rettungsstelle. Dabei kann er sich mit einem approbierten Arzt beraten, der auf der Intensivstation selber fest eingebunden ist. Die Bezahlung erfolgt als D-Dienst, d.h. wie bei maximal 50 % Arbeitsauslastung. Wir ÄiP forderten den ärztlichen Direktor mehrfach schriftlich zu einer angemessenen Bezahlung auf und erhielten nach einem halben Jahr das Zugeständnis, den Dienst nun um 15:30 statt 7:30 zu beginnen, woraufhin weniger Ärzte im Tagdienst sind und deren Überstunden weiter angestiegen sind. Die Überstunden und die bisher unterbezahlten Nachtdienste können wegen des Sparkurses nicht bezahlt

werden, sondern wir sollen sie mit Freizeit ausgleichen. Dadurch sinkt die Personaldichte am Tag weiter, und die Überstunden nehmen zu, woraus sich zwangsläufig eine Spirale ergibt.

Wir wurden aufgefordert, die Arbeitsabläufe zu optimieren und vorhandene Ressourcen zu nutzen. In meinen fünf Nachtdiensten pro Monat suche ich regelmäßig nach Ressourcen, kann aber keine finden. Im vergangenen Monat war meine Station nur an vier Tagen mit einem Arzt jenseits des AiP besetzt. Statt mit Geld oder Freizeit belohnt uns Herr Schäfer mit aufbauenden Worten und der Gewissheit, dass wir mit Geduld und hochgekrempelten Ärmeln am Aufbau eines großen Unternehmens mitarbeiten dürfen - und nach der AiP-Zeit nicht übernommen werden können. Der Vorschlag unserer Vivantes-Personalreferentin, das "Zusammenspiel zwischen Ärzten und Schwestern" zu verbessern, kann bei einer gewollten Entlastung der Ärzte nur eine zunehmende Belastung der Schwestern bedeuten, denn die Arbeit erledigt sich nicht von selbst durch das Hin- und Herschieben zwischen den Berufsgruppen. Nicht auszudenken, wie es ab April ohne unsere engagierten PJ'ler werden soll, die wegfallen, nachdem uns der Lehrkrankenhaus-Status aberkannt wurde. Wir wurden gebeten, mehr Verständnis für "unser eigenes Unternehmen" zu zeigen. Doch wie soll ich mich mit einem Unternehmen identifizieren, das froh ist über jeden Mitarbeiter, der kündigt? Welchen Reiz bietet Vivantes, wenn bereits im Bewerbungsgespräch eine Übernahme nach der AiP-Zeit ausgeschlossen wird und wenn keine Zeit für Ausbildung in der Sonographie oder Endoskopie bleibt? Wieso wird in der Silvesternacht bei Polizisten, Feuerwehrleuten und Busfahrern das Personal aufgestockt, nur bei uns Ärzten nicht? Statt dessen spart Vivantes billige Schreibkräfte ein, so dass die teuren Ärzte diese Arbeit auch noch erledigen und aus ihrer Patientenverantwortung und Berufsleidenschaft heraus einfach länger auf Station bleiben, ohne dadurch mehr Geld zu kosten - billiger Trick.

Mit meinem Chef bin ich mehr als zufrieden, auch wenn er meine Überstundenzettel nicht unterschreibt. Doch er steht ebenfalls auf dünnem Eis, da Vivantes die Bezeichnung "Direktor eines Profitzentrums" dem ehemaligen "Chefarzt" vorzuziehen scheint, was in meinen Augen eine Degradierung ist, die ihm die Hände bindet. Mittlerweile wollen weniger als 50 % der Studienabgänger Krankenhausärzte werden; Vivantes täte gut daran, den Abschied vom unbegrenzten Ärztenachwuchs nicht zu verpassen. In Zukunft werden die Kliniken nicht nur den Konkurrenzkampf um Patienten fechten müssen, sondern auch um gute Mitarbeiter. Herr Schäfer scheint zu übersehen, dass die **Oualifikation und Motivation seiner** "Leistungsträger" nicht allein durch endlose Durchhalteparolen erhalten bleiben, sondern allein von der Attraktivität der aktuellen Arbeitsbedingungen abhängen. Auch wenn die Statistik anders lautet, so leidet nach meinem Eindruck die Qualität der Patientenversorgung unter der ärztlichen und pflegerischen Überlastung. Ich kenne nicht viele Kollegen, die dieses Thema offen ansprechen, da wir wahrscheinlich nur ungern zugeben, unter Druck Fehler zu machen. Wann werden wir Ärzte uns endlich effektiv dagegen wehren, uns bei diesem ethisch-moralischen Spagat zerreißen zu lassen?

Von der Redaktion anonymisiert

# Ärzte sind keine Metaller

Nein, Ärzte sind keine Metaller. Sie sind aus Metall! Haben sich, oft Kinder des Bürgertums, wo "Streik" ein Unwort war, unter Verzicht auf Spielerei zum Spitzenabitur gekämpft, im Studium Stahlhärte gezeigt, Dr.-Arbeit gemacht, Servilität eingeübt, und im PJ und AIP die Fähigkeit zur Selbstausbeutung auf die Spitze getrieben. Und nun brauchen wir uns nicht wundern, dass diese in 10 Jahren Lustqual Selektierten nicht nach Proletenart um korrekte Überstundenbezahlung und Arzt-Patienten-würdige Arbeitsbedingungen kämpfen.

So kommt es, dass der Marburger Bund in 25 Jahren, die seit meinem Studien-

ende vergangen sind, nicht nur nichts erreicht hat, sondern die Verschlechterung der Bedingungen nur ratlos begleiten kann, nicht fähig, die Verkommerzialisierung/Amerikanisierung (s. die neuen engl. Vokabeln) des Arztseins zu verhindern. Dieselbe Geisteshaltung generiert die Hilflosigkeit der Niedergelassenen Fachärzte, die sich langsam, nur wenig blökend, in den Schlachthof führen lassen: Es liegt allein an unserem mutlosen, überintellektuellen, leicht bestechlichen Charakter, dem ein kleines Lob schon alles ist. Das wird von den Nadelstreifen natürlich ausgenutzt: Ärzte sind keine Metaller. Wir sind vornehm. Wir besetzen keine Rheinbrücken.

Mich plagt das schlechte Gewissen, meinen Sohn ins Medizinstudium empfohlen zu haben. Ich bitte Dich um Verzeihung. Ich hatte es gut gemeint.

Von der Redaktion anonymisiert

# Noch zu positiv

Eigentlich haben Sie in Ihrem Artikel über Vivantes viele wichtige Themen kritisch aufgegriffen, dennoch empfinde ich ihn aus Beschäftigtensicht als viel zu positiv.

Das liegt zum Teil daran, dass mir manche Fakten fehlen: In der Darstellung der Bau- und Organisationsentwicklung in Neukölln erwähnen Sie z.B. nur die positiven Entwicklungen, nicht aber den trotz Bettenmangels vorgesehenen weiteren Bettenabbau.

Noch mehr liegt es aber daran, dass ich das Hauptproblem von Vivantes nicht in der Schärfe wiedererkenne, wie es sich für mich darstellt: Es gibt auf der einen Seite eine stetig wachsende Zentrale mit Budget- und Controlling- Managern, Direktoren und Koordinatoren, die ein Schöne-Neue-Welt-Vivantes entwerfen, und es gibt auf der anderen Seite die Realität auf den Stationen und in den Funktionsbereichen, die von dieser Zentrale entweder wirklich nicht wahrgenommen oder absichtlich ignoriert wird. Hier drei Beispiele zur Illustration:

1. In Gesprächen mit den Chefärzten (jetzt "Klinikdirektoren") im vergangenen Jahr wurden Budgetkürzungen in den Abteilungen angeordnet, die bis Ende 2003 umgesetzt werden müssen. In der Konsequenz heißt das, dass in den Abteilungen weitere ärztliche Stellen abgebaut werden müssen, obwohl im ärztlichen Bereich schon seit langem jenseits der Belastungsgrenze mit Unmassen unbezahlter Überstunden gearbeitet wird. Gleichzeitig wird den Chefärzten die Verantwortung für das verordnete Budget zugeschoben im Sinne einer als Fortschritt deklarierten "Budgetverantwortung, in deren Rahmen die Klinikdirektoren Geld zur Verfügung haben, mit dem sie frei wirtschaften können und das in der Klinik ausgeschüttet werden kann, wenn die Kosten unter dem Budget liegen". Eine nachgerade absurde Verdrehung angesichts einer im Alltag nicht mehr zu kompensierenden Geld- und Stellenverknappung.

- 2. In unserer Rettungsstelle herrscht Hochbetrieb. Die personelle Besetzung und die Betten reichen nicht aus, Patienten werden in Überbetten und Flurbetten (!) und als "Fremdbelegung" in fachfremde Abteilungen gelegt. Dennoch werden weitere Betten abgebaut. Die Konsequenz ist, dass Betten mit Notfallpatienten belegt und überbelegt werden und die regulär geplanten Aufnahmen verschoben werden müssen. Die entstehenden Wartelisten können gar nicht abgearbeitet werden, weil immer wieder neue Notfallpatienten nachkommen. Die Liegezeiten werden schon durch diesen Druck auf die Betten so weit wie möglich verkürzt, der "Patientendurchlauf" über die personelle Belastungsgrenze hinaus gesteigert. In der Sprache der Zentrale klingt das ganz anders: Die Rettungsstellen sollen zu "Profitcentern" werden. Der überwiegende Anteil der Patienten sei ohnehin "Pflaster- und Aspirinpatienten". Der Patient als "Kunde und Arbeitgeber" könne gern versorgt werden, es müsse sich aber schon rechnen. Die Verkürzung der Liegedauer auf 5,1 Tage sei gut machbar, ihr werde dann die Leistungssteigerung und damit der Budgetzuwachs folgen. Wo liegt also das Problem?
- 3. Neben der Patientenversorgung leiden Ausbildung und Weiterbildung unter der Stellenknappheit. Alle versuchen mehr schlecht als recht ihre Stationen und Funktionsbereiche zu versorgen und den Betrieb irgendwie am Laufen zu halten. In den operativ arbeitenden Fächern wird sich diese Situation noch verschärfen durch die bei Vivantes geplante Umorganisation des Operationsbereiches: Die Abteilungen sollen in Zukunft für ihre Operationen "Zeiten kaufen". Diese Zeit wird dann verrechnet mit Stellen, denn beides geht gleichermaßen über das begrenzte Budget.

Wer wird dann noch geduldig einen Anfänger anleiten?

Bei der Geschäftsführung klingt das ganz anders: Geplant sind "Karriereplanung", "Rotating" im ärztlichen Bereich, "Verbesserung der Ausbildung" und "Beteiligung am erwirtschafteten Budget". Also: rosige Aussichten?

Übrigens haben wir uns ärztlicherseits in Neukölln wie auch in den anderen Kliniken in den vergangenen Monaten sehr bemüht, diese von uns so empfundene Ignoranz aufzubrechen und der Geschäftsführung die Realität schriftlich wie mündlich nahezubringen. Auf drei Briefe der Neuköllner Ärzte/innen an die Geschäftsführung haben wir keinerlei Antwort erhalten, nicht einmal eine Empfangsbestätigung. Jetzt ist wieder ein Brief unterwegs. Wie lange wird man die Kollegen/innen zu dieser Art von Kommunikationsversuch motivieren können?

Dr. med. Cora Jacoby 10999 Berlin

# Textbaustein-Medizin

🗕 ntlassung eines 14-jährigen Jungen aus der Vivantes-Klinik Friedrichshain in meine Praxis nach Tonsillektomie schon am 4. postop.-Tag. Früher waren es 7 Tage wegen der Nachblutungsgefahr und des Leidens der Operierten. Das ist jetzt wegrationalisiert? Textbaustein des Vivantes-Arztbriefes: "Entlassung bei ... subjektivem Wohlbefinden." Textbausteine .... Dem Jungen geht es schlecht, er hat Schmerzen. Wir bekommen jetzt die Stopuhr-Textbaustein-Medizin. Was geschähe mit der Assistenzärztin, wenn sie schriebe "Dem Jungen geht es schlecht, aber ich hatte Anweisung, aus Rentabilitätsgründen sein Bett für den nächsten "Fall' zu räumen?"

Es war heute der 3. Patient aus verschiedenen Kliniken, die m.E. zu früh entlassen wurden. Wenn die "Chefärzte" unter der Regie der "Nadelstreifen" zu "Direktoren" mutieren, könnte es passieren, dass sie sich kaum noch als Ärzte fühlen. Sie sollten dann den Kittel ablegen.

Von der Redaktion anonymisiert

# Der Mensch bleibt auf der Strecke

Das Alte und Vergangene muss wohl stets überholt und erneuert werden: Das "Erbe", die Baulichkeiten, Strukturen und Arbeitsabläufe – ganz recht, aber nur im Sinne von Herrn Schäfer und Gleichgesinnten, die wohl nur in Privatkliniken gehen würden und keine alte Oma haben.

Ich bin leider inzwischen ein ärztliches Auslaufmodell, aber immer noch ein verständiger Mensch geblieben. Mein verstorbener Ehemann lag u.a. in einer Vivantes-Klinik. Den Wind des Neuen habe ich hart verspürt. Leider habe ich es nur zu einer Chefarzt-Beschwerde gebracht. Die Einzelheiten dafür möchte ich hier nicht aufführen, aber meine Erkenntnis. Der Mensch mit seiner Pein bleibt auf der Strecke. Nur wer noch selbst kann: essen, trinken, Ausscheidungen kontrollieren, Aufpassen auf's Essen u.ä. wird demnächst trotz DRGs mit heiler "Seele" herauskommen. Catering – fast sinnvoll, wenn auch mal ein Süppchen nebenbei drin wäre.

Warum nur Ökonomie, Herr Schäfer? Sie werden bald schwarze Zahlen schreiben und sie protzig erfolgreich in die Öffentlichkeit schleudern. Und immer mehr Personalabbau ist die Devise. Vielleicht bringt bald jeder seins mit, damit man sicher gehen kann.

Von der Redaktion anonymisiert

Der Inhalt der Leserbriefe gibt die Ansicht der Autoren wider, die mit der Auffassung der Redaktion nicht notwendigerweise übereinstimmt. Auf Wunsch einiger Autoren haben wir zu ihrem Schutz ausnahmsweise eine Anonymisierung vorgenommen. (Die Redaktion)

# Aufschrei einer Hausärztin

#### Zur Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten

m Rahmen der Diskussion um höhere Effizienz im Gesundheitswesen und bessere Ressourcenausschöpfung ohne Qualitätsverlust möchte ich einmal einen kleinen Ausschnitt beleuchten, der uns Allgemeinärzte und Praktische Ärzte häufig betrifft. Nehmen wir die Parole "Think global, act local" einmal als Leitgedanken, wird gleich klar, dass die vielberufene "Effizienzsteigerung" aus der Beseitigung einer Vielzahl kleiner Arbeitsbremsen bestehen müsste.

Die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Facharzt sollte eigentlich neben allgemeinen Aspekten der Höflichkeit und des Respekts durch einen ausreichenden Informationsfluss gekennzeichnet sein. In der Realität sieht es hingegen häufig so aus, dass der Facharzt die Informationen, die der Hausarzt per Überweisung liefert, gar nicht zur Kenntnis nimmt, da es Praxispolitik ist, den Patienten grundsätzlich als "eigenen Fall" zu betrachten. Auch wenn dem so ist, würde es das weitere Vorgehen doch wesentlich erleichtern, wenn im Gegenzug die mitgelieferten Informationen denn wenigstens wahrgenommen würden.

Weiterhin ist es nach meiner Erfahrung leider auch üblich, dass der Facharztkollege dem Hausarzt weder die Resultate der fachärztlichen Untersuchung noch die Diagnosefindung mitteilt und wenn, dann offenbar nur auf spezielle Aufforderung. Geht es aber um die Verordnung eines eventuell höherpreisigen Medikamentes, wird dagegen gern eine Therapieempfehlung mitgegeben (auch bei "Mitbehandlung" auf Überweisung, versteht sich).

Im Grunde ist weder bei den Erwartungen des Patienten, noch bei denen von Kollegen – zum Beispiel aus dem Krankenhaus – die Rolle des Hausarztes durch die offiziell erwünschte Lotsenfunktion anders geworden. Eigentlich soll er ja für jedwede medizinische Information eines Patienten, aus welchen Gründen sie auch

immer, mitunter auch nach Jahren, nötig wird, auskunftsfähig sein. Vielleicht sollen sich widerstrebende Fachärzte diese Aufgabenstellung einmal klar machen. In Großbritannien gibt es zu diesem Zweck zum Beispiel die lebenslang weitergereichte Akte, (die ich hiermit gar nicht propagieren möchte).

Zu einer vernünftigen Zusammenarbeit gehört meines Erachtens auch die Erreichbarkeit, die Bereitschaft, auch einmal eine telefonische Auskunft zu erteilen sowie die Möglichkeit, einen besonders dringlichen Termin auch schnell zu vergeben. Es kann nicht angehen, dass ich für eine Auskunft – zum Beispiel vom Kardiologen – acht Mal in dessen Praxis anrufen muss.

Ein vernünftiger Informationsfluss bessert auch die Übersicht über Medikation und Interaktion, sowie über stattgehabte Untersuchungen und vermeidet von Patienten mitunter ja auch angestrebte Doppel- und Dreifachuntersuchungen desselben Krankheitsbildes.

Ein weiterer Punkt des Ärgernisses ist das Thema Hausbesuche, zu denen wir alle verpflichtet sind. Selbstverständlich liegt die Hauptlast dieser Besuche, seien sie akut oder planbar, beim betreuenden Hausarzt. Aber während der Verteilungskampf zwischen den Fachgruppen heftig tobt und oft mit Kompetenzargumenten gefochten wird, ist es am Krankenbett des Hausbesuchspatienten in dieser Hinsicht mäuschenstill. Plötzlich genügt die Kompetenz des Praktikers in orthopädischer, dermatologischer, neurologischer

#### Kennen Sie das Problem?

Wir möchten die kollegiale Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten gern einmal zur Diskussion stellen und die Leserzuschriften hierzu veröffentlichen.

Schreiben Sie uns unter:
 Ärztekammer Berlin,
Redaktion BERLINER ÄRZTE,
Flottenstraße 28-42, 13407 Berlin,
oder per E-Mail unter:
presse@aerztekammer-berlin.de

und überhaupt in jeder Hinsicht. Es soll gar Absprachen geben, diesen Damm nicht brechen zu lassen...? Es bleibt zur Vorstellung beim Facharzt der Transport mit dem Krankenwagen (ca. 180 Euro pro Besuch). Das steht in keinem Verhältnis zu dem, was uns zum Beispiel bei den Arzneimitteln als Sparzwang auferlegt wird. Man rechne sich das hoch auf zwei Wochen Wundbehandlung beim Chirurgen, der es als unzumutbar empfindet, Hausbesuche durchzuführen. Oder fällt das wieder in den Kompetenzbereich des (im übrigen schlechter verdienenden) Hausarztes?

Selbstverständlich gibt es auch viele Ärzte, die die kollegiale Zusammenarbeit beherrschen. Dort gibt es dann auch weniger Reibungs- und Zeitverluste. Und dorthin werden auch mehr Patienten den Weg finden, die die Zusammenarbeit schätzen.

Margarete Falbe Ärztin für Allgemeinmedizin Berlin/Wedding

# Zappelphilipp und Träumersuse: Haben sie ein ADHS?

Um das Dreißigfache stieg in zehn Jahren das Verordnungsvolumen des Psychostimulans Methylphenidat (Ritalin®, Medikine®, Equasym® in Deutschland. So steht's im Arzneiverordnungs-Report 2002. Hat man hyperaktive Kinder nun früher medikamentös unterversorgt oder werden sie heute überbehandelt? In der heißen Debatte der letzten Jahre reicht die Spannweite der Behauptungen von "Ärzte sind die größten Drogendealer" bis "Kindern wird eine wirksame Therapie vorenthalten", sagte Matthias Brockstedt, Vorsitzender der Ernst von Bergmann-Akademie. Und er bat zwei Experten, die Frage auf einem Fortbildungsabend zu klären. Sie meinten: Zuviel wird nicht verordnet, aber so manches Mal falsch.

D b der Philipp heute still/Wohl bei Tische sitzen will?.../Doch der Philipp hörte nicht,/Was zu ihm der Vater spricht./Er gaukelt/Und schaukelt,/Er trappelt/Und zappelt..." Dem Arzt Heinrich Hoffmann ist die Erstbeschreibung der Störung mit dem umständlichen Namen "Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)" zu verdanken. Sie fand sich aber nicht in seinen Schriften zur Psychiatrie (er leitete von 1851 bis 1888 die von ihm reformierte "Anstalt für Irre und Epileptische" in Frankfurt am Main), sondern in seinem "Struwwelpeter".

Schwierige, kaum zu bändigende und konzentrationsunfähige Kinder gab es schon immer, wie der Forchheimer Pädiater und ADHS-Spezialist Klaus Skrodzki an eindrucksvollen Beispielen zu Beginn der Berliner Akademieveranstaltung erläuterte. Aber: "Wann ist das ein ADH-Syndrom?" Ob es

Ungezogenheit handelt, ist nur mit zeitraubendem Untersuchungsaufwand zu klären – und mit viel Sachkenntnis. Erst dann, wenn die Diagnose feststeht, darf man zur therapeutischen Tat schreiten. Das war Skrodzkis wichtigste Botschaft. Diese auffälligen Kinder haben auch eine Menge positiver Eigenschaften wie Ideenreichtum, Kreativität, Begeisterungsfähigkeit, Sensibilität – und es sind auch hoch Begabte darunter. Aber sie sind anstrengend, schon im Säuglingsalter.

## "Suppe, Brot und alle Bissen/Alles ist herabgerissen"

"Es fängt mit Schlafstörungen an – auch bei den Eltern" dieser schlecht gelaunten Schreikinder. Später "geht immerzu alles Mögliche kaputt", sagte der erfahrene Kinderarzt. Richtig



"Oben steht es auf dem Bild/Seht, er schaukelt gar zu wild..."

Unterricht, hat keine Ausdauer, ist labil und aggressiv, missachtet alle Regeln, wird vom Klassenclown rasch zum ungeschickten und isolierten Außenseiter. Die Hefte sehen chaotisch aus, die Schularbeiten sind eine tägliche Katastrophe. Diese Kinder bekommen immer mehr Lern- und Leistungsprobleme, ihr Selbstbewusstsein leidet, oft kommt eine Lese-Rechtschreib-Schwäche hinzu.

Das wächst sich leider nicht aus mit der Pubertät, nur die Hyperaktivität nimmt ab. Skrodzki beobachtet bei den betroffenen Jugendlichen eine oppositionell-aggressive "Null-Bock"-Haltung, Unaufmerksamkeit ("Kommen immer zu spät"), auch Ängste und Depressionen, Neigung zu Alkohol und Drogen, sogar zu Delinquenz. Im Kopf herrscht das Chaos: "Sie haben zwar vieles drin, finden es aber nicht, wenn es nötig ist." Zu unterscheiden ist der nervöshektische vom träumerisch-trägen ("Mädchen-")Typ, bei dem die Aufmerksamkeitsstörung dominiert. Hier kann es auch zu Ess-Störungen kommen. Auch gestörte Motorik, visuelle oder akustische Teilleistungs- sowie Sprachund Sprechstörungen, Ticks oder Zwangsstörungen begleiten nicht selten das ADH-Syndrom. Wann aber wird die Grenze zwischen "schwierig" und "pathologisch" überschritten? Skrodzki nannte Merkmale eines ADHS: Das unaufmerksame und impulsive Verhalten ist ausgeprägt, es entspricht nicht dem Alter und Entwicklungstand, führt zu Störungen in sozialen Bezugssystemen, in der Wahrnehmung und im Leistungsbereich (Schule, Lehre, Beruf). Die Symptome beginnen schon im Vorschulalter und bestehen länger als sechs Monate.

Die Grenze zwischen Normvariante und krankhafter Störung ist aber fließend, betonte der Pädiater, und nur der Leidensdruck ist die Indikation für eine Behandlung. Darin stimmte er mit dem zweiten Referenten des Abends überein: Auch der Kinder- und Jugend-Psychiater Michael Huss (Charité) hob die Bedeutung einer sehr sorgfältigen Diagnostik hervor. Denn nur bei gesicherter Diagnose ist die Medikation

gerechtfertigt, und oft ermöglicht sie erst die nötige Verhaltenstherapie. Und wie kommt man zur Diagnose? Wie immer sind Anamnese und körperliche Untersuchung entscheidend, und eine intensive Verhaltensbeobachtung muss hinzukommen. In die Fremdanamnese ist außer der Familie auch der Kindergarten oder die Schule einzubeziehen. (Lehrer befragen, Schulhefte, Zeichnungen und Zeugnisse ansehen.) Zum Screening wurden international evaluierte Instrumente entwickelt, weshalb Huss von selbstgestrickten Fragebogen abriet. Er empfahl vor allem den benutzerfreundlichen "Strengths and Difficulties Ouestionnaire (SDQ)", der zur nichtgewerblichen Nutzung kostenlos im Internet steht (www.sdqinfo.com).

### Ausgiebige Diagnostik nötig

Durch solche Befragungen gewinnt man aber nur erste Anhaltspunkte, keinesfalls schon die Diagnose, für die man, so riet Huss, die strengen Kriterien der ICD-10 benutzen soll. Hinreichend abgesichert wird sie dann durch einen Experten. Neben verschiedenen Checklisten setzen Kinder- und Jugendpsychiater halbstrukturierte Interviews ein, die - je nach den Gegebenheiten variiert werden, wozu man viel Zeit und große klinische Erfahrung braucht. Noch mehr Zeitaufwand erfordert die notwendige Differenzialdiagnostik und die Fahndung nach den häufigen Begleitstörungen. Die körperliche Untersuchung, die auch Skrodzki für unbedingt nötig hält, erklärte Huss vor einer Arzneitherapie für vollends unerlässlich.

Denn das Mittel der Wahl, Methylphenidat, nannte er zwar rasch wirksam,
sicher und nebenwirkungsarm, dennoch sind eine Reihe unerwünschter
Wirkungen möglich, auch somatische.
Das Psychostimulans vom Amphetamintyp setzt mehr biogene Amine wie
Dopamin frei (woran es bei ADHS möglicherweise mangelt) und blockiert
deren Wiederaufnahme aus dem synaptischen Spalt. Wahrscheinlich werden
aber auch andere Transmittersysteme
wie das noradrenerge und das seroto-

nerge System beeinflusst. Also muss man mit Effekten auf das Reizleitungssystem des Herzens, auf Schilddrüse, Leber und andere Organe oder Organsysteme rechnen. Entsprechende Blutuntersuchungen sind daher vor einer Medikation unerlässlich. Ein EEG dient nur dem Ausschluss hirnorganischer Störungen und der Einschätzung der Hirnreife oder dem Erkennen einer erhöhten Anfallsneigung.

# Nur bei starkem Leidensdruck behandeln!

Alle bekannten Nebenwirkungen, selbst die bei Überdosierung sehr selten auftretenden Halluzinationen, bezeichnete Huss als reversibel. Häufig kommt es zu Appetitlosigkeit, bei manchen Kindern auch zu Übelkeit und Erbrechen. Gewichtszunahme und Wachstum der ohnehin kleineren und leichteren -ADHS-Kinder werden dann verzögert. Bei Symptomen wie Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, Krampfanfällen oder Ticks muss man ermitteln, ob sie Folge des ADH-Syndroms oder Methylphenidats sind. Der heftig diskutierte Verdacht auf Langzeitfolgen wie Parkinson, Sucht und Minderwuchs hat sich laut Huss bisher nicht bestätigt. Ein suchtfördernder Effekt von Methylphenidat zeigte sich zwar im Tierversuch, aber klinische Ergebnisse weisen eher auf eine suchtprotektive Wirkung des Medikaments hin. Allerdings scheint das soziale Umfeld hier einen entscheidenden Einfluss auszuüben.

Behandeln soll man das ADH-Syndrom nur bei starkem Leidensdruck, darin waren sich beide Referenten einig. Und die Arzneiversorgung allein tut's nicht. "Unter der Medikation fängt die Arbeit, die man frustriert aufgab, eigentlich erst an", sagte Huss. Das heißt, die pharmakologisch eröffneten Chancen müssen psychotherapeutisch und pädagogisch genutzt werden. Die Behandlung eines so vielgestaltigen Leidens ist immer multimodal. Skrodzki nannte die wichtigsten Maßnahmen: Beratung und Begleitung der Eltern, Lehrer und Ausbilder, Verhaltensmodifikation durch verlässliche Strukturierung des Tages-

# Wer ist besonders ADHS-erfahren?

Für Diagnostik und Therapie, die beide viel Kompetenz und Zeit erfordern, sind junge Patienten mit Verdacht auf das "Zappelphilipp-Syndrom" außer bei manchen Pädiatern vor allem beim Kinder- und Jugendpsychiater am besten aufgehoben. Als sehr hilfreich wurden an dem Fortbildungsabend der Ernst von Bergmann-Akademie auch die Selbsthilfeverbände empfohlen. Einer hat seine Zentrale in Berlin, und dort erhält man Informationsmaterial, Rat und nützliche Adressen:

Bundesverband "Arbeitskreis Überaktives Kind" Bundesgeschäftsstelle Postfach 410724, 12117 Berlin Tel. 030/85 60 59 02

ablaufs, Aufstellen von Regeln, Setzen von Grenzen, Absprache von Belohnungen und Strafen. Positives soll bestärkt, Negatives weniger beachtet, Zuneigung spontan gezeigt werden. Die Kinder sollen weniger fernsehen, mehr Sport treiben und sich in Jugendgruppen betätigen.

Kommt man ohne eine Medikation nicht zum Ziel, dann ist deren Erfolg und Verträglichkeit von einer höchst individuellen Dosierung und einer engmaschigen Überwachung abhängig. Die Verordnung geschieht auf Betäubungsmittelrezept; bis zum sechsten Lebensjahr dürfen Kinder Methylphenidat keinesfalls bekommen. Die Diagnose muss unbedingt gesichert und die Indikation streng gestellt sein. Etwa 16 Prozent sprechen nicht an. Schon deshalb und weil die Substanz außerdem einen schwachen Effekt auch auf Gesunde hat, ist sie als "Diagnostikum" absolut ungeeignet, sagte Huss. Die Wirkung und die richtige Dosierung des Mittels beim einzelnen Patienten muss langsam einschleichend erprobt werden. Meist reichen zwei bis drei Dosen pro Tag, die letzte in der Regel nicht nach 16 Uhr. Als Tageshöchstdosis, die aber längst nicht alle Kinder oder Jugendlichen brauchen, gilt 1 mg pro kg Körpergewicht. Die Pharmakotherapie ist in der Regel mehrere Jahre (mindestens ein halbes Jahr) konti-

nuierlich fortzuführen – Auslassversuche in die Ferien legen -, und zwar unter sehr sorgfältiger Verlaufskontrolle mit häufigen ausführlichen Arztkontakten und eingebettet in die multimodale Therapie, riet Huss. Dann, nur dann ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer medikamentösen Behandlung sehr gut.

Rosemarie Stein

PERSONALIEN

# **Zum Tode von Hans-Joachim Wessel**

L's war bezeichnend für ihn: Auch Silvester war Dr. Hans-Joachim Wessel bis spät abends in der Klinik tätig. Am Neujahrsmorgen suchte er, wie oft, den sportlichen Ausgleich. Dabei traf ihn völlig überraschend der Tod. Er ist nur 59 Jahre alt geworden.

Viele von uns hatten in den langen Berufsjahren von Hans-Joachim Wessel das Glück, mit diesem außergewöhnlichen Menschen zusammenzuarbeiten. Er hat uns alle bereichert!

Die längste Zeit seiner beruflichen Tätigkeit verbrachte er im Krankenhaus Moabit: Es waren 24 Jahre. Nach dessen Schließung wechselte er ans Jüdische Krankenhaus, wo er seit dem 1.11.2001 als Oberarzt in der Kardiologischen Abteilung von Priv.-Doz. Dr. Bethge tätig war.

Hans-Joachim Wessel hat mit außergewöhnlicher persönlicher Hingabe, verbunden mit einem klaren, kritischen Denken und höchstem fachlichen Profil, wie kein anderer die kardiologische Entwicklung am Krankenhaus Moabit bestimmt. Er hatte entscheidenden Anteil am Ausbau des Herzkatheterlabors und baute die Klinik mit großer Beharrlichkeit zu einer zentralen Einrichtung für Schrittmacher-Implantationen aus. So wurde im Bereich der nichtinvasiven und invasiven Kardiologie ein hoher Standard erreicht, der vor allem ihm zu verdanken war.

Hans-Joachim Wessel war kein Arzt, der sein Wissen für sich behielt. Vielmehr sah er für sich eine vorrangige Aufgabe darin, sein Wissen frei zu vermitteln, Ärzte und Studenten anzuleiten, auszubilden und zu unterrichten. Herausragend war seine charakterlich vorgegebene Art im persönlichen Umgang mit den Patienten. Sein Einfühlungsvermögen, seine Geduld, seine Fähigkeit zur liebevollen, konzentrierten Hinwendung öffnete ihm das umfassende Vertrauen der Kranken und nahm ihnen die Angst.

Eine über die Grenzen der Klinik hinausgehende Anerkennung fand Hans-Joachim Wessel in der Gestaltung des studentischen Unterrichts, den klinischen Untersuchungskursen und wöchentlichen EKG-Kursen für alle PJ-Studenten des Krankenhauses. Darüber hinaus hat er durch zahllose regionale wie überregionale Fortbildungsveranstaltungen und wissenschaftliche Vorträge einen Bekanntheitsgrad erreicht, der ungewöhnlich ist.

Die ärztliche Tätigkeit war seine Passion. Dies mag auch für viele andere Ärzte gelten. Jedoch verband sich die tägliche Arbeit bei Hans-Joachim Wessel mit einem besonderen Naturell. Es war gekennzeichnet durch Ruhe und Ausgeglichenheit, eine liebenswerte Art und tiefe Warmherzigkeit. Hans-Joachim Wessel stellte immer die Sache, nie sich selbst in den Vordergrund. Er war ein Mensch, dessen Bescheidenheit die Grenze der Selbstlosigkeit erreichte. Das bei so manchem Arzt anzutreffende Merkmal, von sich selbst viel, vom Anderen wenig zu halten, lautes Selbstbewusstsein oder gar Selbstüberschätzung waren ihm fremd.



Bei aller Verbindlichkeit und inneren Wärme war Hans-Jachim Wessel ein zurückhaltender Mensch, der einen natürlichen Abstand wahrte. Distanzloser Umgang mit Kollegen, Pflegekräften und Patienten war seine Sache nie. Er war ein ernster, vielleicht sogar ein wenig verschlossener Mensch. Er war aber zugleich das, was seine Physiognomie und auch seine Augen ausdrückten: Ein Mann mit Wahrhaftigkeit, Humor, mit Sinn für Komik, bisweilen mit Schalk, niemals aber ein Moralist oder Zyniker. Wessel war ein Mensch von weitherziger Toleranz, eine Persönlichkeit von hoher integrativer Kraft.

Der frühe Tod von Hans-Joachim Wessel ist eine Last, an der wir lange zu tragen haben. Vergessen werden wir ihn nie.

Prof. Dr. med. Klaus-Peter Schüren

# Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2002 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

Dr. med. Curt-Rüdiger Anders	22.3.24	29.11.	Claus Lazarus	4.4.13	4.10.
Dr. med. Heinz Andersch	19.4.24	10.2.	Dr. med. Günther Lederer	13.3.25	1.4.
Prof. Dr. med. Helmut Bach	17.2.22	28.6.	Dr. med. Klaus Link	26.9.18	12.6.
Dr. med. Gisela Bauss	5.2.23	8.3.	Annemarie Linter	17.2.24	17.8.
Prof. Dr. med. Otto Bayer	6.5.13	16.5.	Dr. med. Georg Lisewski	10.2.29	22.10.
Dr. med. Maria Beltzner	25.1.11	3.3.	Gerasimos Livathinopoulos	5.10.26	26.4.
Dr. med. Erika Blumenstock	23.12.24	18.7.	Prof. Dr. med. Günter Loewe	7.4.32	11.12.
Dr. med. Walter Brauer	20.10.21	30.11.	Dr. med. Karoline Lucius	5.7.08	14.2.
Dr. med. Heinz Brunkow	15.6.22	3.7.	Dr. med. Gerhard Meisel	11.7.20	8.4.
Viktor-Jürgen Brust	20.5.42	11.11.	Dr. med. Brigitte Munk	8.4.24	5.6.
Dr. med. Heinz-Dietrich Bröse	29.5.39	26.7.	Prof. Dr. med. Horst-Christian Mäurer	12.5.21	5.8.
Klaus Brüning	1.8.55	25.7.	Dr. med. Margot Möllmann	28.2.07	13.11.
Dr. med. Annelore Buhr	28.3.39	21.7.	Dr. med. Hans-Joachim Müller	28.6.35	8.10.
Dr. med. Ruth Börner	10.5.13	30.3.	Dr. med. Joachim Münchow	4.3.13	16.5.
Dr. med. Curt Cardinal	24.11.21	15.8.	Bernhard Niermann	3.2.47	16.12.
Dr. med. Oskar Chudy	20.9.27	13.5.	Günther Patzke	26.8.38	5.4.
Dr. med. Renate Dahlke	14.2.39	21.11.	Dr. med. Günther Pfeifer	28.7.24	19.4.
Dr. med. Friedrich Decker	19.11.19	22.11.	Dr. med. Karl Heinz Plischke	18.9.25	29.12.
Dr. med. Heinrich Detert	13.1.12	4.3.	Dr. med. Detlev Powilleit	19.7.48	5.9.
Dr. med. Rudolf Dienemann	12.9.21	23.8.	Dr. med. Kostantin Raskovic	2.10.26	5.11.
Dr. med. Werner Dietz	29.9.44	30.11.	Dr. med. Karl Rauhut	17.4.21	14.2.
Prof. Dr. med. Wolfgang Dissmann	26.6.32	8.1.	Walter Rostock	3.10.08	16.8.
Dr. med. Botho Dombkewitz	25.10.42	10.12.	Dr. med. Gisela Rothkopf	4.5.34	17.3.
Dr. med. Dr. sc. jur. Gernot Dresseler	19.5.43	23.11.	Dr. med. Heinz Rössler	30.9.19	12.5.
Dr. med. Hans Ebert	12.7.21	13.8.	Dr. med. Peter Rößner	27.3.30	8.9.
Dr. med. Wolf-D. Elstermann von Elster	24.3.19	28.10.	Dr. med. Renate Schadendorf	30.6.37	18.10.
Arvid Erlenmeyer	15.11.43	19.3.	Dr. med. Dorothea Scheffler	26.3.14	18.4.
Dr. med. Margot Fabienke	22.8.21	9.11.	DiplPsych. Uwe Schliebs	5.2.62	12.6.
Ingeborg Fennel	14.1.22	4.6.	Dr. med. Barbara Schmidt-Peter	23.7.37	14.1.
Dr. med. Günter Firley	17.3.21	11.9.	Dr. med. Erika Schmitz	10.5.20	9.6.
Rosemarie Federich	27.3.21	12.10.	Dr. med. Traugott Schostak	26.6.15	27.11.
Dr. med. Angela Förster	24.6.38	11.3.	Dr. med. Ilonka Schuch	4.6.39	16.9.
Dr. med. Helmut Gauger	26.9.39	23.8.	Thekla Schwarz	13.6.24	16.10.
Dr. med. Karl Egon Gaul	15.8.19	25.10.	Dr. med. Ursula Schäfer	11.9.19	25.3.
Dr. med. Michael Godel	5.3.42	27.5.	Christian Seemann	8.5.45	23.2.
Ilse Gombert	18.4.10	1.5.	Uwe Seidler	27.3.47	13.3.
Dr. med. Hans Gramsch	15.8.22	29.8.	Dr. med. Karl Siegert	7.10.22	26.5.
Dr. med. Ruth Grieger von Weber	22.1.12	21.9.	Dr. med. Gerd Siegismund	10.9.41	29.4.
Dr. med. Heinz Groß	26.9.20	9.2.	Dr. med. Klaus-Dieter Sohr	15.1.35	11.11.
Dr. med. Horst Götze	27.5.20	20.2.	Dr. med. Elfe Speckenbach	8.2.23	18.8.
Anni-Ilse Hackmann	27.11.05	19.5.	Hans Speth	3.1.24	23.2.
Prof. Dr. med. Klaus Halter	16.1.09	29.5.	Ingrid Spittler	24.8.37	18.2.
Dr. med. Götz Hansen	14.12.27	22.11.	Dr. med. Max Steck	2.12.19	23.11.
Dr. med. Luise Henckel	29.6.23	21.12.	Matthias Stoß	2.9.65	3.4.
Werner Hesse	16.4.15	8.1.	Mariusz Strzeszewski	19.1.56	10.7.
Dr. med. Anna-Maria Hochseß	31.7.48	18.2.	Dr. med. Hubert Szelenyi	11.1.65	29.8.
Dr. med. Hans-Joachim Hodeige	23.2.12	4.5.	Dr. med. Torsten Thieme	2.10.61	6.7.
Dr. med. Dr. med. dent. Mariantonius Hofmann	26.2.22	18.10.	Dr. med. Günter Thomas	20.2.12	22.6.
Dr. med. Mathias Hucko	14.5.65	17.3.	Dr. med. Annemarie Thümmler	20.5.13	29.1.
Dr. med. Hans-Jürgen Hussels	4.12.18	4.10.	Dr. med. Reinhard Tosch	2.5.23	15.9.
Dr. med. Renate Hübner	9.9.33	2.3.	Dr. med. Klaus Törpisch	23.8.11	24.1.
Dr. med. Ulrich Hühn	24.3.15	1.1.	Dr. med. anneliese Voswinckel	27.5.08	12.10.
Dr. med. Gerd Jerns	15.7.41	15.3.	Dr. med. Willi Weitze	21.8.23	21.2.
Dr. med. Thea Kahle	7.2.25	1.6.	Dr. Dr. med. Horst Wendorff	11.5.24	25.2.
Prof. Dr. med. Nazir Ahmad Khan	10.5.29	15.8.	Wolfgang Wilke	20.4.51	15.12.
Dr. med. Jürgen Kiesewalter	5.5.21	4.3.	Burkhard Winkler	28.10.50	17.1.
Dr. med. Wolfgang Klein	18.10.04	7.7.	Prof. Dr. med. Josef Wollensak	8.3.28	8.5.
Thomas Krehbiel	19.6.64	3.3.	Dr. med. Hans-Rolf Wyneken	14.9.12	8.3.
Dr. med. Gerhard Krull	1.5.10.	5.9.	Dr. med. Helmut Wüstkamp	25.7.18	3.4.
Dr. med. Rudi Labusch	28.3.18	31.1.	Dr. med. Georg Albert Zöllner	4.8.19	3.2.
		J	<b>3 3 3 3 3 3 3 3 3 3</b>	<del></del>	J

#### Arzneimittel

#### **Perinataler Tod**

Zwischen 1997 und 2000 wurden im Rahmen des amerikanischen Spontanüberwachungssystems von Arzneimitteln ("Medwatch") 769 Todesfälle von Kindern in einem Alter von bis zu 2 Jahren berichtet. Neben verschiedenen, von der Mutter eingenommenen Arzneimitteln wurden auch vier bei Kindern direkt eingesetzte Arzneimittel in 38 % der Fälle als (Mit)Ursache verdächtigt:

15 % der Berichte: Palivizumab (in D: Synagis®)

11 % der Berichte: Stickstoffmonoxid

10 % der Berichte: Indometacin iv. (in D: Confortid®)

3 % der Berichte: Cisaprid (In D: Alimix®, nicht mehr im Handel).

Weitere verdächtige Arzneistoffe waren u.a. Azithromycin (Ultreon®, Zithromax®), Acetaminophen (= Paracetamol), Fluconazol (Diflucan®, Fungata®) und Ibuprofen.

Quelle: referiert in Brit. med. J. 2002; 325: 1132

Anmerkungen: Ein Spontanüberwachungssystem kann nur selten einen Kausalzusammenhang zwischen einem Ereignis und der Einnahme eines Arzneimittels beweisen. Verdachtsfällen sollte jedoch weiter nachgegangen werden. Berücksichtigt man die Indikationen (schwere Atemwegserkrankungen durch RS-Viren, hypoxische Ateminsuffizienz, offener Ductus arteriosus), so scheint bei den ersten drei Arzneistoffen das Nutzen-Risiko-Verhältnis weiter positiv, ein medizinisch sinnvoller Einsatz von Cisaprid (in D wegen Verlängerung der ST-Strecke 2000 aus dem Handel genommen) wegen gastroösophagealem Reflux eher fraglich.

#### Tamoxifen

### Risikoabschätzung

Die kanadische Gesundheitsbehörde informiert über ein erhöhtes Risiko eines Schlaganfalles, einer Lungenembolie und eines Uteruskarzinoms durch die Einnahme von Tamoxifen (Nolvadex®, viele Generika) bei Hochrisikopatienten, die den Arzneistoff zur Prävention eines Mammakarzinoms einnehmen. In der Behandlung des Brustkreb-

ses jedoch bleibt das Nutzen-Risiko-Verhältnis für die Mehrzahl der Patientinnen positiv. Sie sollten Symptome eines Schwächegefühls in den Extremitäten oder Sprechschwierigkeiten, Brustschmerzen oder Kurzatmigkeit, Unterbauchschmerzen oder Vaginalblutungen unverzüglich dem behandelnden Arzt mitteilen.

Quelle: Health Canada, www.hc-sc.gc.ca/english/ protection/warnings/2002

Anmerkungen: Wie in Kanada sind Tamoxifen-haltige Arzneimittel auch in Deutschland derzeit nur zur Therapie des Mammakarzinoms zugelassen. Ein Einsatz zur Prävention wäre ein sog. "Off-Label-Use", der in der alleinigen Verantwortung des Arztes liegt und eine intensive Aufklärung der Patienten erfordert.

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

#### Parecoxib

### Überempfindlichkeitsreaktionen

Der Vertrieb des parenteralen selektiven COX-2-Hemmers Parecoxib (Dynastat®) wurde aufgrund aufgetretener lebensgefährlicher anaphylaktischer Hautreaktionen wie Stevens-Johnson-Syndrom, in den USA beob-

achtet beim aktiven Metaboliten Valdecoxib, vorübergehend gestoppt. Überempfindlichkeit auf die Sulfonamid-Struktur des Metaboliten wird als Ursache vermutet.

Quellen: Ärzteztg. 24.10. 2002; Pharm. Ztg. 2002; 147: 4188; Dtsch. Ärztebl. 2002; 99(46): C 2464

Anmerkungen: Das Präparat ist mit geänderten Warnhinweisen sowohl in der Gebrauchs- als auch Fachinformation wieder im Handel. Die Indikation von Dynastat® "Behandlung postoperativer Schmerzen" wurde bereits grundsätzlich kritisch diskutiert. Alle nicht-steroidalen Antiphlogistika, auch selektive COX-2-Hemmer, können die Nierenfunktion beeinträchtigen und so mögliche postoperative Nierenfunktionseinschränkungen (z.B. bedingt durch Volumenmangel) verstärken.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) weist darauf hin, dass die selektiven COX-2-Hemmer Celecoxib (Celebrex®) und Rofecoxib (Vioxx®) ebenfalls anaphylaktoide Reaktionen (Urtikaria, Angioödem, Bronchospasmus, Asthma) auslösen können. Dies ist besonders relevant bei Patienten mit Intoleranz gegenüber nichtsteroidalen Antiphlogistika, bei denen die sog. "Coxibe" als Ausweichmedikation verordnet wurden: auch bei diesen Patienten wurde schon über entsprechende Überempfindlichkeitsreaktionen berichtet.

#### Sirolismus

## Kritische Beurteilung

In einer französischen Fachzeitschrift wurde Sirolimus (Rapamune®), eingesetzt als Immunsuppressivum nach Nierentransplantation, aufgrund zahlreicher unerwünschter Wirkungen wie Hyperlipidämie, Thrombozytopenie oder Leberfunktions-

störungen negativ beurteilt. Nach Ansicht der Autoren bietet Sirolimus keinen Vorteil gegenüber bereits eingeführten immunsuppressiven Therapieregimen. Weitere vergleichende Studien, insbesondere über die Langzeiteffekte, werden gefordert.

Quelle: Prescrire 2002; 11(62): 165

Anmerkungen: Sirolimus ist in Deutschland zugelassen zur kurzzeitigen Anwendung in Kombination mit Ciclosporin und Glukokortikoiden und als Erhaltungstherapie nur, wenn Ciclosporin stufenweise abgesetzt werden kann (Verringerung der unerwünschten Wirkungen von Ciclosporin auf Niere und Blutdruck). Die Verstoffwechselung von Sirolimus über das Cytochrom-Isoenzym CYP3A4 bedingt eine Vielzahl von Interaktionsmöglichkeiten, so dass der Einsatz von Sirolimus bei der Gabe zusätzlicher Arzneistoffe einer engen Überwachung bedarf. Sirolimus wird als Therapiealternative empfohlen bei besonderen Risikopatienten, bei Vorliegen einer Kontraindikation für den Einsatz eines Calcineurin-Inhibitors wie Ciclosporin oder bei späten und sich langsam entwickelnden Abstoßungsreaktionen von Nierentransplantaten, die durch andere Immunsuppressiva nicht beherrschbar sind.

# Wie Wissenschaft gemacht wird

Alles, was wir zu tun hatten, war, "Aeinen Satz Molekülmodelle zu bauen und dann damit zu spielen wenn wir ein bisschen Glück hatten, würde die Struktur eine Spirale sein..."

Es ist eine Spirale, eine Doppelspirale. Vor fünfzig Jahren, am 2. April 1953, schickten der amerikanische Biochemiker und Mediziner James Watson und der britische Physikochemiker Francis Crick ihren Bericht über Struktur und Funktion der DNS an "Nature". Er umfasste nur 900 Wörter und begann so: "Wir möchten hiermit eine Struktur für das Salz der Desoxyribonukleinsäure (DNS) vorschlagen. Diese Struktur besitzt neuartige Eigenschaften, die von beträchtlichem biologischem Interesse sind."

In der Tat; schließlich ging es um das materielle Substrat des Lebensbauplans. 1962 erhielten Watson und Crick zusammen mit Wilins dafür den Medizin-Nobelpreis. Unter dem Titel "The Double Helix" erschien 1968 (deutsch 1969) ein ungewöhnliches Buch von Watson. Darin beschreibt der Harward-Professor, wie er und seine Mitarbeiter es trotz prominenter Konkurrenten wie Linus Pauling schafften, die Struktur der bedeutendsten Lebenssubstanz aufzuklären. Und er schildert das höchst

lebendig, witzig und unterhaltsam. Leseproben gefällig?

Über Tagungen: "Der Poliomyelitis-Kongress war ein Erfolg ohnegleichen... Eine Woche lang gab es Abend für Abend Empfänge, Dinners und Mitternachtsausflüge zu den am Meer gelegenen Bars..." Über Kollegen: "Überhaupt konnte man nicht erfolgreich Wissenschaft treiben, ohne sich darüber klar zu sein, dass die Wissenschaftler - im Gegensatz zu der allgemeinen Auffassung, wie sie auch von Zeitungen und von Müttern mancher Forscher verbreitet wird - zu einem beträchtlichen Teil nicht nur engstirnig und langweilig, sondern auch einfach dumm sind." Über Linus Pauling: "Wie üblich hatte Pauling bei diesem Vortrag seinem Sinn für theatralische Effekte freien Lauf gelassen. Die Worte sprudelten hervor, als sei er sein ganzes Leben lang im Showgeschäft tätig gewesen..."

Und dem Nobelpreisträger Watson purzelten die Worte so munter aufs Papier, als hätte er sein ganzes Leben lang Campusromane geschrieben. Sein Buch, das den Alltag des Wissenschaftsbetriebs ohne Pathos, aber mit allerlei Boshaftigkeiten abbildet, wurde zum Bestseller. Wissenschaftler aber fanden es skandalös. Watsons Absicht war es,

zu zeigen, "wie Wissenschaft wirklich gemacht wird".

n

So weit, so gut. Und doch wird man, bei allem Amüsement, ein ungutes Gefühl nicht los, wenn man es erneut liest. Denn heute wissen wir, wie problematisch es mit Molekularmedizin und Genetik seither weiterging. Im Hinterkopf haben wir das Wort von dem "Geschlecht erfinderischer Zwerge" aus Brechts "Galilei". Und kürzlich sprach der frühere DFG-Präsident Wolfgang Frühwald von jener "weit vorangeeilten Wissenschaft, die ihren eigenen Reflexionshintergrund zurückgelassen hat".

Schön – Watson war erst 25 Jahre jung, als er und Crick mit kindlicher Neugier, Unbefangenheit und sportlichem Ehrgeiz das DNS-Modell zusammenbastelten wie ein Puzzle. Und heute? Gehört er zu jenen amerikanischen Wissenschaftlern, die sich von der bio-ethischen Debatte kaum beeindrucken lassen? Hören wir Watson selbst! Im Jahr 2000, mit 72 Jahren, sagte der frühere Manager des internationalen Humangenomprojektes - anlässlich der Entschlüsselung des menschlichen Erbguts - in einem Interview, er sehe jetzt die große Chance, die Evolution des Menschen selbst in die Hand zu nehmen, wörtlich: "Ich bin dafür, die Evolution zu verbessern, wann immer das möglich ist, sofern wir damit gesündere und klügere menschliche Wesen schaffen. Es wird oft behauptet, dass man damit Superkinder schaffen wolle, blonde, blauäugige Menschen. Diese Gefahr sehe ich nicht. Ich denke, dass die Welt in

hundert Jahren viel glücklicher und gesünder sein wird dank dieses genetischen Buchs. Deshalb haben wir heute allen Grund zur Freude."

Auf die Risiken des genetischen Fortschritts angesprochen, meinte Watson nur: "Kritiker gibt es immer. Das beunruhigt mich nicht."

Einer der schärfsten Kritiker war der – 2002 in New York hoch betagt verstorbene – Biochemiker Erwin Chargaff, einer der Väter der modernen Genetik, der selbst wissenschaftliche Vorarbeiten zur Aufklärung der DNS-Struktur geleistet hatte. Er sagte 2001 zu solchen Äußerungen Watsons: "Die Züchtung des Übermenschen – ich halte mir die Ohren zu. Hat das nicht auch Hitler mal propagiert?"

Auf Watsons amerikanische Fortschrittseuphorie reagierte der aus dem alten Europa stammende jüdische Österreicher mit tiefer Skepsis: "Wir pfuschen am Leben herum, und ich glaube nicht an die Heilsversprechungen, die uns gemacht werden." Die Spaltung des Atomkerns und des Zellkerns nannte Chargaff die Sündenfälle der Naturwissenschaften. Und über seine frühere Zunft zog er mit harten Worten her: "Die Naturwissenschaften führen einen Krieg gegen die Natur, die Zukunft wird uns deshalb verfluchen. Sie manipulieren ungestüm an den Genen herum, die in Milliarden von Jahren langsam entstanden sind…"

Rosemarie Stein

#### Thure von Uexküll

# Psychosomatische Medizin

Hrsg.: Rolf H. Adler, Jörg M. Herrmann, Karl Köhle, Wolf Langewitz, Othmar W. Schoencke(†), Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiak, 6. Aufl. 2002, Verlag Urban & Fischer, München, geb., € 159,00, ISBN 3-437-21830-1

Inen doppelten Grund zur Freude haben jetzt alle Ärzte, denen an einer patientengerechten, also körperliche, seelische und soziale Aspekte integrierenden Medizin liegt: Zum einen ist "Der Uexküll" nach sieben Jahren neu überarbeitet in sechster Auflage erschienen. Zum anderen wurde Thure von Uexküll, als bekanntester der Herausgeber Namensgeber des Standardwerks "Psychosomatische Medizin", am 15. März 95 Jahre jung.

Denn "alt fängt dann an, wenn man nicht mehr neugierig ist", hat er einmal gesagt.

Dass er noch immer weiterarbeitet an den geistigen Grundlagen einer Humanmedizin, die diesen Namen verdient, zeigen zum Beispiel die von ihm selbst geschriebenen oder mitverfassten Kapitel dieses 150-Autoren-Werks. Anstelle des veralteten Maschinenmodells entwickelt er ein neues biopsychosoziales Bild des Menschen als Ausgangspunkt für eine Medizin, die den Dualismus – hier Organmedizin, dort Psychotherapie – überwindet.

Das Buch ist viel übersichtlicher geworden. Ein Glossar der Grundbegriffe trägt zum besseren Verständnis des anspruchsvollen Werkes bei. Viele Patien-

tengeschichten bringen Praxisbezug in den nicht immer ganz einfachen Einleitungsteil über die theoretischen Grundlagen einer integrierten Medizin. In Kapiteln zum Beispiel über Neurobiologie, Psychoimmunologie oder Lernpsychologie, über Kommunikation und Ausbildung, aber auch über Schmerz, Trauer, Coping, Placebo führen kompetente Kenner der Materie in solche Themen ein.

Der Diagnostik und der Therapie ohne Spezifizierung sind mehre Kapitel gewidmet, den breitesten Raum aber nimmt ein detaillierter klinischer Teil ein. Darin werden nicht nur Krankheitsbilder wie etwa Kopfschmerz, Hypertonie oder Diabetes aus psychosomatischer Sicht betrachtet, sondern auch ganze Fachgebiete – bis hin zur Zahnmedizin oder zur Chirurgie, wo besonders überraschende Befunde ausgebreitet werden.

R. St.