

Die heimlichen Gedanken der Politik?



Foto: Archiv

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin

Wieder stehen wir kurz vor einer neuen Gesundheitsreform. Die Bedingungen, unter denen Ärzte künftig arbeiten müssen, werden abermals neu aufgestellt. Und es sieht schlecht für uns aus. Es scheint, als würde in Hinterräumen eine Gesundheitspolitik ausgebrütet, die vor allem eines ist: ein taktisches Spiel. Wären wir Zeugen eines fiktiven Hinterzimmergesprächs der Politik, könnte es sich vielleicht so anhören:

„Gesundheitspolitik!? Die einfachste Sache der Welt: Wer trägt die Verantwortung für die Patientenversorgung? Der Arzt! Wen treffen die Auswirkungen der Gesundheitspolitik? Den Arzt. Kann er sich verweigern, kann er streiken? Nein. Wer hat die Macht über das Geld? Wir – die Politik. Gibt es Geldprobleme bei den steuerfinanzierten Sozialkassen? Na, dann holen wir uns das Geld von der GKV. 30 Milliarden Euro in 8 Jahren zu Lasten der Krankenkassen und zur Entlastung der Renten und der Arbeitslosenversicherung sind doch schon was.“

Wenn die Krankenkassen aufschreien, bewahren wir ruhig Blut. Nach der Gesundheitsreform bekommen sie den Hut auf und damit die Macht über die Versorgung, aber nur wenn sie still halten. Außerdem sind unsere Leute in den Vorständen der Krankenkassen bestens platziert. Wenn die Ärzte aufschreien,

starten wir die übliche Kampagne. Das Lamento der Ärzte wird abqualifiziert mit dem Hinweis auf gravierende Mängel in der Patientenversorgung oder Betrug bei der Abrechnung. So wird die Öffentlichkeit abgelenkt und der schwarze Peter den Ärzten zugeschoben. Inhaltliche Gegenargumente sind von den Ärzten nicht zu erwarten. Sie haben uns nie konkrete Belege und Beweise für gutes ärztliches Handeln vorgelegt. Beweisen Sie mal gute Medizin! Solange sie das nicht schaffen, stehen unsere Vorwürfe im Raum.

Sollten die Ärzte dennoch aufmucken, treiben wir einfach Keile zwischen Krankenkassen und Ärzte, zwischen Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte oder zwischen Hausärzte und Fachärzte. „Teile und herrsche“; das Verfahren klappt prima! Dann kann man auch noch erfolgreich Verwirrung stiften. Mache die Gesetzgebung im SGB V so schwierig, dass selbst der engagierte Leser weiterblättert, weil er das Kleingedruckte sowieso nicht versteht. Im Paragraphenwirrwarr lässt sich mühelos unser Missbrauch von Versicherungsgeldern und die doch vorhandene Konzeptlosigkeit in der Gesundheitsreform verstecken. Wenn das nicht ausreicht entwerfen wir Horrorszenarien mit Beitragssätzen von über 20 Prozent und der Nichtfinanzierbarkeit einfachster Leistungen. Wer Aktionismus braucht gründet Arbeitsgruppen oder Expertenkreise und gibt Gutachten in Auftrag. Das bringt alles Zeit und fördert

die Zwangslage im System. Je größer dann die Not im Gesundheitswesen ist, umso leichter werden „drastische Maßnahmen“ notwendig. Klugheit braucht dann keiner mehr.

Ärzte gibt es nur noch als Hausärzte oder Angestellte in Polikliniken oder Gesundheitszentren. Durch Direktverträge und DMPs bekommen die Krankenkassen den Preis fürs Stillhalten. Extra Leistungen werden gestrichen oder kosten Geld. Eine zentrale Behörde wird den Ärzten vorschreiben, was sie zu tun haben. Zuwiderhandlungen werden bestraft. So einfach ist das. Und bis die Konsequenzen über die systematische Demontage im Gesundheitswesen sichtbar sind, sind wir schon lange nicht mehr im Amt.“

So oder ähnlich könnte sich ein nächtliches Gespräch in einem Berliner Hinterzimmer angehört haben. Dass wir das nicht brauchen, sondern etwas ganz anderes, liegt auf der Hand. Wir brauchen klare und transparente auf den Patienten und auf eine gute ärztliche Behandlung bezogene Ziele und mehr ärztlichen Sachverstand in der Politik.

Ihr



MEINUNG.....

Die heimlichen Gedanken der Politik?

Von Günther Jonitz3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

Leserbriefe8

Mitteilungen aus dem Bundesinstitut für Risikobewertung10

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Ein Leserbrief an die ZEIT

Von Elmar Wille21

Berliner Gesundheitspreis zum Thema „Fehlermanagement“

Sechs Preisträger teilen sich den mit insgesamt 50.000 € dotierten „Berliner Gesundheitspreis 2002“ von AOK und Ärztekammer Berlin. Ende März wurde er verliehen. Hier stellen wir die preisgekrönten Projekte vor22

Stimmungsbild zum „Common Trunk“

Bericht von der Delegiertenversammlung am 2. April 2003
Von Sybille Golkowski26

PERSONALIEN.....

Zum Tode von Hans Herken

Würdigungen von Günter Schultz und Helmut Hahn28

FORTBILDUNG.....

Handlungsleitlinie Osteoporose

Hier veröffentlichen wir die neuen The-

rapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft in Kurzfassung29

Fortbildungszertifizierung – erste Erfahrungen aus Berlin

Seit zwei Jahren läuft in Berlin der Modellversuch zur Fortbildungszertifizierung. Unser erstes Fazit: Das System wird gut angenommen, allerdings gibt

es große Unterschiede zwischen den Fachgruppen. Und das nicht nur bezogen auf den Besuch zertifizierter Veranstaltungen. Auch beim Angebot gibt es große Unterschiede.

Von Katrin Bräutigam33

Sicherer verordnen36

Impressum42

TITELTHEMA

Wo wollen wir hin?

Bei der Fülle an Reformvorschlägen zum Gesundheitssystem gerät manchmal aus dem Blick, wohin wir eigentlich wollen und was wir uns wünschen. BERLINER ÄRZTE befragte hierzu fünf Experten. Wir wollten wissen, was sie von einem guten Gesundheitssystem erwarten und was Ärzte in Zukunft tun müssen, um gute Medizin anbieten zu können.

Antworten von:

Rolf Rosenbrock,
Hermann Schulte-Sasse,
Michael Arnold,
Karin Stoetzner und
Reinhard Busse12



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
Macht's besser – Die Kammeralternative	Hermann Brehme	Dr. Hermann Mahn
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

Ambulante Versorgung

Voraussichtlich Verschmelzung aller Berliner Zulassungsbezirke

Berlin wird im ambulanten Bereich voraussichtlich zu einer einzigen Planungsregion zusammenwachsen. Die heute noch bestehende Aufteilung in bezirkliche Planungsregionen mit getrennten Zulassungszahlen pro Fach wird dann ein Ende haben. Dafür votierte jetzt der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Eine endgültige Entscheidung zu diesem Thema wird der Landesausschuss der Ärzte und Kran-

kenkassen fällen. Wann er das Thema auf die Agenda nimmt, ist derzeit noch offen. Klar ist schon jetzt: Kommt der gemeinsame Planungsbezirk, ist die Hauptstadt für Neuniederlassungen vorerst so gut wie dicht. Erste Berechnungen der KV Berlin gehen davon aus, dass offene Arztsitze dann erst einmal nur noch in den Fächern Anästhesie und ärztliche Psychotherapie vorhanden sein werden, so KV-Sprecherin

Annette Kurth. Niederlassungswillige haben dann nur noch eine Chance, sie müssen eine schon vorhandene Praxis kaufen.

Die Idee einer Gesamtplanungsregion für die ganze Stadt ist übrigens in anderen Stadtstaaten schon längst Realität. Nur an der Spree hatte man nach der Wende eine Ausnahme gemacht; man befürchtete damals, dass sonst alle Ärzte in die westlichen Berliner Bezirke mit hohem Privatpatientenanteil abgewandert wären und es zu einer strukturellen Unterversorgung im Ostteil der Stadt gekommen wäre. Mittlerweile weiß man aus anderen Stadtstaaten, dass diese Befürchtungen nicht berechtigt sind.

Suchthilfe

Broschüren

Brauchen Sie für Ihre Patienten Adressen von Selbsthilfegruppen und Nothilfestellen zum Thema Drogen und Sucht? Dann sind diese neuen Broschüren das Richtige.



„Sucht Drogen Rat & Hilfe“ beinhaltet über 700 Adressen zu Nothilfeangeboten und therapeutischen Einrichtungen in Berlin. „Sucht Drogen Selbsthilfe“ listet die Adressen von Selbsthilfegruppen nach Berliner Bezirken auf. Die Broschüren werden kostenlos von der Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V., Gierkezeile 39, 10585 Berlin, Tel. 34 80 09 20 abgegeben.

Umzug!

Ende Mai zieht die Ärztkammer Berlin in ihr neues Haus in der

Friedrichstraße 16
10696 Berlin/Kreuzberg.

Aus organisatorischen Gründen werden wir deshalb vom 26. bis 28. Mai für den öffentlichen Geschäftsbetrieb schließen.

Ab Freitag, 30. Mai, sind wir im neuen Haus wieder für Sie da. Im Juni-Heft erscheint in BERLINER ÄRZTE eine neue Telefonliste zum Herausnehmen, damit Sie die neuen Durchwahlen unserer Mitarbeiter gleich parat haben. Die Telefonnummer der Zentrale (40 80 6-0) bleibt die alte.

AiP-Abschaffung bis 2004?

Es klang fast zu schön um wahr zu sein. Ende März sicherte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) im Rahmen des jüngsten Arbeitszeitgipfels zu, das AiP bereits zum Wintersemester 2004/2005 abzuschaffen. Wie und wann dieser Ankündigung konkrete Schritte folgen, ist bislang offen. „Aus dem Bundesministerium ist es zu diesem Thema noch totenstill“ ist aus der Bundesärztekammer zu hören. „Mehr als die reine Ankündigung haben wir auch nicht“, heißt es in Köln.

Nötig ist für eine AiP-Abschaffung eine Änderung der Bundesärzteordnung. Die muss die Ministerin auf den Weg durch Bundestag und Bundesrat bringen. Eine Vorlage hierzu gibt es bislang noch nicht. Völlig ungeklärt ist deshalb auch, ob die Abschaffung des AiP sofort und im Ganzen oder in einem Stufenverfahren vollzogen werden soll. Genauer: Sollen bereits alle

heute schon im Medizinstudium oder im AiP Befindlichen davon profitieren oder gilt die Abschaffung erst für Studierende, die nach Inkrafttreten der Novelle ihr Studium aufnehmen?

Die Ärztekammern werden gegenüber dem Bundesministerium auf schnelle Umsetzung drängen. Letztlich wird alles an der Kostenfrage hängen, denn schließlich stünde bei einer ad hoc-Abschaffung allen heutigen AiP über Nacht ein Assistenzarztgehalt zu. Der Marburger Bund führt jetzt eine Briefaktion, mit der AiP aus dem ganzen Bundesgebiet in dieser Frage Druck machen können.

Bislang wurde die AiP-Abschaffung immer an das Thema „Praxisbezug“ und damit an ein Umkrempeln des Medizinstudiums gekoppelt. Deshalb galt als frühester Zeitpunkt für seine Abschaffung das Jahr 2009 (wir berichteten, siehe

Das Berliner Ärzteeorchester lädt zu seinem traditionellen Frühjahrskonzert ein.



Sonntag, 18. Mai 2003, 20 Uhr
im Kammermusiksaal der Philharmonie

Richard Wagner	Wesendonck-Lieder
Franz Schubert	Symphonie Nr. 8 h-moll (Unvollendete)
Henri Wieniawski	Violinenkonzert Nr. 2 d-moll op. 22
Edward Elgar	„Pomp and Circumstance“ March Nr. 1

Dirigent: Kevin McCutcheon
Solisten: Heidi Jütten (Sopran) und
Helena Madoka Berg (Violine)

Karten zum Preis von 12 € und 9 € (ermäßigt 6 €) können unter Tel./Fax 275 18 18 bestellt werden.

BERLINER ÄRZTE 6/2002, S. 10). Auslöser war die Änderung der Approbationsordnung im vergangenen Jahr. Die sieht vor, den Praxisbezug bereits im laufenden Medizinstudium so zu erhöhen, dass eine anschließende AiP-Phase nicht mehr nötig ist. Die Universitäten arbeiten fieberhaft an neuen Medizinstudienordnungen, die genau dies umsetzen sollen. Wenn sie diese Hausaufgaben

bis zum Herbst 2003 erledigen, könnten die ersten Studenten bereits ab Wintersemester 2003/2004 nach dem neuen System studieren. Die kommen frühestens 2009 aus der Uni und könnten dann sofort Assistenzärzte werden. Doch auch bei dieser Zeitschiene muss noch die Bundesärzteordnung angepasst werden. Man darf gespannt bleiben.

Leserbriefe

Leserbriefe zum Vivantes-Beitrag in 2/2003

BERLINER ÄRZTE 4/2003

Ich arbeite als AiP in einem Vivantes-Klinikum und mache im Schnitt 40 bis 50 Überstunden pro Monat. Trotzdem habe ich noch einen Riesenstapel nicht diktiert Akten auf meinem Schreibtisch liegen. Aufgrund der neuesten Einsparungen können die Überstunden nicht mehr ausgezahlt werden. Sie durch Freizeit auszugleichen ist illusorisch. Die Situation beim Pflegepersonal ist ähnlich verzweifelt.

Von der Redaktion anonymisiert

Kollateralschäden sichtbar

Berlin ist Spitze. Was anderswo zaghaft probiert wird, greift hier flächendeckend. Ein Übermaß der stationären Versorgung paarte sich mit eklatantem Geldmangel. Dies hat einen Handlungsbedarf generiert, der einen vernünftigen Schritt ermöglichte: Rückzug der unfähigen Lokalpolitiker aus dem Krankenhauswesen. So weit, so gut.

Dem aufbrechenden VIVANTES warf man jedoch noch einen schweren Knüppel hinterher: Defizite aus behördlichem Finanzierungsgebaren, die dem Laien auf ewig unverständlich bleiben werden. Unter dieser schweren Last nun eine neue Unternehmenskultur in einem schwierigen Gelände aufzubauen erscheint fast ausweglos, zumal ein wesentlicher Webfehler sozialdemokratisch/sozialistischer Ideologie tapfer durchgezogen wird: Es wird verkannt, dass Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitsbetrieb mehr sind als Kostenstellen, und dass sie - traditionell zur Selbstausbeutung neigend - keine Rationalisierungsreserve mehr darstellen. Im ambulanten Bereich ist dieses Spiel alt, und hier gibt es Auswege. Mit alternativen Angeboten werden Patienten zur Kasse gebeten (man nennt das IGEL), Rationalisierung kann flexibel und schnell stattfinden (seit Entlassung der Putzfrau hilft die Gattin), das Angebot wird weiter reduziert (damit man nach Verbrauch seines Wirtschaftlichkeits-Bonus nicht fürs Labor selber zahlt). Der Spielraum ist eng, aber wenigstens gestaltbar und lässt von Quartal zu Quartal neue Hoffnung keimen - wenn sie auch meist enttäuscht wird.

Der Sack Praxis ist zugebunden; Berlin ist ein Zulassungsbezirk, der probate Ausweg des Klinkarztes in die Selbstständigkeit (was immer davon übriggeblieben ist) wurde verbaut. Also muss man VIVANTES zähneknirschend Glück wünschen und den Weg kritisch begleiten. Wenn da nicht die ersten Kollateralschäden sichtbar würden: Dass die Beiträge der Betroffenen im Kammerblatt anonymisiert wurden, lässt nichts Gutes ahnen. Wenn die harte

Mitwirkungspflicht mit einer Drohkulisse einhergeht, die bei Strafe des Arbeitsplatzverlustes wirksam wird, dann haben die Kolleginnen und Kollegen etwas verschlafen: Der Rausschmiss des Kollegen Schiffter hätte Signalwirkungen haben müssen. Eine Arbeitsgemeinschaft Vivantes-ÄrztInnen sollte unverzüglich gegründet werden und eine E-Mail-Adresse anbieten. Kontakte zu Marburger Bund und Fachverbänden sind dringend nötig, und der Schulterschluss mit den Herren Direktoren überfällig.

Wichtig ist vor allem Kooperation mit der ambulanten Medizin. Knapp codierte Kranke müssen dort weiterbehandelt werden. Die Androhung Schäfers, seine Defizite im ambulanten Bereich zu decken, darf nicht zum Spaltpilz werden. In den Verbänden - etwa im Berufsverband Deutscher Internisten - müssen sich Klinkärzte artikulieren, auch und vor allem politisch. DIE ZEIT hat sich in ihrem Dossier 42/2002 intensiv mit VIVANTES befasst. Wir Berliner trugen dies auf der Herbstsitzung des BDI als flächendeckend realistisches Szenario vor, seitdem ist dies ein Dauerthema zwischen Klinikern und Niedergelassenen.

Wir Ärzte haben Schwierigkeiten mit der Solidarität, schon immer. Vielleicht geht VIVANTES in die Medizingeschichte ein - als Kristallisationspunkt für politische Artikulation der betroffenen Ärzteschaft. Sie ist angesichts weiter gehender Bedrohungen der ärztlichen Berufsfreiheit dringender denn je.

Dr. Hans-Georg Fritz, 13439 Berlin

Dann lieber gleich zuhause sterben

(...) Als Ärztin mit langjähriger klinischer Berufserfahrung in leitender Position darf ich mich wohl als Kennerin der Materie bezeichnen. Bei allem Verständnis für wirtschaftlichere Verwaltungsstrukturen und Einsparzwänge und allem Respekt vor den Leistungen und Plänen von Vivantes wurde mir eines doch sehr deutlich: Weder möchte ich unter den geschilderten Bedingungen als Ärztin arbeiten müssen und noch weniger möchte ich als Patientin unter diesen Umständen „be-handelt“ sprich: „durchgeschleust“ werden.

Bei einer angestrebten durchschnittlichen Liegedauer von 5,1 Tagen kann es sich ja für beide Seiten, d.h. Arzt und Patient, nur noch um eine belastende Streßsituation handeln. Nämlich für den Arzt, der ein Diagnostikprogramm „durchzuziehen“ hat, und für den Patienten, d.h. den Leidenden, der das durchzustehen hat. Eine Therapie ist unter diesen Umständen wohl nicht einmal ansatzweise möglich und es ist zu fragen: In welchem Zustand wird der Patient entlassen?

Da würde ich mit einem Herzinfarkt doch besser gleich zuhause bleiben, „selbst wenn es das Leben kostet“ (Zitat einer Patientin), dies dann aber in Würde und nicht in der unmenschlichen Hektik des Klinikalltags. (...)

Name von der Redaktion anonymisiert

Englisch in der deutschen Medizin
BERLINER ÄRZTE 3/2003

Der Autor greift ein schon lange überfälliges diskussionswürdiges Thema auf. Der von den Medien, den Verlagen und/oder Herausgebern sowie zahlreichen universitären und anderen Kongressveranstaltern diktierte Sprachwechsel stößt in der Ärzteschaft zunehmend auf öffentliche Ablehnung. Die Ausführungen des Autors spiegeln die Meinungen vieler Kolleginnen und Kollegen wider. Der zu beobachtende Zwang zur englischen Sprache auf nationalen Kongressen oder bei der Publikation in inländischen Fachzeitschriften hält eine Mehrheit von Medizinern davon ab, Vorträge zu halten oder Artikel zu schreiben. Mit Recht weist Semler darauf hin, dass eine Vortragsdiskussion in Englisch einen differenzierten Gedankenaustausch erheblich einschränkt, wenn nicht sogar im Ansatz schon erstickt. Wenn berücksichtigt wird, dass nur circa 20 Prozent der inländischen Ärzteschaft Englisch „sicher in Wort und Schrift“ beherrschen, wird deutlich, dass die Fortbildung der Ärzteschaft behindert wird. Auch hier hat Semler klare Positionen aufgezeigt. Auf nationalen Kongressen sollte die Landessprache auch Kongresssprache sein, schließlich werden derartige Veranstaltungen auch vom inländischen Steuerzahler finanziert. Es ist selbstverständlich, dass ausländische Gastredner auch in Englisch vortragen können. Auch hier ist der Meinung von Semler uneingeschränkt zuzustimmen. Eine Ergänzung scheint bei den Ausführungen „internationale Kongresse“ notwendig. Diese Veranstaltungen sollten bilingual mit Deutsch und Englisch als Kongresssprache durchgeführt werden. Eine Simultanübersetzung der Vorträge vom Deutschen in das Englische und umgekehrt ist notwendig, wenn die Weiterbildung der Mehrheit der interessierten inländischen Ärzteschaft nicht beeinträchtigt werden soll. Die internationale Positionierung der deutschen Wissenschaftler und Kliniker wird durch die Zweisprachigkeit nicht negativ, sondern eher positiv beeinflusst, bedenkt man, dass viele Wissenschaftler in den osteuropäischen Ländern über sehr gute deutsche Sprachkenntnisse verfügen. Es ist zu hoffen, dass Kollege Semler eine lebhaftere Diskussion angeregt hat.

Prof. Dr. med. W. Haße, 14129 Berlin

Hormontherapie
BERLINER ÄRZTE 4/2003

Dankenswerterweise haben Sie das Thema Hormontherapie in den Wechseljahren aufgegriffen, es ist ein ganz wichtiges Thema für Frauen und nach wie vor ein heißes Eisen. Aus unserer langjährigen Arbeit zu den Wechseljahren und aus unserer Beratungsarbeit wissen wir, dass das Umdenken unter Frauenärzten bei dem Großteil der niedergelassenen Gynäkologen leider noch ferne Zukunftsmusik ist. Nach dem, was Frauen berichten, könnte man fast zu dem Schluss kommen, den Abbruch der WHI-Studie habe es nie gegeben, bzgl. der Hormontherapie wird weitergewurschtelt wie gehabt und Frauen werden teilweise völlig unzureichende bis falsche Informationen gegeben. Die spannende

Frage ist: Wie lässt sich das ändern? Was muss passieren, dass sich Frauen darauf verlassen können, dass sie die aktuellen Informationen zur Verfügung gestellt bekommen, unabhängig von parteilichen und ökonomischen Interessen?

Auch das Feministische Frauengesundheitszentrum Berlin, das schon seit den achtziger Jahren Frauen kritische und vielfältige Informationen zum Umgang mit den Wechseljahren bereitstellt, hat eine von vielen Frauen hochgelobte Broschüre dazu veröffentlicht: „Wechseljahre – Aufbruch in eine neue Lebensphase“, in der neben der Hormontherapie, Osteoporose ausführliche Informationen zu Alternativen Heilverfahren, zu Selbsthilfe, Ernährung etc. gegeben werden; 5,50 € plus 1,10 €, ISBN 3-930766-10-8
Cornelia Burgert (FFGZ), 10777 Berlin

Charité-Ausstellung

Menschenversuche in KZs

Im Medizinhistorischen Museum der Charité ist derzeit eine Ausstellung über Menschenversuche in Konzentrationslagern zu sehen. Im Mittelpunkt stehen Fleckfieber- und Gasbrandversuche, aber auch Experimente in Unterdruckkammern und die Zwillingforschung des Lagerarztes Josef Mengele in Auschwitz. Gezeigt werden nicht nur die Versuche,

sondern auch die Aufarbeitung der Verbrechen in den Nürnberger Ärzteprozessen 1946/47.

Bis 27. Juli, Berliner Medizinhistorisches Museum, Campus Charité Mitte, Schumannstr. 20/21, Di – So 10 bis 17 Uhr, Mi 10 bis 19 Uhr, Montag/Feiertags geschlossen, Tel. 450 53 61 56.

Vorträge

Zur Ausstellung gibt es eine begleitende Vortragsreihe, sie findet vom 29.4. bis zum 3.6. jeweils Dienstagabend, 18 Uhr, statt.

Die Themen finden Sie im Einzelnen im Internet unter www.charite.de/bbeo/kultur/ausstell.htm#begleit

Ringvorlesung

Die Humboldt-Universität widmet sich über diese Ausstellung hinaus in einer eigenen Ringvorlesung der Auseinandersetzung mit ihrer eigenen NS-Geschichte. Sie findet bis zum 2. Juli jeweils am Mittwochabend von 18 bis 20 Uhr im Hauptgebäude der HU, Unter den Linden 6, Raum 3075, statt. Die Themen der einzelnen Vorlesungen finden Sie im Internet unter www.geschichte.hu-berlin.de/ns-zeit/ringvl.htm

BUNDESINSTITUTE

Zecken möglichst schnell entfernen, weil sonst das FSME-Risiko steigt!

Die Fröhsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist die bedeutendste durch Zecken übertragene Viruserkrankung Europas. Allein in Deutschland erkranken jährlich etwa 250 Personen an FSME, rund 30 Prozent davon schwer. Zehn Prozent dieser Patienten weisen bleibende, teilweise schwerste neurologische Schäden auf. Bis zu zwei Prozent der Patienten sterben daran. Risikogebiete für eine Infektion mit FSME existieren in Deutschland in Bayern, Baden-Württemberg und im Odenwald. In Rheinland-Pfalz ist ein Landkreis als Gebiet mit geringem Risiko eingestuft und auch in Thüringen wurde FSME jetzt in drei Landkreisen nachgewiesen. Neue Forschungsergebnisse deuten nun darauf hin, dass ähnlich wie bei der Lyme-Borreliose, das Infektions-Risiko der FSME mit der Dauer der Blutmahlzeit der Zecke am Menschen steigt.

Um den Durchseuchungsgrad der Zecken mit FSME-Viren zu bestimmen und entsprechende Risikogebiete festzulegen, werden Zecken aus ausgewählten Gebieten auf diese Viren untersucht. Am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) in Berlin

geschieht dies im dort angesiedelten Referenzlaboratorium für durch Zecken übertragene Krankheiten. In den letzten Jahren beobachteten die Wissenschaftler einen Rückgang der Durchseuchungsraten von Zecken: Während 1997 noch bei fünf Prozent der „erwachsenen“ Zecken im Schwarzwald und in der Umgebung von Passau FSME-Viren nachgewiesen werden konnten, lagen die Werte in den letzten Jahren nur noch bei einem Prozent. Die Durchseuchungsrate der Nymphen (der „jungen“ Zecken) lag sogar noch darunter.

Umso überraschender ist das Ergebnis einer neuen Studie des Referenzlaboratoriums im BfR in Zusammenarbeit mit einem Labor in Passau: Danach wird der Durchseuchungsgrad von erwachsenen Zecken, die bereits am Menschen gesogen haben, im Passauer Raum für das Jahr 2001 mit fast zehn Prozent beziffert. Die „Viruslast“ der erwachsenen Zecken, die in diesem Gebiet aus dem Freiland gesammelt und untersucht wurden und die noch nicht am Menschen gesogen haben, lag

dagegen bei dem erwarteten Wert von rund einem Prozent. Ähnlich stellen sich die Ergebnisse bei Nymphen dar: Während 0,4 Prozent der frei lebenden Nymphen im Passauer Raum, die noch nicht am Menschen gesogen hatten, das Virus trugen, erreichten die Werte bei denen, die dies bereits getan hatten, sieben Prozent. Alle Durchseuchungsraten wurden molekularbiologisch ermittelt und durch Nukleinsäuresequenzdaten gesichert.

Warum FSME-Viren in „gesogenen“ Zecken offenbar sehr viel häufiger nachgewiesen werden können als in Zecken, die noch keine derartige Blutmahlzeit hinter sich haben, ist noch weitgehend unklar. Eine mögliche Erklärung könnte eine starke Virusvermehrung während der Blutaufnahme sein. Möglicherweise wurden in der Vergangenheit Zecken als „virusfrei“ klassifiziert, weil ihre „Viruslast“ so gering war, dass sie mit den gegenwärtig verfügbaren Methoden nicht nachgewiesen werden konnte.

Seit dem Inkrafttreten des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 müssen alle FSME-Fälle dem Robert Koch-Institut

(RKI) in Berlin gemeldet werden. Die so erhaltenen Daten erlauben eine recht zuverlässige Einschätzung des Krankheitsniveaus. Einzelne importierte Fälle spielen danach nur eine untergeordnete Rolle. Für das Jahr 2001 wurden dem RKI auf der Basis des IfSG insgesamt 254 FSME-Erkrankungen gemeldet (s. Epid. Bull. 17/2002), darunter 108 Fälle aus Bayern und 117 aus Baden-Württemberg. 2002 waren es insgesamt 240 Erkrankungen, darunter 79 aus Bayern und 114 aus Baden-Württemberg. Weitere Bundesländer mit Einzelerkrankungen waren Thüringen (3 Fälle 2001 und 8 Fälle 2002) und Hessen (10 Fälle 2001 und 13 Fälle 2002).

Das BfR weist noch einmal nachdrücklich darauf hin, dass nur die aktive Schutzimpfung vor einem Aufenthalt in FSME-Risikogebieten einen sicheren Infektionsschutz bietet. Gegenwärtig sind in Deutschland zwei gut verträgliche und hoch wirksame Impfstoffe für Erwachsene sowie ein Impfstoff für Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr zugelassen.

Weitere Informationen zum Thema finden Sie auf den Homepages von BfR und RKI: www.bfr.bund.de und www.rki.de



Fünf Experten zu Anforderungen an Ärzte und Gesundheitssystem der Zukunft

Wo wollen

Foto: Herschelmann



GESUNDHEITSPOLITIK FÜR EINE GUTE KRANKENVERSORGUNG

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock ist Gesundheitsökonom und Leiter der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin. Zudem gehört er dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen an. E-Mail: rosenbrock@wz-berlin.de

Im Ergebnis soll Gesundheitspolitik u.a. auch dafür sorgen, dass jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem zur richtigen Zeit den richtigen Eingang in die Versorgung findet. Dort sollte er auf nutzerfreundlich gestaltete und vernetzte Strukturen treffen, in denen ihn gut ausgebildete und motivierte Fachkräfte medizinisch qualitätsgesichert, freundlich, respektvoll und ressourcenorientiert mit geeigneter Technologie diagnostizieren und bedarfsgerecht therapieren, rehabilitieren, pflegen und unterstützen. Dies alles sollte möglichst wenig invasiv und mit möglichst wenig Aufwand einhergehen.

System an Nutzerinteressen orientieren

Keiner kann die Baustellen zählen, auf denen etwas geschehen muss, um diesem Leitbild näher zu kommen. Zuallererst ginge es darum, einen wirklichen

politischen Konsens über die Notwendigkeit herzustellen, Krankenversorgung von der Gesundheit und den Nutzern (und nicht etwa „Kunden“) her zu verstehen, zu konzipieren und zu betreiben. Auf dieser Basis ginge es dann zum Beispiel ebenso um Qualifizierung der Versicherten und Patienten durch Kampagnen und Beratung wie um verbesserte Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Versorgungsberufe sowie für Manager in der Versorgung, bei den Kassen und beim Staat.

Die erste Anlaufstelle und regelmäßige Versorgungsstufe ist der Hausarzt im unbürokratischen Verbund mit nicht-medizinischen Gesundheits-Dienstleistern. Erforderlich sind Anreizsysteme, die gesundheitsgerechtes Verhalten von Patienten und Leistungserbringern materiell und moralisch belohnen, ohne lebensfremden Annahmen über „Selbstverantwortung“ und „professionelle Ethik“ aufzusitzen. Nicht nur, aber auch dafür müssen Versorgungseinrichtungen systematisch verständliche Informationen über ihre Leistungen und ihre Qualität hervorbringen.

Flexible Netze statt Einzeleinrichtungen

Einrichtungen sind dabei in Zukunft sicher immer weniger die Einzelpraxis oder das einzelne Krankenhaus, sondern flexibel anpassungsfähige Netzwerke. Netzwerke aus ambulanter, teilstationärer und stationärer Medizin sowie ebensolcher Pflege, unterstützt von Sozialarbeit und mit partnerschaftlichen Beziehungen zum weiterentwickelten Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie auch zur angemessen geförderten Selbsthilfe. Eigentumsstruktur und Rechtsformen werden in diesen Gebilden keine Kooperationshindernisse mehr sein; alle stehen unter öffentlicher Pflicht zu ergebnisorientierter Kooperation und

Qualitätssicherung. Die Bildung von Spezialnetzwerken für familienärztliche Betreuung oder die Versorgung chronisch Kranker ist erwünscht. Denkbar ist eine derart institutionen- und berufsgruppen-übergreifende Versorgung nur mit klarer Verankerung in der Region, das heißt mit Bezug auf überschaubare Populationen. Die Versorgungs-Netzwerke sollen bei der Erfüllung des staatlich festgeschriebenen Leistungskataloges um die bessere Qualität konkurrieren und dafür auch entsprechend belohnt werden. Für Versorger am unteren Ende der Qualitätskala gibt es keine Garantie auf Kassenverträge. Solch ein Wettbewerb ist der verlässlichste Motor für Suchprozesse nach sozialer und technischer Innovation. Von ihm haben auch jene Patienten Nutzen, die nicht aktiv und kompetent nach Qualität suchen.

Damit die Suchprozesse in die richtige Richtung laufen, schließt dies jeden Wettbewerb um „gute Risiken“ aus, setzt also z.B. den Solidarausgleich einschließ- lich eines an der Morbidität orientierten Risikostrukturausgleichs auf Seiten des im Kern nach wie vor tragfähigen GKV-Modells voraus. Dessen institutionell garantierte Gemeinwohlverpflichtung ist darüber hinaus auch als Gegenpol zur gemischtwirtschaftlichen Versorgungsstruktur mit steigendem Anteil gewinnwirtschaftlicher Akteure unverzichtbar.

Wie viele Kassen(arten) am Ende des laufenden Konzentrationsprozesses übrig bleiben, ist weniger wichtig als der Erhalt bzw. die Wiederherstellung dieser sozialpolitischen Grundorientierung. Seine volle Produktivität wird die GKV als Steuerungsmodell erst erreichen können, wenn die unterschiedlichen Handlungslogiken der verschiedenen Bücher des Sozialgesetzbuches miteinander kompatibel gemacht sind.

wir hin?

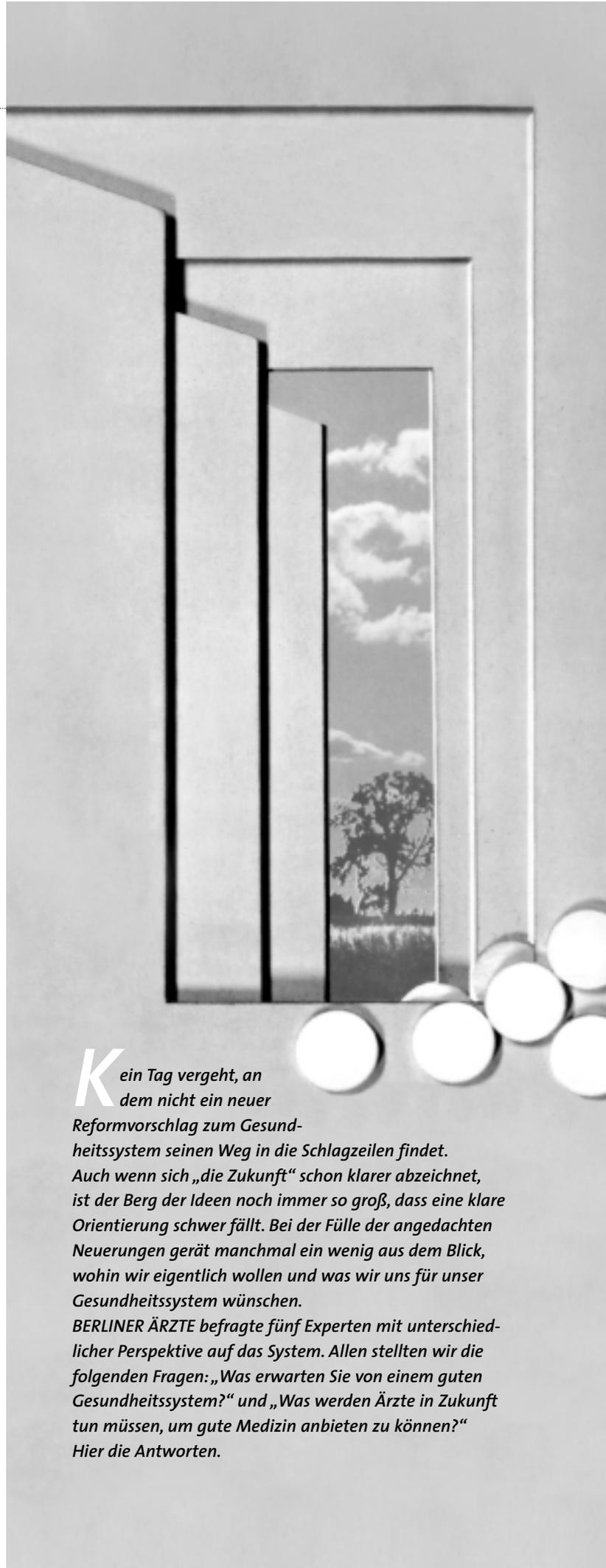
Ausweitung der Pflichtversicherung

Obgleich in Deutschland eine Kostenexplosion nicht stattgefunden hat und die diesbezüglichen Effekte von medizinischem Fortschritt und demografischem Wandel häufig maßlos übertrieben werden, wird die GKV und damit die Krankenversorgung auch in Zukunft und auch bei verbesserter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven unter dem dauernden Druck wachsender Ausgaben bzw. Kosten stehen. Eine Verbreiterung der Einnahmehasis zum Beispiel durch Sozialversicherungspflicht von Werk- und Dienstverträgen sowie von Einnahmen aus Vermögen und Vermietung kann dieses Dauerproblem systemkonform ebenso vermindern wie moderate Erhöhungen der Versicherungspflicht- und der Beitragsbemessungsgrenze. Jedenfalls sind solche Lösungen in jedem Fall der Ausgrenzung notwendiger Leistungen (Privatunfälle, Zahnersatz, Pflege) oder substanziellen Erhöhungen von Direktzahlungen („Selbstbeteiligung“) oder der Verlagerung des Kostenrisikos auf die Versicherten („Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages“) vorzuziehen. Der sozial und ökonomisch undiskriminierte Zugang zu einer vollständigen und hochwertigen Krankenversorgung ist nicht nur gesundheitlich, sondern auch zivilisatorisch zu wichtig, um ihn zum Gegenstand verteilungspolitischer Machtspielen verkommen zu lassen.

Neues Informationsmanagement für Ärzte

Auf vielen der hier nur angedeuteten Baustellen wird heute an den Voraussetzungen für ein gutes Gesundheitssystem gearbeitet, meist zu langsam und zu zögerlich, fast nie koordiniert, mancherorts auch gar nicht und oftmals in die falsche Richtung. Das war schon immer so. Und trotzdem besteht Grund genug, auf die Möglichkeit der Bewegung des Gesamtsystems in die gewünschte und notwendige Richtung zu setzen und dafür zu arbeiten. Auch für Ärzte, die (auch) in Zukunft eine 'gute Medizin' betreiben wollen, gibt es keine vernünftige Alternative dazu, politisch an der Gestaltung institutioneller Umwelten mitzuarbeiten, in denen sich ärztliche Kompetenzen und Tugenden nicht nur gegen bestehende Regeln und Anreize, gewissermaßen also subversiv entfalten können.

Aufgeklärte Standespolitik sieht Staat, Kassen und Patienten dabei nicht als Gegner, sondern als ebenso



Kein Tag vergeht, an dem nicht ein neuer

Reformvorschlag zum Gesund-

heitssystem seinen Weg in die Schlagzeilen findet.

Auch wenn sich „die Zukunft“ schon klarer abzeichnet, ist der Berg der Ideen noch immer so groß, dass eine klare Orientierung schwer fällt. Bei der Fülle der angedachten Neuerungen gerät manchmal ein wenig aus dem Blick, wohin wir eigentlich wollen und was wir uns für unser Gesundheitssystem wünschen.

BERLINER ÄRZTE befragte fünf Experten mit unterschiedlicher Perspektive auf das System. Allen stellten wir die folgenden Fragen: „Was erwarten Sie von einem guten Gesundheitssystem?“ und „Was werden Ärzte in Zukunft tun müssen, um gute Medizin anbieten zu können?“ Hier die Antworten.

umweltgeprägte und anreizgeleitete Subsysteme wie die Ärzteschaft selbst und versucht vor allem auf diese Anreize und die aus ihnen resultierende Interaktion Einfluss zu nehmen. Das bedeutet keinen Verzicht auf ärztliche Interessenpolitik: auch bei guter Entwicklung des Systems wird es neben der Vertretung legitimer „gewerkschaftlicher“ Interessen stets um die Verteidigung gefährdeter und die Etablierung verbesserter Voraussetzungen für „gute Medizin“ gehen: Der Behandlungsstil der Zukunft erfordert es, wissenschaftliche Evidenz und klinische Erfahrung zusammenzubringen. Die pragmatischen Schlussfolgerungen daraus müssen gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und in Kooperation im Versorgungssystem umgesetzt werden. Das setzt für den Arzt hohe und neue Qualifikationen im Informations- und Beziehungsmanagement voraus.

Aufwand muss tragbar sein

Erwerb und Anwendung dieser Qualifikation haben ihren Preis, und es ist noch keineswegs klar, von wem und wie dieser Preis bezahlt wird: der Aufwand für Qualifizierung, Qualitätssicherung, Kooperation und Kontrolle tendiert auch im Versorgungssystem der Zukunft dazu, das zeitliche und energetische Gesamtbudget zu verzehren. Die Aufgabenzuweisung und Arbeitsteilung zwischen Ärzten, Kassen und sonstigen Institutionen im wichtiger werdenden Bereich der Patientenführung („Case Management“) ist noch keineswegs entschieden.

Die materiellen und moralischen Voraussetzungen für innerärztliche und berufsgruppenübergreifende Kooperation müssen zum Teil erst noch hergestellt werden. Kurz: Auf dem Weg zu einem Versorgungssystem, in dem der gut ausgebildete und motivierte Arzt in nutzerfreundlich gesalteten und vernetzten Strukturen die Patienten medizinisch qualitätsgesichert, freundlich, respektvoll und ressourcenorientiert mit geeigneter Technologie diagnostizieren und bedarfsgerecht therapieren, rehabilitieren, pflegen und unterstützen kann, bleibt noch manche Holperstrecke zu überwinden. ■

Foto: Esch-Marowski



EVIDENZBASIERTES WISSEN WIRD IMMER WICHTIGER

Dr. med. Hermann Schulte-Sasse ist Internist und Staatssekretär in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin

E-Mail: hermann.schulte-sasse@sensv.verwalt-berlin.de

Was macht eine gute medizinische Versorgung aus? Der Internist Linus Geisler zitierte kürzlich einen simpel scheinenden Definitionsversuch: Man sollte sich nach dem Besuch bei seinem Arzt besser als zuvor fühlen.

Was muss der Arzt leisten, um dieser Erwartung gerecht zu werden? Ein guter Arzt kann nur sein, wer sein Fach beherrscht. Beherrschen heißt zuallererst Wissen; Wissen um die Grundlagen der Medizin, vor allem in dem von ihm vertretenen Fachgebiet. Beherrschen meint aber auch „wissen wie man es macht“, „es können“. Die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland ist gut und hält internationalen Vergleichen stand. Und doch ist unter den aufgeklärten Geistern der deutschen Medizin unbestritten, dass vieles verbesserungswürdig ist. Die sich ständig weiterentwickelnden Grundlagen der Medizin müssen von den Ärztinnen und Ärzten immer wieder neu angeeignet werden. Zahlreiche Akteure mit eigenen, patientenfernen Interessen suchen diesen Prozess zu steuern. Viel Geld steht hier zur Disposition. Ein verantwortliches Gesundheitssystem sollte sich darum bemühen, den Ärztinnen und Ärzten zu helfen, diesen sachfremden Einwirkungen zu widerstehen und mit vertretbarem Aufwand die nötige Klarheit zu erreichen.

Das Programm, um das es hier letztlich geht, trägt den Namen Evidenz-basierte Medizin (EBM). Staatliche Gesundheitspolitik hat auch die Aufgabe, die Umsetzung dieses Programms zu erleichtern. Dabei muss klar sein, dass die Ausarbeitung und Ausformulierung von evidenzbasierten Empfehlungen zuallererst Sache ärztlicher Experten ist. Das deut-

sche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. verdient hier eine eindeutige politische und gegebenenfalls finanzielle Unterstützung.

Institut für Qualität

Ein in staatlicher Hand befindliches, aber von jeder Weisung unabhängiges Institut für medizinische Qualität könnte in diesem Feld eine zusätzliche, äußerst fruchtbare Rolle spielen. Der furiose Widerstand mancher ärztlicher Standesorganisationen und Kassenvertreter ist schwer verständlich und kurzfristig. Die positiven Erfahrungen mit vergleichbaren Instituten jenseits der deutschen Grenzen, vor allem in den USA und in Großbritannien, sollten unverkrampft aufgenommen werden.

Fragen nach dem Nutzen von Therapien werden schärfer

Ein solches Institut hätte nicht nur die Aufgabe, den Wissensbestand der Medizin in den wichtigsten Bereichen nach EBM-Kriterien zu bewerten, sondern darüber hinaus Hilfestellungen bei Entscheidungen zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu geben, bei denen zusätzlich zu den reinen Nutzen-Erwägungen auch Fragen der Ressourcenallokation mitbedacht werden müssen. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang das Problem neuer und teurer Arzneimittel, deren hohem Preis (Tagestherapiekosten) keine relevanten Grenznutzenzuwächse gegenüberstehen. Hier hätte das Institut die Aufgabe, eine „vierte Hürde“ vor Aufnahme von Arzneimitteln in das GKV-System zu errichten, um die zukünftige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung unter Beachtung der Versorgungsqualität zu sichern.

Die Wirklichkeit des Patienten erfassen

Eine gute medizinische Versorgung ist aber nicht allein durch ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte zu sichern. Die evidenz-basierte Medizin gründet nach von Uexküll und Herrmann (1999) auf dem „pragmatischen Realitätsprinzip“, das die Realität kranker Menschen aber nicht vollständig erfasst. Gute Ärztinnen und Ärzte sollten sich deshalb zusätzlich an dem „kommunikativen Realitätsprinzip“ orientieren, das dem Arzt hilft, „den Code zu erfassen, nach dem ein Kranker seine Wirklichkeit erlebt“. Diese zweifache Orientierung an ganz unterschiedlichen „Realitätsprinzipien“ ermöglicht erst „das Eigentliche, was dem Beruf des Arztes seine gesellschaftliche Bedeutung gegeben hat: die Bereitschaft zur Hilfeleistung, die Zuwendung zum leidenden Menschen, die Fähigkeit, Patienten in ihrem Kranksein Beistand zu leisten“ (J. von Troschke, 2002).

Dieser Hinweis ist auch gesundheitspolitisch von hoher Relevanz. Erstens macht er deutlich, dass gutes ärztliches Handeln sich nicht in hoher „technischer“ Kompetenz erschöpft, auch wenn ärztliches Handeln ohne diese Kompetenz niemals gutes Handeln sein kann. Und zweitens weist er darauf hin, dass die Perspektive des jewei-

ligen Patienten konstituierendes Element einer guten Behandlung sein muss. Gesundheitspolitisch folgt daraus der Auftrag, die Rolle des Patienten in der therapeutischen Beziehung zu stärken. Das bedeutet, dass einerseits die Bereitschaft und die Befähigung von Ärztinnen und Ärzten gefördert werden muss, den Patienten als krankes und krank-seiendes Individuum mit seinen jeweiligen sozialen Bezügen, die krankheitsbedingten Belastungen ausgesetzt sein können, empathisch anzunehmen und den notwendigen Beistand umfassend zu leisten. Das bedeutet aber auch, den Patienten Zugang zu den professionellen Wissensbeständen zu geben. Sie erlauben ihm eine aktive Rolle in der Planung des Behandlungsgeschehens und eröffnen ihm den Raum, von dieser Möglichkeit dann auch Gebrauch zu machen. Ein Finanzierungssystem, das vor allem Leistungen aus dem Bereich des pragmatischen Realitätsprinzips vergütet und Leistungen aus dem kommunikativen Realitätsprinzip als eher nachrangig und peripher betrachtet, behindert die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte zu einer patientenorientierten Medizin. Hier gilt es vor allem im ambulanten Bereich, neue Formen der Vergütung ärztlicher Behandlung zu entwickeln und zu erproben, die dem eigentlichen ärztlichen Auftrag gerecht werden.

Systematische Aufbereitung von Wissen für die Patienten

In diesem Zusammenhang stellt sich in besonderer Weise auch die Frage nach dem Verhältnis von allgemeinmedizinischer, hausärztlicher Betreuung und Behandlung und einer spezialistischen Behandlung. Mir scheint die innerärztliche Diskussion der jeweiligen Rollen der jeweils unterschiedlich weitergebildeten Ärzte in einer unannehmbaren Weise viel zu stark durch die Perspektive des Eigennutzes geprägt zu sein. Für Patienten müssen neue Formen der Informationsvermittlung entwickelt werden, die auch kompliziertere Sachverhalte für Laien verständlich werden lassen. Den Leitlinien für Ärzte gehören z.B. die jeweiligen Leitlinien für Patienten an die Seite gestellt. Die Entscheidung für eine bestimmte Behandlungsoption unter mehreren verfügbaren darf nicht allein dem Arzt obliegen, sondern sollte – wenn immer gewünscht und möglich – das Ergebnis eines offenen Dialogs unter zwei vertrauensvollen Partnern sein. Diesem Prozess des „shared decision making“ ist in der Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems eine viel größere Aufmerksamkeit zu widmen als bisher gewohnt. Die Organisationen und Verbände von Laien, die sich mit Aspekten der Gesundheitsversorgung befassen, haben hier eine prominente Rolle zu spielen. ■

Die Finanzierung sollte solidarisch jeweils nach der wirtschaftlichen Gesamtleistungskraft des Versicherten bis zur Pflichtversicherungsgrenze erfolgen und die Ausgaben ordnungspolitisch korrekt den verschiedenen Kostenträgern zugeordnet werden (keine Verschiebebahnhöfe).

Bessere Patientenführung

Die Strukturen sollten der Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe im Sinne einer Patientenführung förderlich sein: Auch wenn man der Patientenautonomie allgemein und der Wahlfreiheit des Patienten im Besonderen einen hohen Stellenwert zuordnet, ist er nicht in der Lage, seine Behandlung angesichts von circa 2000 Gesundheitsberufen und circa 120 ärztlichen Spezialitäten (Angaben für die USA nach D. Lawrence, CEO der Kaiser Permanente) selbst zu organisieren. Dieses „Case Management“ ist wichtiger als das „Disease Management“, so wie ja auch der Erkrankte wichtiger ist als die Krankheit (K. Dörner: Es hängt nicht ein Mensch an der Krankheit, sondern eine Krankheit am Menschen).

Die Koordination sollte unter Vermeidung einer ideologischen Fixierung auf eine Arztgruppe (Allgemeinmediziner) von dem Arzt geleistet werden, der aufgrund der Art der Erkrankung und des Vertrauens, das ihm der Patient entgegenbringt, dafür am besten qualifiziert ist (neben Hausärzten z.B. Onkologen, Kardiologen, Dermatologen etc.).

„Bedarfsgerechte“ Versorgung gibt es nicht

Die Kapazitäten sind auf keinem Gebiet im Sinne eines „Bedarfs“ zu berechnen, sondern ergeben sich als Folge der historischen Erfahrung und landestypischer Standards. Hier spielt auch der Einfluss von Eigeninteressen bei den Leistungserbringern und des Gestaltungswillens der Politik in Abhängigkeit von den gesamtwirtschaftlichen Umständen eine Rolle. Näherungsweise entspricht die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen dem Bedarf. Ein „bedarfsgerechtes“ Angebot wiederum ist an Wartezeiten und

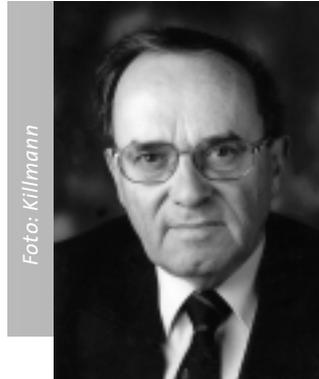


Foto: Killmann

ÄRZTLICHE „ERFAHRUNG“ SOLLTE STÄRKER GEFÖRDERT WERDEN

Prof. Dr. med. Michael Arnold ist Anatom und inzwischen emeritierter Inhaber der seinerzeit ersten deutschen Professur für Gesundheitssystemforschung an der Universität Tübingen.

E-Mail: Prof.Arnold@t-online.de

Wartelisten abzulesen, die die Knappheit an den jeweiligen Gütern widerspiegeln. Da aus sozialpolitischen Gründen die Inanspruchnahme nicht von der Kaufkraft abhängen soll und Preise für den Patienten keine Rolle spielen, sollte eine Annäherung an die Knappheitsgrenze über Versuch und Irrtum der Weg zu „bedarfsgerechteren“ Kapazitäten sein.

Transparenz und moderate Zuzahlung

Die Anreize sollten so gesetzt werden, dass grundsätzlich die Behandlung dort erfolgt, wo sie medizinisch optimal und wirtschaftlich durchgeführt werden kann. Die Vergütungsmodalitäten sollten unter Berücksichtigung der Dauer der Aus- und Weiterbildung, des Fachgebietes und der (gegenüber der Öffentlichkeit auszuweisenden) Fortbildungsanstrengungen ein angemessenes Einkommen gewährleisten, unter Ausschluss der Möglichkeit, aber auch der betriebswirtschaftlichen Notwendigkeit, zur Nutzenmaximierung in die Menge auszuweichen. Das ist ein Ansatz, das Leistungsgeschehen tendenziell auf das „medizinisch Notwendige“ zu beschränken, auch wenn dies so wenig zu bestimmen ist wie der Bedarf: Die Patientenautonomie steht dem entgegen, aber auch die zunehmende Verfügbarkeit unterschiedlicher Behandlungsoptionen.

Ein weiterer Ansatz ist es, die Inanspruchnahme über Zuzahlungen des Patienten so zu steuern, dass nicht erforderliche Behandlungen möglichst

unterbleiben. Dem leistet auch eine hohe Transparenz Vorschub, wie sie mit der Chipkarte (anstelle der Krankenversicherungskarte) hergestellt werden kann. Damit sind u.a. Doppeluntersuchungen zu vermeiden, die Rationalität der Arzneimitteltherapie ist so zu erhöhen, eine Notfallversorgung wird erleichtert.

Regelmäßige „Auszeiten“ und Hospitationen für Ärzte

Die Ärzte sollten auf der Grundlage einer Ausbildung, die gegenüber heute stärker an der Praxis und am Prinzip des „Am Beispiel Lernens“ orientiert ist (und weniger am Gewinn eines umfassenden Detailwissens), eine Weiterbildung absolvieren können, die der aus der Differenzierung der Medizin folgenden zunehmenden Spezialisierung Rechnung tragen muss. Zur Aktualisierung der professionellen Qualifikation im Sinne der Fortbildung und zur Förderung der intersektoralen Kooperation sind regelmäßige „Auszeiten“ vorzusehen, die vornehmlich zur Hospitation in Praxen bzw. Kliniken dienen können. Dies dient der Sicherung der Qualität, die wie alle Qualitätssicherungsmaßnahmen die Bereitstellung ausreichender Mittel erfordert.

Damit wird die Voraussetzung geschaffen, dass auf der Grundlage eines immer wieder aktualisierten Wissens die persönliche Erfahrung (und nicht die Fixierung auf administrierte Leitlinien) die Qualität eines Arztes bestimmt. Das Hospitieren im jeweils anderen Sektor vermittelt unpräzise einen Eindruck

von den Besonderheiten in der Morbidität (z.B. hoher Anteil chronisch Kranker im ambulanten Bereich), in der Diagnostik (unter den Bedingungen knapper Mittel, Beschränkung auf das für die Behandlung Unerlässliche) und in der Therapie (Beeinflussung der Lebensweise, Langzeitbehandlung, Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse) und verhindert die Einengung des Problembewusstseins.

Ökonomie muss mitgedacht werden

Die Ärzte sollten im Interesse ihrer Patienten (die das System finanzieren) und ihrer Verantwortung für die Verwendung der Mittel akzeptieren, dass es keinen Gegensatz zwischen Medizin und Ökonomie gibt. In der Medizin gelten vielmehr im Gegenteil mit aller Selbstverständlichkeit die gleichen ökonomischen Regeln wie in anderen Lebens- und Wirtschaftsbereichen und so wie dort sind auch in der Medizin die Ressourcen begrenzt.

Verbesserung der Aufklärung

Der Arzt sollte durch sorgende Aufklärung den Patienten in die Lage versetzen, grundsätzlich autonom Entscheidungen über die Behandlung zu treffen, deren „intangibile Kosten“ er am Ende in Form von Unannehmlichkeiten, Schmerzen, Behinderung und Tod tragen muss. ■

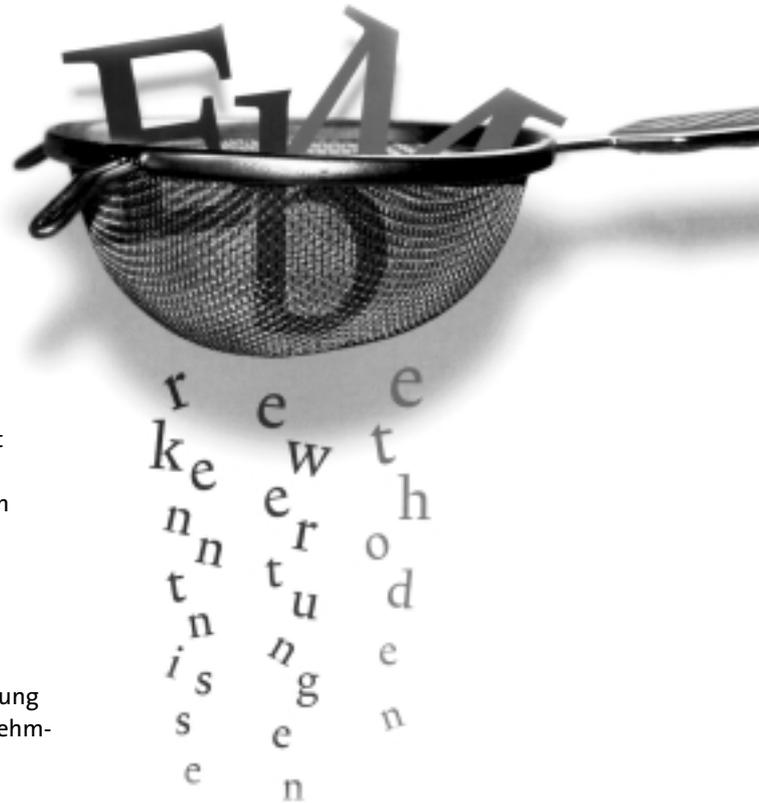


Foto: SEKIS



PATIENTEN WÜNSCHEN SICH QUALITÄTSVERGLEICHE

Karin Stötzner ist Leiterin der Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (SEKIS) und Sprecherin des Berliner Forums Patienteninteressen.

E-mail: stoetzner@sekis-berlin.de

Bereits vor Jahren haben Berliner Selbsthilfeorganisationen in der so genannten „Berliner Mängelliste“ ihre Kritikpunkte und „Qualitätsanforderungen an gesundheitliche Versorgung aus Patientensicht“ zusammengetragen. Sie zeigen klar, was Patienten von einem guten Gesundheitssystem erwarten.

Mehr Beratung und Aufklärung

An erste Stelle steht der Wunsch nach mehr Zeit für umfassende Beratung und Aufklärung; eine Behandlung soll ohne

Zeitdruck stattfinden. Patienten wollen mit ihren Sorgen wichtiger sein als Ablauforganisationen und suchen empathische und kompetente Unterstützung bei der Entscheidungsfindung. Aufklärung und Beratung soll nicht über Vordrucke erfolgen. Sie verweisen dabei darauf, dass der Wunsch nach souveräner Entscheidung und die Bitte nach Unterstützung im Sinne einer ganzheitlichen und am individuellen Menschen orientierten Behandlung kein Widerspruch sind. Es ist ein klares Votum für mehr „sprechende Medizin“. Die Debatten um Leitlinien, Evidenzba-

sierung oder strukturierte Behandlungsprogramme werden – bei denjenigen, die überhaupt wissen, was damit gemeint ist – immer mit dem Wunsch diskutiert, als Mensch und nicht als Fall gesehen zu werden.

Patienten wollen wissen: Welcher Arzt ist wirklich „gut“?

Bei den meisten Patienten ist die Angst vor einer standardisierten oder gar reglementierten Behandlung weniger ausgeprägt als die Sorge um die freie Arztwahl. Solange diese gewährleistet ist, gilt die Aufmerksamkeit eher der Frage nach der „Güte“ der ärztlichen Versor-

gung. Mit der zunehmenden Notwendigkeit, eigene Entscheidungen treffen zu müssen und zu wollen, wächst natürlich auch das Problem, einen „guten“ Arzt oder eine „gute“ Ärztin zu finden. Patienten wollen wissen, welche Behandlungserfahrung und spezielle Kompetenzen Ärzte haben. Der Titel der fachärztlichen Richtung oder die Behauptung, dass regelmäßige Fortbildung Pflicht ist, reicht nicht mehr aus.

Notwendig ist daher die Entwicklung von Parametern und Kriterien zu und die Herstellung von mehr Transparenz über Qualifikation, Kompetenz und Erfahrung der Ärzte. Es müssen Formen gefunden werden, wie die (auch in Fortbildungen erworbene) Kompetenz des Arztes für Patienten sichtbar gemacht werden kann. Es muss Qualitätskontrollen und Qualitätsstandards für Ärzte geben und die Ergebnisse von Qualitätsentwicklung und -kontrolle müssen soweit öffentlich gemacht werden, wie sie für Patientenbelange von Bedeutung sind. Das hat nichts mit einem „Pranger“ zu tun, sondern mit der Schaffung von Anreizen zur Qualitätsverbesserung.

Ärzte müssen besser kooperieren

Zu den Kriterien, die Patienten unter „gut“ verstehen, gehört zum Beispiel die Bereitschaft zur Kooperation. So sollten Allgemeinärzte Patienten rechtzeitig an Fachärzte überweisen und systematischer mit diesen oder auch mit Kliniken zusammenarbeiten. So wird vorgeschlagen, dass Ärzte, die regelmäßig Patienten zu einer bestimmten Krankheit behandeln, gemeinsam in Qualitätszirkeln ihre Behandlungserfahrungen austauschen und vorhandenes Wissen bündeln. Das gilt auch und gerade für verbreitete Krankheiten wie Parkinson, Demenz, Schlaganfall oder Anfallserkrankungen, für die oft erschreckend lange Diagnosezeiten zu verzeichnen seien. Auch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeinitiativen ist für Patienten ein Indikator für die „Güte“ eines Arztes.

Aus Fehlern lernen und darüber reden

Vor allem aber wird von Patienten die ärztliche Bereitschaft gewünscht, eigene Grenzen einzugestehen oder auch Fehler zuzugeben. Vielleicht könnte man viel schneller zu einer anderen Kultur der Fehlervermeidung in der medizinischen Versorgung kommen, wenn nicht (gedeckt durch das Haftungsrecht) der Mythos von der umfassenden Kompetenz und der Unfehlbarkeit aufrechterhalten werden müsste.

Ein Schritt in Richtung zu mehr Transparenz des Behandlungsgeschehens könnten z.B. auch Patientenquittungen sein. Die Nachvollziehbarkeit des Behandlungsgeschehens wird dabei weniger aus Gründen der finanziellen Kontrolle gewünscht – ein Motiv, das eher für die Kostenträger gilt – sondern mehr als Beleg für einen partnerschaftlichen Umgang von Arzt und Patient. Dazu gehört auch, dass das Recht auf Einsicht in Behandlungsergebnisse und -unterlagen konsequent umgesetzt wird, was offensichtlich noch immer nicht selbstverständlich ist.

Betrachtet man die unterschiedlichsten Patientenbefragungen der letzten Jahre, so zeigen sie, dass sich der Tenor der Anliegen nicht wesentlich geändert hat. Solange Standesorganisationen (KVen, Ärzteverbände und Kammern) eher schützend den Status quo verteidigen, statt sich selbst zum offensiven Akteur für mehr Zeit in der Behandlung, ganzheitliche Zuwendung und Qualitätstransparenz zu machen, bleibt der Zweifel der Patienten an wirksamen Veränderungen bestehen. Die Bereitschaft der Patienten, die unterschwellige Ignoranz gegenüber diesen simplen Bedürfnissen hinzunehmen, schwindet jedoch zusehends und führt zu einer Geneigtheit, jene in der Politik aktiv zu unterstützen, die engagiert für massive Eingriffe eintreten. Das gilt insbesondere dann, wenn immer mehr Kosten den Patienten direkt aufgebürdet werden sollen und sie das Gefühl haben müssen, die Zahlmeister zu sein. ■



ORIENTIERUNG AN INTERNATIONALEN GESUNDHEITSDZIELEN

Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH, ist Lehrstuhlinhaber im Fachgebiet „Management im Gesundheitswesen“ an der TU Berlin

E-Mail: mig@tu-berlin.de



Foto: TU Berlin

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, ein „gutes“ Gesundheitssystem zu definieren und Wege zu dessen Erreichung aufzuzeigen. Ich könnte hier von einem Idealbild ausgehen, das ich mir selbst zurecht lege. Stattdessen scheint es mir vernünftiger, sich bei der Antwort an schon existierenden internationalen Überlegungen zu orientieren. In der internationalen Literatur finden sich „Qualität“, „Zugang“, „Gleichheit“, „Kostenbegrenzung“ und „Kosten-Effektivität“ als die am häufigsten genannten Ziele. So gut diese Ziele klingen – weswegen sie ja auch ständig von der Gesundheitspolitik angeführt werden – können sie doch nicht alle gleich effektiv verfolgt werden. Hier muss man sich für Prioritäten entscheiden.

WHO-Bericht 2000 gibt die Richtung an

Notwendig ist deshalb ein kohärentes Bündel von Zielen. Unverständlicherweise ist es lange Zeit unterblieben, sich international auf Ziele zu verständigen.

Erst im „Weltgesundheitsbericht 2000“ legte die Weltgesundheitsorganisation WHO eine Liste von drei Hauptzielen vor:

1. Das Gesundheitssystem soll die Gesundheit der Bevölkerung verbessern. Man könnte einwenden, dies sei nichts Besonderes, deswegen hätten wir ja schließlich ein Gesundheitssystem. Aber wir sehen nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen Ländern, dass dieses Ziel bisher viel zu wenig im Mittelpunkt gestanden hat. Das wirklich primäre Ziel des Gesundheitssystems ist nicht die Schaffung von Arbeitsplätzen für Ärzte und Pflegekräfte, sondern die Gesundheit der Bevölkerung. Dieses erste Ziel hat laut WHO zwei Komponenten. Zum einen ist dies die Höhe – also das durchschnittliche Ausmaß – der Gesundheit in der Bevölkerung, und zum anderen deren Verteilung. Wenn wir im Durchschnitt alle 70 Jahre alt werden, aber Sozialhilfeempfänger mit 50 Jahren und Professoren mit 90 sterben, ist das eine ungleiche Verteilung der Gesundheit. Ein ebenso wichtiges Ziel wie die 70

Jahre voller Gesundheit im Durchschnitt ist die Verteilung innerhalb der Gesellschaft.

2. Das zweite Ziel heißt „Responsivität“. Darunter werden Dinge verstanden wie „die Autonomie und Würde des Patienten zu respektieren“ und „Zugang, Qualität und Wahl zu garantieren“. Wiederum betrachten wir das Ausmaß im Durchschnitt und die Verteilung. Wenn wir im Schnitt einen Tag Wartezeit für eine Behandlung haben, aber bestimmte Bevölkerungsgruppen hundert Tage warten und die anderen 99 Prozent keinen Tag, ist das eben eine ungleiche Verteilung. Also ist hier die gleiche Verteilung ebenfalls im Auge zu behalten.

3. Das dritte Ziel, die faire Finanzierung, bedeutet, dass die Bürger nach Finanzkraft und nicht nach Bedarf oder Inanspruchnahme zur Finanzierung der gesundheitlichen Leistungen heran-

gezogen werden. Das heißt, die Finanzkraft sollte nicht zum Zeitpunkt des Bezahlebens, sondern prospektiv und unabhängig von der späteren Inanspruchnahme maßgebend sein.

Wie stehen wir heute schon da?

Die Höhe der Gesamtausgaben wurde von der WHO ausdrücklich nicht als Ziel aufgenommen. Sie kam aber indirekt zum Tragen, da die für das Gesundheitswesen aufgewendeten Ressourcen in Relation zum Grad der Zielerreichung gesetzt, also die Effizienz bestimmt wurde. Lediglich die darauf beruhende Rangliste – bei der Deutschland auf den 25. Platz weltweit kam – wurde damals breit diskutiert. Doch kam es beim Ziel „Responsivität“ auf Platz 5 und bei „fairer Finanzierung“ auf Platz 6–7. Das verwundert kaum; Wartelisten sind unbekannt und die Infrastruktur (trotz mancher Klagen) vergleichsweise sehr gut. Bezüglich der fairen Finanzierung mag eine so hohe Bewertung überraschen, glauben wir doch, dass steuerfinanzierte Systeme hier besser abschneiden sollten. Dabei darf aber der hohe Anteil

indirekter Steuern (die typischerweise eher regressiv sind, also niedrigere Einkommen stärker belasten) nicht vergessen werden, die keineswegs „fair“ erhoben werden. Die Schweiz mit ihren Kopfpauschalen landete bei diesem Indikator übrigens nur auf Platz 38–40 – nur knapp vor Italien und Portugal, die sehr hohe Zuzahlungen kennen.

Bei Ziel 1, der Gesundheit, sah Deutschland mit Platz 22 schon schlechter aus – hier lagen vor allem südeuropäische Länder vorn. Wenn wir die Lebenserwartung (oder, wie in diesem Falle, die behinderungsfreie Lebenserwartung) als Indikator nehmen, wissen wir jedoch nie, ob es sich bei einer niedrigen Lebenserwartung in einem Land um einen hohen Bedarf nach einem guten Gesundheitssystem handelt (also höhere Investitionen vonnöten sind) oder um ein Versagen des Gesundheitssystems (die Ausgaben also besser zurück gefahren werden sollten). Besser geeignet ist der Grad der „vermeidbaren Mortalität“, also Todesfälle an Ursachen, die durch eine gute Prävention oder Kuration zu vermeiden wären. Hier haben neue Berechnungen gezeigt, dass Deutschland innerhalb der EU gleich hinter Schweden und

Frankreich, vor Spanien, Finnland, Italien, Dänemark, den Niederlanden und Griechenland und weit vor Großbritannien rangiert. Das soll uns jedoch keineswegs dazu veranlassen, uns beruhigt zurückzulehnen. Neben Hinweisen auf eine teilweise exzellente Versorgung z.B. in der stationären Kardiologie (Gandjour et al. 2002) gibt es insbesondere zur kontinuierlichen Therapie auch sehr besorgniserregende Studien, die Deutschland z.B. bei der Hypertoniekontrolle auf einem abgeschlagenen letzten Platz zeigen (EUROASPIRE 2001).

Ärzte müssen sich der Messung ihrer Effektivität stellen

Es sind also nicht primär nur die Hochspezialisten, die ihre Erfolge im Sinne der erreichten Effektivität belegen müssen, es sind (auch) die vielen niedergelassenen Hausärzte, Gynäkologen, Orthopäden etc., von denen wir nicht automatisch annehmen können, dass sie effektiv arbeiten.

Eines gilt jedoch für beide Gruppen: Die Zeiten, in denen die Gesellschaft eine Transparenz darüber erwartet, was und mit welchem Ergebnis in öffentlichen oder quasi-öffentlichen Sektoren passiert, sind endgültig da. Wir Ärzte tun gut daran, die Abwehr dagegen aufzugeben und uns konstruktiv an der Messung und vor allem der Verbesserung zu beteiligen. ■

Ein Leserbrief an die ZEIT

Hält die ZEIT Leserbriefe zurück, wenn ihr deren Inhalt nicht schmeckt? Es sieht fast danach aus. Am 30. Januar 2003 erschien dort der Artikel „Am Kittel geflickt“ von Jutta Hoffritz, der ein recht schräges Bild von den Handlungsmöglichkeiten der Ärzteschaft vermittelte. Vizepräsident Dr. Elmar Wille schrieb sofort einen ausführlichen Leserbrief nach Hamburg, um wenigstens das Größte zurechtzurücken. Die ZEIT weigerte sich jedoch bis heute, den Brief auch nur auszugsweise abzdrukken; offenbar passte er nicht ins Weltbild. Und um noch eins draufzusetzen, schrieb die Autorin einen Brief zurück, in dem sie schlicht auf ihrer Sicht der Dinge beharrte. So einfach ist die Welt. Und wenn es sein muss, wird sie in Hamburg kurzerhand neu erfunden. Hier Auszüge aus dem Beitrag und der Brief an die ZEIT.

DIE ZEIT SCHRIEB...

Ein Arzt im Osten wird selten reich. Will ein pensionsreifer Doktor dort seine Praxis aufgeben, findet er schwer einen Nachfolger. „Bei uns in Mecklenburg-Vorpommern sieht es stellenweise düster aus“, sagt Herbert Bog, Mediziner aus Rostock.

Umso erstaunlicher, dass der Schwerpunkt der Protestaktionen dieser Tage anderswo liegt. Zwar wurde auch in Rostock und Potsdam ein wenig demonstriert. Aber es sind fast ausschließlich Mediziner in Nordrhein-Westfalen, Hessen und Berlin, die ihre Praxen schließen.

Die Deutschen geben gut ein Zehntel ihres Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheit aus. Im Jahr 2001 landeten so 22 Milliarden Euro bei der Ärzteschaft. Doch welcher Arzt wie viel für eine Behandlung bekommt, entscheiden weder die Patienten noch die Krankenkassen und auch nicht Ulla Schmidt. Sondern ausgerechnet jene, die meist am lautesten über die angeblich so niedrigen Einkommen der Ärzte klagen: die kassenärztlichen Vereinigungen.

Sie verteilen das Geld, das die Krankenkassen von den Patienten einsammeln

Und das Machtmonopol der Standesorganisationen reicht noch weiter. Sie entscheiden über die Zulassung und Zahl der niedergelassenen Ärzte. In der Vergangenheit haben sie wenig Augenmaß bewiesen. Zwar sind die gesamten Honorare aller Ärzte in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren um weit über 40 Prozent gestiegen – viel stärker als die Bruttolöhne gemeiner Arbeitnehmer. Da aber parallel die Zahl der Ärzte um ein Viertel stieg, betrug die durchschnittliche Einkommenssteigerung für den Einzelnen über die Jahre nur rund 15 Prozent – bei steigenden Ausgaben für Personal und Praxis. Weshalb sich in der Vergangenheit alle Gesundheitsminister mit jammern den Mediziner befassen mussten

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie behaupten, dass es bei den zur Zeit laufenden Auseinandersetzungen um die Macht im Gesundheitssystem gehe. Aus meiner Sicht und der sehr, sehr vieler Ärzte geht es nicht um die „Macht im Gesundheitssystem“, sondern schlicht um die Berufsfreiheit oder besser die kümmerlichen Reste dieser Berufsfreiheit. Durch beständiges Wiederholen (auch in anderen seriösen Medien) wird nicht wahr

was schlicht falsch ist. Sie behaupten: „Doch welcher Arzt wie viel für eine Behandlung bekommt, entscheiden weder die Patienten noch die Krankenkassen und auch nicht Ulla Schmidt.“

Falsch: Wie die ärztlichen Leistungen im Verhältnis untereinander zu gewichten und damit zu bezahlen sind, entscheiden die Krankenkassen und die Ärzteseite in einem paritätisch besetzten Ausschuss, das heißt es besteht Einigungszwang unter Aufsicht des Staates. Auch muss z.B. hier in Berlin (wie in jedem Bundesland) der Senat als Länderaufsicht den so genannten Honorarvertei-

lungsmaßstab rechtsaufsichtlich genehmigen, ebenso jeden Vertrag mit den Krankenkassen. Bei den nicht budgetierten Leistungen wird von den Krankenkassen sogar in Einzelverhandlungen für jede Einzelleistung der Preis vertraglich festgelegt (z.B. für eine Operation des Grauen Stars oder eine Kniespiegelung). Sie behaupten ferner: „Und das Machtmonopol der Standesorganisationen reicht noch weiter. Sie entscheiden über die Zulassung und Zahl der niedergelassenen Ärzte.“

Ja, das wäre sicher aus Sicht mancher Kolleginnen und Kollegen schön, sich so gegen Konkurrenz abschirmen zu können. Aber wiederum falsch: Die Zahl der Arztsitze und Fachgebiete und die Relation zur Einwohnerzahl hat der Bundesgesetzgeber festgelegt, vor mehr als zehn Jahren. Davor gab es Niederlassungsfreiheit. Der selbe Gesetzgeber hat auch verfügt, dass Ärzte über 55 Jahre nicht zugelassen werden dürfen und über 68 Jahre die Zulassung verlieren (im Ärztejargon als „Demenzparagraf“ bezeichnet).

Nein, nein: Was Sie als „Machtmonopol“ bezeichnen ist weitgehend nur Auftragsverwaltung. Die von der Ärzteschaft finanzierten Kassenärztlichen Vereinigungen und Kammern ähneln einer nach staatlichen Vorgaben handelnden Polizei, die von den Speditionsfirmen bezahlt werden muss. Dies ist auch der Grund für die geringe Popularität beider Institutionen in der Ärzteschaft.

Wo nur hat Frau Hoffritz die „Machtmonopole der Standesorgane“ und die „Macht der Mediziner-Kartelle“ in Deutschland gesehen? Die Geldmenge, die über die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Abrechnung der erbrachten Leistungen zur Auszahlung kommt, hat der Gesetzgeber zuvor durch Gesetz und Verwaltungsvorschriften festgelegt. Wenn Geld Macht ist, wer hat dann die Macht?

Dr. med. Elmar Wille
Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

Berliner Gesundheitspreis zum Thema „Fehlermanagement“

Sechs Preisträger teilen sich den mit insgesamt 50.000 Euro dotierten „Berliner Gesundheitspreis 2002“, den die Ärztekammer Berlin gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband und der AOK Berlin vergeben hat. Am 27. März fand die feierliche Preisverleihung in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt statt. Ausgezeichnet wurden diesmal Projekte, die in medizinischen Einrichtungen ein Fehlermanagement und eine entsprechende Sicherheitskultur etablieren. Unter den prominenten Gästen war auch Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Sie bescheinigte den Initiatoren Mut, ein schwieriges und sehr wichtiges Thema beherzt anzupacken.

In der Tat war es ein kleines Abenteuer, den Berliner Gesundheitspreis in einem noch weitgehend unbeackerten Themenfeld auszuschreiben. Gehört Fehlerforschung und Riskmanagement zum Beispiel in der Luft- und Raumfahrt seit Jahrzehnten zum Geschäft, ist sie in der Medizin noch wenig en vogue (siehe BERLINER ÄRZTE, Heft 11/2001). Zu Unrecht, fanden die Initiatoren. Ein offener und vertrauensvoller Umgang mit Fehlern in der Medizin ist so wichtig, dass die wenigen Projekte, die sich schon heute in Deutschland damit befassen, die Aufwertung durch den Preis bestens gebrauchen können. Zudem wollte man sich einen Überblick verschaffen, was sich in Deutschland zu diesem Thema tut.

Unter 51 Wettbewerbsbeiträgen hatte die 13-köpfige Jury aus Vertretern von Politik, Wissenschaft und Praxis die schwierige Aufgabe, die Besten herauszusuchen. Dass einer der beiden ersten Preise in die Schweiz geht, bestätigt, dass Deutschland „beim Thema Ver-

meidung von Fehlern, Beinahefehlern sowie unerwünschten Ereignissen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung noch Entwicklungsland ist“, so der AOK Vorstandsvorsitzende Dr. Hans Jürgen Ahrens. Der Blick über die Grenze war jedoch lohnend, denn die von den Baseler Preisträgern erarbeiteten Instrumentarien können offen genutzt werden und dürften für viele deutsche Einrichtungen ein Vorbild werden.

Kammer und AOK hoffen, mit dem Anstoß zu einer systematischen Erfassung und Auswertung von Fehlern und Beinahefehlern den Mut zu einer neuen Sicherheitskultur voranbringen zu können. „Bisher erschöpft sich der Umgang mit Fehlern in Medizin und Pflege in Deutschland häufig darin, einen Schuldigen zu finden“, beschrieb Berlins Ärztekammerpräsident Dr. Günther Jonitz den Status quo.

Dieser Ansatz sei falsch, weil er außer Acht lasse, dass jeder Fehler letztlich ein Schatz sei, aus dem eine Klinik für die

Zukunft lernen kann. Zu diesem Zweck sei jedoch ein vertrauensvoller Umgang mit Fehlern notwendig, in dem sich Klinikmitarbeiter trauen, Beinahefehler zuzugestehen und entsprechend zu erfassen. Jonitz warnte davor, mit Erkenntnissen aus dem Fehlermanagement „Politik“ zu machen. Die Ärzteschaft geht bei dem Thema mittlerweile offensiv voran. „Das zeugt von hoher Verantwortung“ so Jonitz weiter. Er verwies auf ein neues Curriculum „Fehlermanagement“, an dem die Bundesärztekammer gerade arbeitet. Zukünftig soll es bundesweit für die ärztliche Fortbildung angeboten werden.

Der Berliner Gesundheitspreis habe sich als anerkannter Wettbewerb im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland etabliert, betonte Berlins AOK-Chef Rolf Müller. Mittlerweile hat auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die impulsgebende Funktion des Preises begrüßt.

SyGo

Die Preise wurden an folgende Projekte vergeben:

1. Preis 15.000 €

Departement Anästhesie,
Universitätsklinik Basel

Meldesystem für kritische Zwischenfälle

Wissenschaftler des Department für Anästhesie am Universitätsklinikum Basel haben ein computergestütztes anonymes Meldesystem für bedenkliche Vorfälle und Beinahefehler, ein so



Fotos: Rolf Schulten

Hier sind sie alle: Preisträger, Jury und Laudatoren.

genanntes „Critical Incident Reporting“ entwickelt. Unter „Critical Incidents“ verstehen die Baseler Wissenschaftler kritische Ereignisse, die ohne Intervention zu einem unerwünschten Ausgang, das heißt der physischen oder psychischen Beeinträchtigung eines Patienten hätten führen können.

Das von den Baseler Anästhesisten entwickelte anonyme System ist in vier Sprachen (deutsch / französisch / italienisch / englisch) erhältlich. Sein Charme liegt unter anderem in einem auf das Wesentliche reduzierten minimalen Datensatz. Dabei gewährleistet es trotzdem noch eine hohe fach- und berufsgruppenspezifische Ausrichtung.

1995 hat das Department Anästhesie mit der Benutzung des selbstentwickelten Meldesystems begonnen. Es wurde damals im Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt. Mittlerweile kann es landesweit von allen Berufsgruppen im schweizer Gesundheitswesen fachübergreifend benutzt werden. Einige Fachdisziplinen haben zusätzliche Fragen einbauen lassen, die für sie von großer Bedeutung sind. Alle verwenden aber immer noch den minimalen Datensatz.

Finanziert wurde und wird das Projekt aus den Einnahmen von Privatpatienten am Departement Anästhesie, die nicht als Lohn an die Chef- und leitenden Ärzte ausbezahlt, sondern für Forschung und Entwicklung eingesetzt werden. Das System wird gratis zur Verfügung gestellt, da die Forschungsgruppe um Professor Daniel Scheidegger einen Beitrag zur Fehlervermeidung im Gesundheitswesen leisten möchte. Für valide Aussagen ist eine große Anzahl erfasster Critical Incidents notwendig.

Das anonyme Fehlermeldesystem kann unter www.cirsmedical.org jederzeit gratis angeschaut und ausprobiert werden.

Kontakt:

Professor Daniel Scheidegger,
*Leiter des Departments Anästhesie der
 Universitätskliniken Basel*
 Ch 4031 Basel / Schweiz
 Tel.: 0041 / 612 / 657 255,
 Fax: 0041 / 612 / 657 320
dscheidegger@uhbs.ch
mkaufmann@uhbs.ch

1. Preis 15.000 €

**Institut für Allgemeinmedizin an der
 Universität Kiel**

**Risikomanagement in der
 Hausarztpraxis**

Das Kieler Institut für Allgemeinmedizin möchte für Hausarztpraxen ein alltagstaugliches Risikomanagement entwickeln, das mit Hilfe einfacher Instrumente von Hausärzten flächendeckend angewendet werden kann. Leider ist die Datenlage zum Auftreten medizinischer Fehler in der Hausarztpraxis noch mangelhaft. Deshalb haben die Kieler unter Leitung von Professor Dr. Ferdinand Gerlach mehrere aufeinander aufbauende Studien aufgelegt, die die Situation der allgemeinärztlichen Praxen unter Alltagsbedingungen intensiv beleuchten.

Zunächst haben die Kieler Wissenschaftler an der Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) teilgenommen. Dabei handelt es sich um die weltweit erste internationale Studie über medizinische Fehler in der hausärztlichen Versorgung. Insgesamt 20 deutsche Hausarztpraxen haben sich daran beteiligt und meldeten mit Hilfe einer speziell entwickelten Software Fehler. In toto konnten 601 Fehler aus sieben Ländern registriert werden.

Erste Analysen haben gezeigt, dass 73 Prozent der Berichte Abwicklungsfehler betrafen und lediglich 25 Prozent auf mangelnden Kenntnissen beziehungsweise Fertigkeiten beruhten. Als fehlerbegünstigende Faktoren stellten sich vor allem Teamworkpannen (46 Nennungen), Hektik (21), Unerfahrenheit (19), computerbedingte Probleme (17), unklare Verantwortlichkeiten (14) und ungenügendes Training des Praxispersonals (10) heraus. Die insgesamt größte Bedeutung hatten Medikationsfehler (26 Prozent aller Berichte), die sich sowohl bei der Verschreibung, der Abgabe in der Apotheke, der Anwendung oder Einnahme durch den Patienten ereignen konnten. Auf der Basis dieser Ergebnisse sowie weiterer Fehlermeldungen aus den beteiligten Ländern konnte erstmals

eine empirisch begründete fünfstufige Taxonomie als Klassifikation möglicher Fehler und diese begünstigender Faktoren angewandt werden.

Ein weiteres Projekt, an dem sich die Kieler beteiligen, ist die LINNAEUS-PC-Collaboration (Learning from International Networks About Errors and Understanding Safety in Primary Care). Geplant sind hier unter anderem Studien zu Fehlern bei der Therapie mit Hemmstoffen der Blutgerinnung, wie sie etwa bei der Thrombosebehandlung eingesetzt werden (Antikoagulanzen). Auch geht es um die Kommunikation an Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen.

Daneben bereiten die Kieler Wissenschaftler derzeit eine mehrteilige nationale Studie zur „Identifikation und Prävention von Medikationsfehlern als Beitrag zum Riskmanagement in der allgemeinmedizinischen Praxis“ vor. Sie wird ab Herbst 2003 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF, gefördert.

Aufbauend auf diesen Studien entwickelt das Kieler Institut ein für allgemeinmedizinische Praxen taugliches Inventar von Risikomanagement-Instrumenten („Tools“). Sie sollen dem Allgemeinmediziner helfen, Medikationsfehlern vorzubeugen. Dabei geht es um die Schaffung einfacher, praktikabler und kosteneffektiver Werkzeuge, wie etwa Checklisten oder EDV-gestützte Plausibilitätsprüfungen bis hin zu Visitationskonzepten in Form von gegenseitigen Praxisbesuchen. Mittelfristiges Ziel ist es, Hausarztpraxen „fehlermündig“ und „fehlerfest“ zu machen.

Nähere Informationen:

www.allgemeinmedizin.uni-kiel.de

Kontakt:

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
*Institut für Allgemeinmedizin
 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel*
 Arnold-Heller-Straße 8, 24105 Kiel
 Tel.: 0431-597-2226
 Fax: 0431-597-1183
 E-Mail:
gerlach@allgemeinmedizin.uni-kiel.de

3. Preis: 6000 €

Geriatrisches Zentrum Alb/Donau

Sturzprävention in Pflegeheimen

Wie können Stürze in Pflegeheimen vermieden werden? Ist es möglich, gefährdete Personen zu erkennen und dadurch besser zu schützen? Diesen und anderen Fragen ging eine Forschungsgruppe des Geriatrischen Zentrums in Ulm nach. Zunächst wurde eine umfassende Sturzdokumentation zum Erkennen der Gefahrenquellen in Heimen zusammengestellt und ausgewertet. Es stellte sich heraus, dass sowohl Wissensdefizite beim Pflegepersonal als auch Bewegungsmangel der Heimbewohner wichtige Faktoren sind. Das Team entwickelte aus den gewonnenen Erkenntnissen ein Maßnahmenpaket zur Sturzprophylaxe, das unter anderem Schulungen fürs Personal und Bewegungstraining für interessierte Heimbewohner beinhaltet.

Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit konnten schließlich 1998 bis 2001 alle Ulmer Pflegeheime mit mehr als 1000 Bewohnern von der neu entwickelten sturzpräventiven Konzeption des Geriatrischen Zentrums Ulm profitieren. Die wissenschaftliche Evaluation des Modellprojekts brachte schon früh positive Ergebnisse. Stürze fanden mehr als 40 Prozent seltener statt. Die Zahl der Hüftfrakturen ging von mehr als 50 pro 1000 Bewohnerjahre auf weniger als 30 pro 1000 zurück. Gleichzeitig stieg die Mobilität der Heimbewohner, die an einem Trainingsprogramm teilgenommen hatten.

Weitere Informationen:
www.aktivinjedemalter.de

Kontakt:
Geriatrisches Zentrum
Ulm/Alb-Donau
Zollernring 26
89073 Ulm
Tel.: 0731 / 187295
Fax: 0731 / 187 387

3. Preis: 6000 €

Steuergruppe „Risikomanagement und Patientensicherheit“, Klinikum der Universität Köln

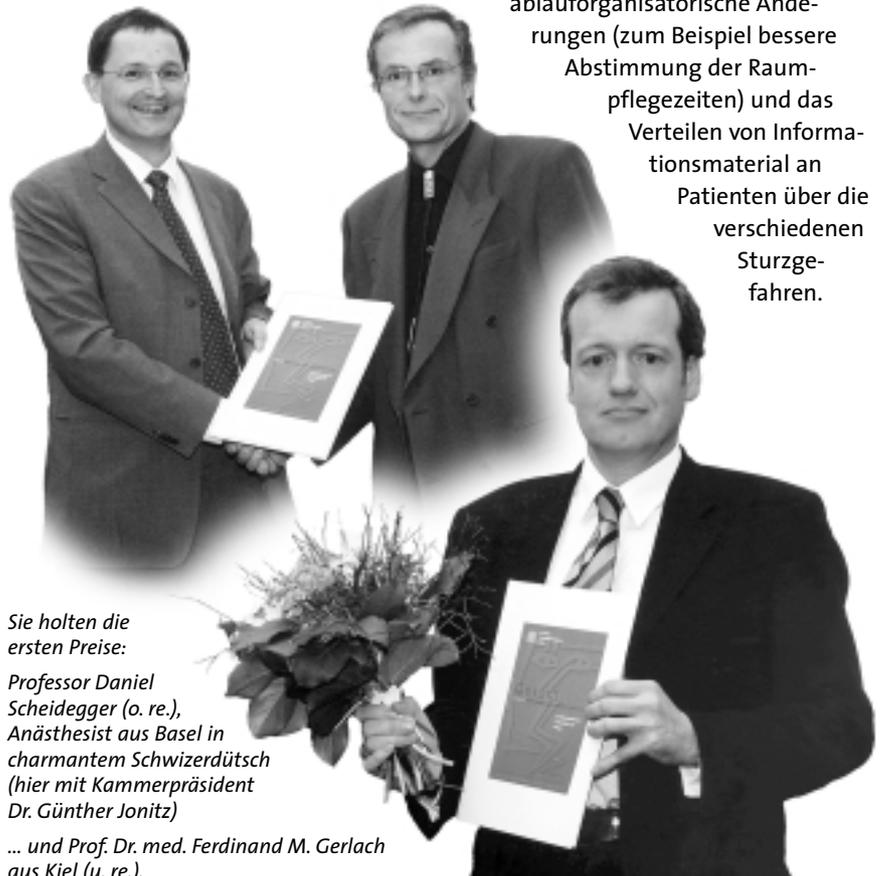
Patientenstürze im Krankenhaus

Einen vorurteilsfreien Umgang mit Fehlern möchte das Uniklinikum Köln in allen seinen Abteilungen erreichen. Zu diesem Zweck initiiert eine Arbeitsgruppe seit 1999 Projekte, die die Mitarbeiter Schritt für Schritt an das neue Fehlermanagement heranführen.

Es ist das mittlerweile dritte Projekt der Kölner Arbeitsgruppe für Risikomanagement und Patientensicherheit. Hat sie sich zunächst der ärztlichen Aufklärung vor Eingriffen und der Problematik der bei einer Operation vergessenen Bauchtücher gewidmet, so geht es ihr derzeit um die Prävention von Patientenstürzen. Sie stellen im Krankenhaus ein häufiges Problem dar. Ein Sturzereignis kann für den betroffenen Patienten schwerwiegende physische und psychi-

sche Folgen haben. Für das Krankenhaus können haftungsrechtliche Konsequenzen entstehen und Folgeuntersuchungen und verlängerte Liegezeiten die Kosten erhöhen. Insofern geht es der Steuergruppe um die Identifikation sturzgefährdeter Patienten und die Durchführung sturzverhütender Maßnahmen bei jedem gefährdeten Patienten.

Darüber hinaus soll eine vollständige Dokumentation aller stattgefundenen Stürze erreicht werden. Es sollen aber auch Vorfälle erfasst werden, die für den Patienten folgenlos blieben. Die Einschätzung des Sturzrisikos eines jeden Patienten soll in die Routine-Pflegedokumentation eingehen. Für 1302 Patienten aus den Kliniken für Unfallchirurgie, Orthopädie, Neurologie und Innere Medizin wurden bislang 1717 Datensätze ausgewertet. Auf der Grundlage dieser Daten werden Maßnahmen zur Sturzprävention Zug um Zug auf allen Stationen des Uniklinikums umgesetzt: Bauliche Verbesserungen (zum Beispiel Handgriffe/ Handläufe, rutschfeste Bodenbeläge), ablauforganisatorische Änderungen (zum Beispiel bessere Abstimmung der Raumpflegezeiten) und das Verteilen von Informationsmaterial an Patienten über die verschiedenen Sturzgefahren.



Sie holten die ersten Preise:

Professor Daniel Scheidegger (o. re.), Anästhesist aus Basel in charmantem Schwizerdütsch (hier mit Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz)

... und Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach aus Kiel (u. re.).

Weitere Informationen: www.zdqm.de

Kontakt:

**Stefan Palm, Steuergruppe „Risiko-
management und Patientensicherheit“
Zentrale Dienstleistungseinrichtung für
Qualitätsmanagement
Klinikum der Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 9, 50931 Köln
Tel.: 0221-478-6740
Fax: 0221-478-6778
E-Mail: stefan.palm@medizin.uni-koeln.de**

3. Preis 6000 €

St. Josefs-Hospital, Wiesbaden

Dekubitusprävention

Die Problematik bei der Entstehung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) im Krankenhausalltag ist allgegenwärtig. Patienten leiden stärker und Pflegekräfte sind intensiver gefordert. Grund genug für das St. Josefs-Hospital in Wiesbaden, der Dekubitusprävention größere Aufmerksamkeit zu schenken.

Das zentrale Anliegen war und ist es, die Früherkennung und gezielte Prophylaxe zu verbessern, das Problembewusstsein zu schärfen, die Kenntnisse und Fertigkeiten der Mitarbeiter zu vertiefen sowie den Erfolg des Projekts begleitend zu evaluieren.

Am Beginn stand eine Ist-Analyse. Ausgehend von den darin erfassten Daten wurden mehrere Projektschritte in die Wege geleitet:

- Zusammenstellung eines Informationsordners.
- Aktualisierung der hausinternen Leitlinie zur Dekubitusprophylaxe und -erkennung.
- Schulung der Pflegekräfte mit detaillierten Hinweisen zur Hautpflege, Ernährung und Hautbeurteilung bettlägeriger Patienten und besonderen Informationen zu den Hochrisikopatienten.
- Durchführung eines internen „Tages der offenen Tür“ auf der Modellstation, bei dem sich die Mitarbeiter verschiedene neue Verfahren zur Druckentlastung von bettlägerigen Patienten an praktischen Beispielen zeigen lassen konnten.

- Erfassung der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel und Testung neuer Spezialmatratzen.
- Einführung eines Messinstrumentes zur regelmäßigen Kontrolle der Anzahl an Dekubitalgeschwüren, das Transparenz und schnelles Handeln ermöglicht.

Bei allen Planungsschritten wurden inhaltlich betroffene Lenkungs- und Entscheidungsgremien des St. Josefs-Hospitals einbezogen. Über diesen Weg gelang es, die notwendigen Informationen breit zu streuen, interne Expertenmeinungen einfließen zu lassen und eine hohe Akzeptanz zu erreichen.

Weitere Informationen: www.joho.de

Kontakt:

**Simone Sturm, stv. Pflegedienstleiterin,
Dr. Klaus Freidel, Referent
St. Josefs-Hospital
Qualitätsmanagement
Solmsstrasse 15, 65189 Wiesbaden
Tel.: 0611-177-2000
E-Mail: stv.pdl@joho.de, kfreidel@joho.de**

Anerkennungspreis 2000 €

**Berufsfachschule für Krankenpflege am
Krankenhaus St. Josef in Buchloe**

Hygiene in der Klinik

Wie gut greifen eigentlich die alltäglichen Hygienemaßnahmen in unserem Hospital? Um diese Frage zu klären, starteten die Auszubildenden im Krankenhaus St. Josef eine so genannte „Abklatschreihe“. Mittels dieser gängigen Methode zum Nachweis von Bakterien nahmen sie Proben von Oberflächen aller Art wie den Fußböden, den Wänden oder den Händen des Personals. Nach vorgeschriebener Bebrütungszeit der gewonnenen „Abklatsche“ stellten sie fest, dass viele Keime trotz regelmäßiger Desinfektion zu finden waren. Um die Wirksamkeit des alltäglichen Desinfektionsmittels zu überprüfen,

veranlassten sie eine weitere Abklatschreihe. Diesmal entnahmen sie direkt vor und nach der Desinfektion Proben. Resultat: Nach der Desinfektion waren keine oder nur noch wenige Keime vorhanden. Bei einem Ergebnis hatte allerdings die Desinfektion umgekehrte Wirkung.

Waren hier zuvor keine Bakterien vorhanden, so hatten sie sich nach dem Desinfizieren vermehrt. Wo lag der Fehler? Durch die falsche Handhabung und Verwendung der Lösung und des Lappens war es hier zu einer Keimverschleppung anstelle einer Keimabtötung gekommen.

Zusammen mit der Hygienefachkraft erarbeiteten die Pflegeschüler daraufhin einen neuen, für das Klinikpersonal verpflichtenden Desinfektionsplan. Danach muss die Desinfektionsmittellösung einmal pro Schicht (alle acht Stunden) sowie bei starker Verschmutzung gewechselt werden. Auf einem neu erstellten Nachweisformular (Datum, Uhrzeit, Handzeichen) muss jeder Mitarbeiter das Wechseln des Desinfektionsmittels dokumentieren. Bereits nach einem halben Jahr registrierte die Einkaufsstelle einen erhöhten Verbrauch von Händedesinfektionsmittel. Zukünftig wird die Hygienefachkraft der Klinik in regelmäßigen Abständen Abklatsche machen, um den Hygienestatus im Blick zu behalten. Auch wird es regelmäßige Schulungen für das Personal geben.

Weitere Informationen:
www.pflegeschueler.de

Kontakt:

**Berufsfachschule für Krankenpflege am
Krankenhaus St. Josef in Buchloe
Schulleitung Schwester Werna Säckler
Peter-Dörfler-Str. 7, 86807 Buchloe
Tel.: 08241 / 504 216
E-Mail: schulleitung@pflegeschueler.de**

Stimmungsbild zum „Common Trunk“

Bericht von der Delegiertenversammlung am 2. April 2003

Die geplante gemeinsame Basisweiterbildung (Common Trunk) für Allgemeinmediziner und Internisten sorgt weiterhin für Diskussionsstoff. Dass es sie geben soll, ist weitgehend klar, nur wie sie gestaltet werden soll, darüber wird im Vorfeld des Deutschen Ärztetages, der vom 20. bis 23. Mai in Köln stattfindet, heftig gerungen. Die Delegiertenversammlung beschäftigte sich mit einem aktuellen Vorschlag der Bundesärztekammer. Doch zuvor ging es noch um ein anderes Thema: die Aufwandsentschädigung für den Vorstand.

Die Entschädigung für Zeitaufwand des Kammervorstands wird künftig als Gesamtsumme von bislang 6136 € auf 9332 € monatlich erhöht. Mit 22 Ja-Stimmen, 16 Nein-Stimmen und 2 Enthaltungen wurde dies nach nur kurzer Debatte beschlossen. Der Beschluss gilt rückwirkend ab dem 1.1. 2003. Eine Erhöhung ist nötig geworden, weil die Aufgaben des Vorstands sich in den vergangenen Jahren weiter ausgeweitet haben, erläuterte Schatzmeister Dr. Rudolf Fitzner (Fraktion Allianz). Nicht nur die aktuelle gesundheitspolitische Situation, auch neue Aufgaben der Kammer im Bereich Fortbildung und Qualitätssicherung haben das Arbeitsvolumen vergrößert. Schon in der vergangenen Amtszeit hatte man deshalb eine ähnliche Vorlage eingebracht, die allerdings zweimal scheiterte (wir berichteten). Diesmal war es anders; im neu gewählten Kammerparlament standen die Mehrheitsfraktionen (Fraktion Allianz, Marburger Bund und BDA) sehr geschlossen dahinter und setzten damit einen zentralen Punkt ihrer Koalitionsvereinbarungen um.

Entschädigung für Zeitaufwand angehoben

Bei seinen Ausführungen erklärte Fitzner den zum Teil neu im Parlament sitzenden Delegierten noch einmal die Entschädigungssystematik für den Vorstand und erinnerte an eine diesbezügliche Satzungs-Novelle von 1999. Bis dahin gab es ausschließlich eine

Entschädigung für Zeitaufwand. Für den gesamten Vorstand betrug sie damals in toto 10.000 €. Diese Summe verteilte sich (und so ist es auch noch heute) unter den Vorstandsmitgliedern nach einem zu Beginn der Amtszeit festgelegten Schlüssel. Durch den höheren Aufwand für Präsident, Vizepräsident und Schatzmeister ist deren Entschädigung in Abstufungen höher bemessen als die der übrigen Beisitzer. Im Jahr 1999 wurde die Entschädigung für Zeitaufwand auf 6135 € abgesenkt.

Im Gegenzug für diese Absenkung wird seit 1999 für Präsident und Vizepräsident eine zusätzliche Entschädigung für Verdienstaufschlag gezahlt, wenn sie sich entscheiden, ihre Berufstätigkeit für das Amt zurückzustellen. Niedergelassene müssen dann ihre Praxis mit einem Vertreter bestücken, Krankenhausärzte erleiden durch eine Reduktion ihrer Arbeitszeit in der Klinik Gehaltseinbußen, die ihnen von der Kammer bis zur Höhe ihres Ausfalls erstattet werden. Dies neue Entschädigungselement war ganz bewusst eingeführt worden, um nicht nur Rentner, sondern noch mitten im Klinik-/Praxisbetrieb stehende Ärzte für diese Ämter zu gewinnen (Ex-Kammerchef Huber, der die Position neben einer unternehmensberaterischen Tätigkeit ausübte, war da eine Ausnahme). Um dieses zweite Element der Vorstandsent-schädigung ging es an diesem Abend aber nicht, sondern um das erste, die Entschädigung nach Zeitaufwand. Der aktuelle DV-Beschluss hebt diese Summe nun von 6136 € auf 9332 € an.



Die Behandlung des Themas in der DV ging nicht unkontrovers über die Bühne. Gleich zu Beginn beantragte Dr. Andreas Grüneisen (Fraktion Gesundheit) Nichtbefassung. In geheimer Abstimmung wurde dies jedoch mit 16 zu 24 Stimmen abgelehnt. Im ersten Wortbeitrag der Debatte kritisierte Hermann Brehme (Liste Macht's Besser), der für den Präsidenten von der Kammer gezahlte Verdienstaufschlag liege nach seinen Informationen höher als für einen Stationsarzt üblich. Brehme wollte wissen, ob das denn richtig sei. Vizepräsident Dr. Elmar Wille (Fraktion Allianz) bemerkte hierzu, dass die Kammer sich diesbezüglich nach den Angaben der betreffenden Klinik zum Arbeitgeberbrutto richte. Und er gab zu verstehen, dass er nicht daran denke, die Klinik-Gehälter einzelner Vorstandsmitglieder im Parlament diskutieren zu lassen. Hierauf stellte Dr. Helmut Mälzer (Liste Allianz) einen Antrag auf Schluss der Debatte; dem mit 23 Ja-Stimmen, 16 Nein-Stimmen und einer Enthaltung gefolgt wurde.

Neu in der DV

Dr. Kurt Höfeld (Fraktion Gesundheit) hat aus zeitlichen Gründen sein Amt in der Delegiertenversammlung niedergelegt. Für ihn rückt Dr. **Hans-Joachim Eichinger** neu ins Kammerparlament nach. Eichinger war bereits in der vergangenen Amtszeit DV-Mitglied. Er ist niedergelassener Psychotherapeut aus Zehlendorf.

Es kam zu zwei Änderungsanträgen der Fraktion Gesundheit, die beide in offener Abstimmung abgelehnt wurden (Antrag Andreas Grüneisen: Verteilung des Gesamtbeitrags der Erhöhung auf die Mitglieder des Vorstandes ohne Präsident und Vizepräsident; Antrag Volker Pickerodt: Erhöhung nicht rückwirkend, sondern erst ab 1.5.2003). Dann folgte die Verabschiedung der Vorlage mit großer Mehrheit.

Allgemeinmedizin und Internisten ...

Der zweite Top des Abends widmete sich der Vorbereitung des Deutschen Ärztetages in Köln, auf dem die Diskussion um die neue Weiterbildungsordnung in die zweite Runde geht. Hier wird die geplante gemeinsame Basisweiterbildung (Common Trunk) von Allgemeinmedizin/ Innerer Medizin und Innerer Medizin mit Schwerpunkt eine besondere Rolle spielen. Die Allgemeinmediziner Dr. Hans-Peter Hoffert und Prof. Vittoria Braun (beide BDA) führten ins Thema ein.

Auf dem vergangenen Ärztetag in Rostock war beschlossen worden, für beide Disziplinen künftig eine dreijährige gemeinsame Basisweiterbildung vorzusehen. Zwei Jahre sollten in der Inneren Medizin obligat stationär stattfinden und das dritte Jahr in anderen Gebieten (auch ambulant) absolviert werden können (denkbar war hier ein Durchlauf durch bis zu vier Fächer à 3 Monate). An diese Basisweiterbildung sollte sich für die künftigen Fachärzte für Allgemeinmedizin/Innere Medizin eine zweijährige aufbauende Weiterbildung anschließen. Für Schwerpunkt-Internisten kommen noch drei Jahre hinzu, bis sie mit dem „Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt XY“ abschließen. Im Rahmen der Vorarbeiten zum kommenden Deutschen Ärztetag war von der ursprünglichen Rostocker Planung jedoch abgewichen worden. Der Common Trunk sollte nun über den gesamten Zeitraum von drei Jahren nur in der Inneren Medizin stattfinden. Die Möglichkeit, im dritten Jahr auch Einblick in andere Fächer zu nehmen war damit nicht mehr gegeben. Aufgrund

massiver Proteste aus den Weiterbildungs-gremien der Landesärztekammern und den Berufsverbänden kehrte der Vorstand der Bundesärztekammer im März wieder zum Rostocker Modell zurück. Vor der Delegiertenversammlung erläuterten Allgemeinmediziner und Internisten, warum sie diesen Schritt begrüßen und womit sie zuvor nicht einverstanden waren.

... müssen sich zusammenraufen

Den Allgemeinmedizinern, so Vorstandsmitglied Prof. Vittoria Braun (BDA), war beim Abweichen von der Rostocker Planung das zu absolvierende Fächerspektrum zu eng und die Innere Medizin zu stark betont. „Der Arzt sieht einfach zu wenig, wenn er in seiner Weiterbildung fast nur Innere und Chirurgie macht. Seine Kompetenz, zum Beispiel in der HNO, der Kinderheilkunde oder der Orthopädie, wird nicht genügend ausgebaut“, sagte Braun.

Auch die Internisten waren nicht zufrieden und noch immer ist ihnen die Gesamtkonstruktion ein wenig unheimlich. Sie befürchten, dass sich ihre Fachlichkeit zu sehr verengt, weil es künftig keinen „einfachen Internisten“ mehr geben wird, sondern nur noch einen mit Schwerpunktbildung. „Die Innere Medizin könnte Defizite erleiden, wenn sie gezwungen ist, sich nur noch in Spezialdisziplinen zu zerfleddern“ befürchtete

Dr. Maria Birnbaum (Fraktion Gesundheit). Viele Internisten, so Birnbaum, würden deshalb am liebsten die gesamte Idee des Common Trunk in Köln wieder kippen.

Kompromiss gangbar

In der aktuellen Fassung ist nach den Veränderungen wieder alles wie in Rostock und der obligate Anteil der Inneren Medizin im Common Trunk für künftige Hausärzte auf 2 Jahre reduziert. Ein gangbarer Kompromiss? Mit Einschränkung ja, meinte Hausarztinternist Dr. Ulrich Piltz (Fraktion Gesundheit). Er plädierte in der Delegiertenversammlung leidenschaftlich für eine bessere Integration von Innerer und Allgemeinmedizin und begrüßte deshalb das Common Trunk-Modell. Im Gegensatz zu Vittoria Braun geht Piltz davon aus, dass das Patientenspektrum in der Hausarztpraxis einen beachtlichen Anteil internistischer Fälle aufweist, so dass eine bessere Integration durchaus Sinn mache.

Auch Dr. Klaus Thierse (Marburger Bund), Dr. Wolfgang Kreischer (BDA), Dr. Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit), und Dr. Rüdiger Brandt (Fraktion Gesundheit) plädierten dafür, die jetzigen Planungen anzunehmen. Ginge es nach dem Stimmungsbild der DV, wird Berlin die jetzt für Köln vorbereitete Vorlage mittragen. SyGo



Nachruf der Berliner Medizinischen Gesellschaft

Die Berliner Medizinische Gesellschaft trauert um ihr Ehrenmitglied und Träger der Albrecht-von-Graefe-Medaille, Professor Dr. med. Hans Herken, emeritierten Ordinarius für Pharmakologie und Toxikologie an der FU Berlin.

Professor Herken hat als Vorsitzender von 1974 bis 1981 unsere Gesellschaft wesentlich gestaltet und ihr ein hohes Ansehen verschafft. In den schwierigen Zeiten der 60er Jahre hat Prof. Herken durch seine wissenschaftliche Reputation dazu beigetragen, der Berliner Medizin ihre nationale und internationale Stellung zu erhalten. Wir danken ihm für seine unschätzbaren Verdienste um die Medizin.

Für den Vorstand:
Prof. Dr. med. Helmut Hahn
(Vorsitzender der Berliner Medizinischen Gesellschaft)

Zum Tode von Hans Herken

Am 21. März dieses Jahres verstarb Professor Dr. med. Hans Herken, der am 30. Juni 2002 neunzig Jahre alt wurde. Er war von 1953 bis 1983 Direktor des Instituts für Pharmakologie an der Freien Universität Berlin. Mit großem Engagement hat er am Aufbau der Freien Universität und des Universitätsklinikums Benjamin Franklin mitgewirkt. Von 1962 bis 1964 war er Vorsitzender der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft und von 1974 bis 1980 Vorsitzender der Berliner Medizinischen Gesellschaft. 1977 wurde er in die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina berufen. Er war Träger zahlreicher nationaler und internationaler Auszeichnungen und Ehrenmitgliedschaften.

Hans Herken begann als junger Assistent mit Arbeiten über den damals so genannten „Schädigungs- oder Erregungsstoffwechsel“ und befasste sich dann bei Kögel in Utrecht mit der sterischen Spezifität der Aminosäuren in Krebszell-Proteinen. Nach dem Kriege waren Hungerödeme keine seltene Krankheit, die Hans Herken zum Interesse an der Entwicklung moderner Diuretika führte. Hierbei untersuchte er zunächst nicht resorbierbare Ionenaustauscher, später Thiazide und andere Verbindungen.

Bereits in den 50er Jahren beschäftigte sich Hans Herken mit dem Stoffwechsel der Pharmaka im tierischen Körper und fand parallel zu amerikanischen Forschern erstmals Stoffe, die den Abbau von Arzneimitteln hemmen und dadurch deren Wirkung verstärken. Eine

schwere Vergiftung mit dem sonst so harmlosen Lokalanästheticum Novocain, das ein Patient nicht abbauen konnte, weil ihm das dafür erforderliche Enzym fehlte, führte zu zwei neuen Zweigen der Pharmakologie, Arzneimittelstoffwechsel und Pharmakogenetik.

Hans Herken hat die Pharmakologie an der Freien Universität im Laufe der Jahre stark geprägt. Hier entstanden die ersten deutschen Lehrstühle Klinische Pharmakologie, Neuropsychopharmakologie und Embryopharmakologie/Toxikologie. Nach seiner Tätigkeit als Hauptgutachter im Contergan-Prozess hat Herken als Vorsitzender der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft im Jahre 1962 erstmals in Deutschland verbindliche Richtlinien für die pharmakologische Prüfung neuer Arzneimittel am Tier und in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin auch für die klinische Prüfung am Menschen erlassen. Seine Forderung, eine gesetzliche Regelung für die Zulassung neuer Arzneimittel zu schaffen, wurde 1976 endlich erfüllt.

Hans Herken war ein Mann mit humanistischer Bildung, der mit klassischer Literatur so vertraut war wie mit klassischer Musik. So hat ihm sein Freund Boris Blacher ein Konzert für die zwölf Cellisten der Berliner Philharmoniker gewidmet. Die deutsche Pharmakologie und die Freie Universität verlieren mit ihm einen bedeutenden Wissenschaftler und akademischen Lehrer.

Prof. Dr. med. Günter Schultz

I. DIAGNOSTIK

A. ANAMNESE

Speziell Befragung zu **Osteoporose-Risikofaktoren** (Tabelle 1, s. a. Tabelle 1 der ausführlichen Therapieempfehlung).

Tabelle 1: Risikofaktoren für die primäre Osteoporose als Grundlage für die Indikationsstellung zur Osteodensitometrie (modifiziert nach DAGO 1996)

Relevante Risikofaktoren

- Frakturen ohne adäquates Trauma
- Körpergrößenabnahme > 4 cm

Weitere Risikofaktoren

- Östrogenexpositionszeit zwischen Menarche und Menopause von < 30 Jahren
- Lange amenorrhöische Phase > 1 Jahr
- Familiäres Osteoporoserisiko bei Verwandten 1. Grades (Hüftgelenks- und Wirbelkörperfrakturen)
- Unterernährung, Untergewicht (BMI < 18)
- Asymptomatischer Hyperparathyreoidismus*
- Erkrankungen, die ein Osteoporoserisiko bergen, auch durch Immobilisation*

* Für Patienten mit zusätzlichen Risikofaktoren oder Ursachen für eine sekundäre Osteoporose kann die Auflistung in Tabelle 1 nicht ausreichen (s. Tabelle 1 der ausführlichen Therapieempfehlung). Die Knochendichtemessung bedarf daher in diesen Fällen der besonderen Begründung und Dokumentation.

B. WEITERE DIAGNOSTIK

- **Klinische Untersuchung:** Hinweise auf Wirbelkörperfrakturen (Körpergrößenabnahme, Rundrücken, Rückenschmerzen, Rippen-Becken-Abstand ↓, Tannenbaumphänomen, Beweglichkeit), Hinweise auf periphere Frakturen (Schmerzen und Funktionseinschränkung), Zeichen einer Grunderkrankung für sekundäre Osteoporose (s. a. Tab. 1 der ausführlichen Therapieempfehlung).
- **Laboruntersuchungen:** Basisdiagnostik s. Tab. 2 (spezielle Diagnostik inkl. Untersuchung der »Knochenmarker« s. ausführliche Therapieempfehlung). Eine Bestimmung der Knochenmarker ist nur dann zu erwägen, wenn mit anderen Methoden keine Aussage zum Osteoporoserisiko erlangt werden kann.
- **Technische Untersuchungen:** Röntgenuntersuchungen, Osteodensitometrie (DXA), Skelettszintigraphie, Beckenkammibiopsie.

Tabelle 2: Basisdiagnostik zu sekundären Osteoporoseursachen

BLUT	zum Ausschluss von
Calcium, Phosphat	Hyperkalzämien (Knochenerkrankungen, Knochenmetastasen, primärer Hyperparathyreoidismus), Hypokalzämie bei sekundärem Hyperparathyreoidismus (z. B. durch Niereninsuffizienz)
alkalische Phosphatase (AP)	Osteomalazie/Hepato- oder Cholezystopathie
Kreatinin	Niereninsuffizienz
BSG, Blutbild	hämatologischen Systemerkrankungen, multiplem Myelom, in das Skelett metastasierendem Karzinom
URIN	
Eiweiß (Bence Jones)	multiplem Myelom

Neue Therapieempfehlungen

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft veröffentlicht etwa viermal im Jahr unabhängige Therapieempfehlungen zu den verbreitetsten Volkskrankheiten. Sie erscheinen jeweils als Heft in einer Langversion und als Extrakt in Kurzfassung. Unter www.akdae.de können die Empfehlungen auch von der Homepage der Arzneimittelkommission (Kapitel: Therapieempfehlungen, Aktuelle Hefte) heruntergeladen werden. Um sie in der Ärzteschaft noch bekannter zu machen, drucken wir die Kurzfassung jeweils aktuell in BERLINER ÄRZTE ab. Hier sind die aktuellen Empfehlungen zur Osteoporose.

II. INDIKATION

Die Indikation zur Prävention oder Behandlung ist abhängig vom individuellen Osteoporoserisiko und ergibt sich **nicht aus dem osteodensitometrischen Befund allein, sondern erst durch Einbeziehung weiterer anamnestischer und/oder klinischer Risikofaktoren** (Tabelle 1, Abbildung 1).

III. THERAPIE

A. NICHTMEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN

In Abhängigkeit von Alter, Osteoporoseform und -risiko (Tabelle 5):

- Gesunde Ernährung
- Körperliche Aktivität
- Physiotherapie
- Hüftprotector

B. MEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN

(Zu Wirkstoffen, Dosierung, Nebenwirkungen und Kontraindikationen s. Tabellen 3 und 4)

Bei der **Wirkstoffauswahl** zur Prävention oder Therapie der Osteoporose sind neben der Beachtung der Kontraindikationen folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Beleg der Wirksamkeit zur Frakturrisikoreduktion
- Eignung von Wirkstoffen einschliesslich Nebenwirkungsprofil für die individuelle Indikationsstellung
- Individuelle Wirkung und Verträglichkeit
- Patientenpräferenzen

Antiosteoporotika der 1. Wahl

sind aufgrund Wirksamkeitsnachweis und Nebenwirkungsprofil allgemein zur Prävention bzw. Therapie geeignet:

- Bisphosphonate: Alendronat, Risedronat, (Etidronat)
- Raloxifen
- Calcium und Vitamin D₃

Hiervon existieren lediglich für Alendronat, Risedronat sowie für die Kombination von Calcium + Vitamin D₃ begründete Hinweise für eine Reduktion von **Schenkelhalsfrakturen**.

Die Kombination **Calcium + Vitamin D₃** ist **Basistherapie aller Therapieschemata. Nur für die Typ-II-Osteoporose** kann ein **alleiniger Einsatz** von Calcium + Vitamin D₃ indiziert sein.

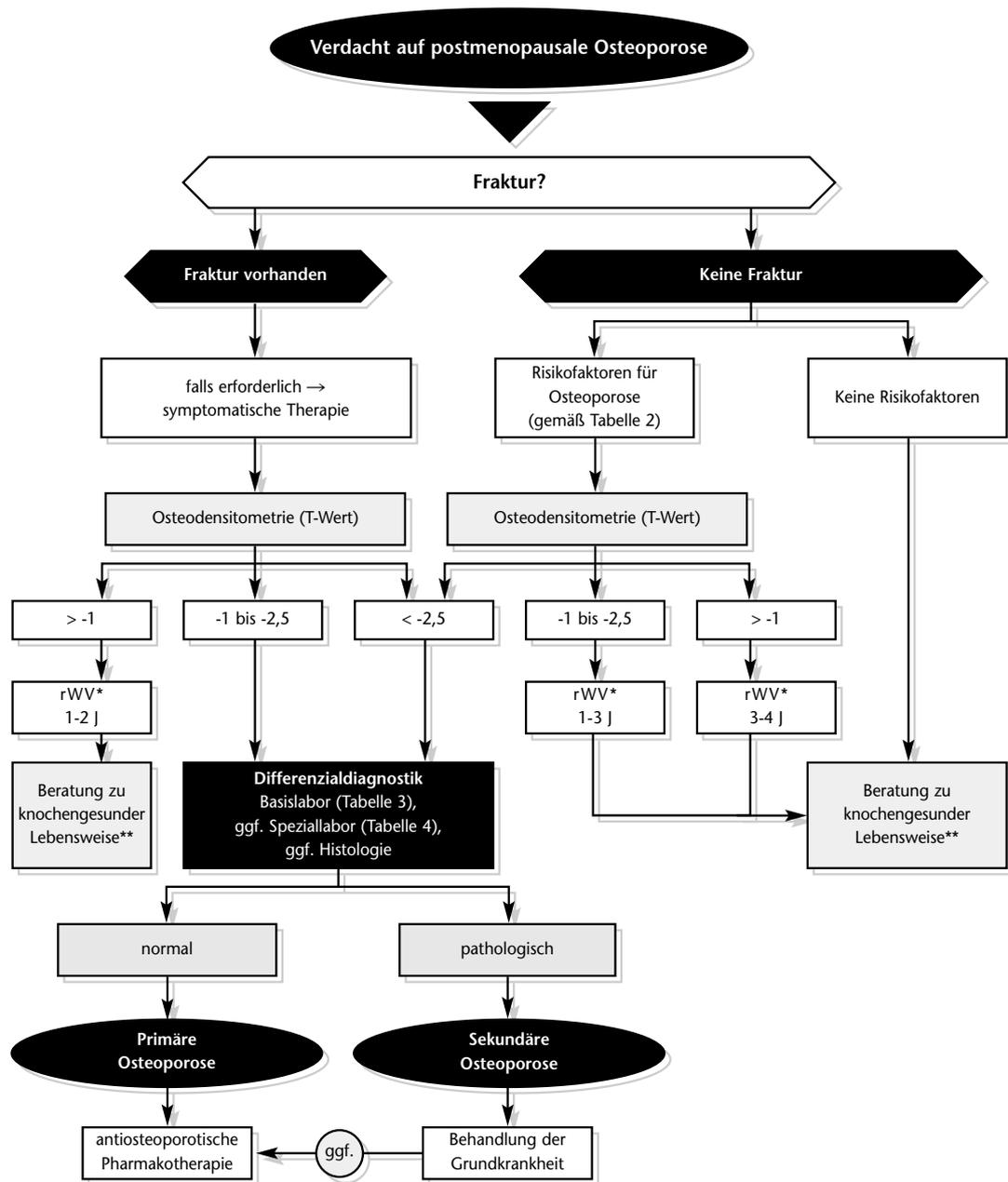
Antiosteoporotika der 2. Wahl

sind aufgrund ihres nachrangigen oder nicht hinreichenden Belegtheitsgrades oder aufgrund ihres Nebenwirkungspotenzials nicht allgemein zur Prävention oder Therapie der Osteoporose geeignete Arzneimittel:

- Calcitonine
- Fluoride
- Anabolika
- Östrogene bzw. Östrogen/Gestagen-Kombinationen (Hormonersatztherapie)

AUF EINEN BLICK: OSTEOPOROSE

Abbildung 1: Synopsis: Vom Verdacht zur Therapie bei Osteoporose



* rWV = risikoadaptierte Wiedervorstellung. Bei Betreuung durch den Gynäkologen können diese auch im Rahmen der jährlichen Kontrolluntersuchung realisiert werden.
 ** ausreichende körperliche Bewegung und Optimierung der Zufuhr von Calcium und Vitamin D

AUF EINEN BLICK: OSTEOPOROSE

Die Wirksamkeit der Hormonersatztherapie ist seit der WHI-Studie als belegt anzusehen. Bei der Indikationsstellung zur Osteoporoseprävention mit der Hormonersatztherapie sind in besonderem Maße gemeinsam mit der Patientin die individuellen Vorteile gegenüber Risiken abzuwägen:

Nachweisliche Vorteile (Wirksamkeit) einer Hormonersatztherapie bei

- Osteoporose
- Klimakterischen Beschwerden

Nachweisliche Risiken einer Hormonersatztherapie

- Erhöhtes Thromboembolierisiko
- Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko (inkl. Schlaganfall)
- Erhöhte Brustkrebhäufigkeit
- Erhöhte Häufigkeit von Gallenblasenerkrankungen

Begleitende medikamentöse Maßnahmen

- Bei osteoporotisch bedingten Schmerzen: Paracetamol, nicht-steroidale Antirheumatika, bei schweren Schmerzzuständen auch Opioide.

Besondere Patientengruppen oder Erkrankungsformen

- Zur Glucocorticosteroid-induzierten Osteoporose (GIO) oder
- Osteoporose des Mannes
siehe ausführliche Therapieempfehlungen

Tabelle 5 fasst das präventive bzw. therapeutische Vorgehen bei den verschiedenen Formen der Osteoporose zusammen.

Tabelle 3: Zur Prävention und Therapie der Osteoporose eingesetzte Medikamente (orale Darreichungsformen), mittlere Tagesdosen, wichtige Nebenwirkungen, Interaktionen und Kontraindikationen (UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkungen, IA: Arzneimittelinteraktionen, pd: pharmakodynamische IA, pk: pharmakokinetische IA, KI: Kontraindikationen)

Wirkstoffe	Mittlere Tagesdosierung (mg) oral
Antiresorptiva	
Östrogene	s. Tabelle 4
Calcium + Vitamin D	500-1000 mg; Prävention: 500-1000 IE; Typ I-Therapie: 1000 IE; Typ II-Therapie: 3000-5000 IE
UAW: Hyperkalzurie, Hyperkalzämie bei zu hoher Dosierung, Hypophosphatämie, Übelkeit, Obstipation	
IA: Erhöhung der <i>Digitalistoxizität</i> (pd), Hyperkalzämie bei <i>Thiazidgabe</i> (pd), 2-3-stündlicher Abstand zur Einnahme von <i>Eisen</i> , <i>Tetracyclinen</i> , <i>Fluoriden</i> und <i>Bisphosphonaten</i> (pk)	
KI: Hyperkalzämie/-urie (Immobilisierung), Nierensteine, Gewebsverkalkungen (Nephrokalzinose), Niereninsuffizienz, primärer Hyperparathyreoidismus, Vitamin-D-Hypervitaminose (Cave: Schwangerschaft), Myelom, Knochenmetastasen	
Bisphosphonate	
Etidronat	400 mg p. o. über 14 Tage, anschließend 1000 mg Calcium über 10 Wochen. Danach nächster Zyklus à 3 Monate
Alendronat	10 mg p. o. kontinuierlich einmal täglich oder 70 mg p. o. einmal wöchentlich
Risedronat	5 mg p. o. kontinuierlich (1 Tablette)
UAW: Gastrointestinale Beschwerden (Dyspepsie, Obstipation, Diarrhoe), Ösophagusulzerationen (Alendronat), Mineralisationsstörungen (Etidronat), Muskel-, Knochen-, Gelenkschmerzen, Verminderung der Serumkalziumkonzentration	
IA: Verminderung der Bisphosphonatabsorption durch <i>Antazida</i> oder <i>Kalzium</i> (pk), daher Einnahme im Abstand von 2 Stunden , Verstärkung gastrointestinaler Beschwerden durch <i>NSAR</i> (pd)	
KI: Alendronat und Risedronat: Entleerungsverzögerung der Speiseröhre (z. B. Strikturen, Achalasie, Unfähigkeit für 30 min aufrecht zu stehen oder zu sitzen), Hypokalzämie, Osteomalazie (Etidronat), schwere Niereninsuffizienz, Schwangerschaft	
Raloxifen	60 mg p. o. kontinuierlich (1 Tablette)
UAW: Thromboembolien, Hitzewallungen, grippeähnliche Symptome, Wadenkrämpfe, periphere Ödeme, Gewichtszunahme, gastrointestinale Beschwerden	
IA: <i>orale Antikoagulantien</i> : Verringerung der Prothrombinzeit, <i>Colestyramin</i> hemmt Absorption (pk)	
KI: Gebärfähigkeit, Thromboembolien in der Vorgeschichte, eingeschränkte Leberfunktion, schwere Niereninsuffizienz, ungeklärte Uterusblutungen, Endometrium- oder Brustkrebs	
Calcitonin	2 x 50 µg s. c. (nasal 400 µg)
UAW: Lokalschmerz am Injektionsort, Hitzewallungen (Flush), Diarrhoe, Übelkeit, Erbrechen, anaphylaktoide Reaktionen, Antikörperbildung	
IA: Verminderung der <i>Lithium</i> -Serumkonzentration (pk)	
KI: Überempfindlichkeit, Hypokalzämie, Schwangerschaft und Laktation	
Osteoanabolika	
Fluoride	
Natriumfluorid (NaF)	20 mg bioverfügbares Fluor p. o., d. h. 50-80 mg NaF p. o.
Monofluorophosphat (MPF)	20 mg bioverfügbares Fluor, p. o.
UAW: gastrointestinale Beschwerden, Gelenk- und Knochenschmerzen (Unterschenkel-Schmerzsyndrom), bei hoher Fluoridaufnahme: Osteosklerose	
IA: Bei NaF: Einnahme von <i>Antazida</i> , <i>Calcium</i> oder <i>Milch</i> im Abstand von 2 Stunden (pk)	
KI: Schwangerschaft, Stillzeit, Osteomalazie, schwere Nieren- oder Leberschäden; relativ: Wachstumsalter, Gebärfähigkeit	
Anabolika	
Nandrolat	25-50 mg i. m. alle 4 Wochen für 6 Monate, danach 3 Monate Pause.
UAW: Wasser- und Salzretention können zu Ödemen, Gewichtsanstieg und Verschlechterung von Herz-Kreislaufkrankungen führen; Myokardhypertrophie/-nekrosen, psychiatrische Symptome (Reizbarkeit, Aggressivität), Virilisierung, Störung von menstrueller Blutung und Spermatogenese, Hepatotoxizität, atherogene Lipidveränderungen, wachstumsstimulierende Wirkung auf Prostatakarzinom und Mammakarzinom des Mannes	
IA: Anabolika verstärken die Wirkung von <i>oralen Antikoagulantien</i> (pd/pk)	
KI: Schwangerschaft, Prostata- und Mammakarzinom des Mannes, Hyperkalzämie/-urie	

AUF EINEN BLICK: OSTEOPOROSE

Tabelle 4: Östrogene und Östrogen-Gestagen-Kombinationen zur Prävention und Therapie der Osteoporose, Dosierung s. Fachinformationen, wichtige Nebenwirkungen, Interaktionen und Kontraindikationen (UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkungen, IA: Arzneimittelinteraktionen, pd: pharmakodynamische IA, pk: pharmakokinetische IA, KI: Kontraindikationen)

Wirkstoffe
<p>Östrogen-Monopräparate Estradiol (-valerat): oral, Pflaster Östrogene (konjugiert): oral</p> <p>Kombinationspräparate Östrogen-/Gestagen-Kombinationen: oral, Pflaster Östrogen (konjugiert)/Gestagen-Kombinationen: oral</p> <p>UAW: endometriale Blutungen; Mastodynie; Übelkeit; migräneartige Kopfschmerzen; Ödeme, Gewichtszunahme und Blutdruckerhöhung; erhöhtes Auftreten von Thromboembolien, Herzinfarkt u. Schlaganfall; depressive Verstimmung; Leberfunktionsstörungen; erhöhtes Risiko für Lebertumoren, Mammakarzinom, Endometriumkarzinom, evtl. auch Ovarialkarzinom (bei alleiniger Östrogengabe) und Gallenwegserkrankungen</p> <p>IA: Wirkungsverminderung von <i>gerinnungshemmenden</i> und <i>antidiabetisch</i> wirkenden Medikamenten (pd), Verminderung der Östrogenwirkung durch <i>Enzyminduktoren</i> (z. B. <i>Carbamazepin, Phenytoin, Rifampicin</i>) möglich (pk)</p> <p>KI: Mammakarzinom oder andere östrogenabhängige Tumoren (Endometriumkarzinom); Lebertumoren oder schwere Leberfunktions- bzw. Stoffwechselstörungen; bestehende oder anamnestisch bekannte Venenentzündungen, -thrombosen, Thromboembolien; Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall; angeborene Fettstoffwechselstörungen; Otosklerose; Schwangerschaft und Stillzeit; nicht abgeklärte Uterusblutungen, Endometriose</p>

Tabelle 5: Übersicht zur Prävention und Therapie der postmenopausalen Osteoporose

	Primärprävention	Sekundär- und Tertiärprävention/Therapie Typ I (high turnover / low turnover) ^{††} Typ II (high turnover / low turnover) ^{††}	
Zielgruppe	Kinder und jugendliche Erwachsene	Patienten mit hohem Osteoporose-Risiko (Abbildung 3, Tabelle 2) oder manifestem Osteoporose	Patienten mit hohem Osteoporose-Risiko oder manifestem Osteoporose in hohem Alter, bei reduzierter Mobilität und verminderter Zufuhr von Calcium und Vitamin D
Ziel	»Knochengesundheit«, hohe peak bone mass	Senkung des Osteoporose- und Frakturrisikos	Senkung des Osteoporose- und Frakturrisikos, insbesondere von Schenkelhalsfrakturen
Nichtmedikamentöse Maßnahmen	gesunde Ernährung (Calcium + Vitamin D) und körperliche Aktivität	gesunde Ernährung (Calcium + Vitamin D) und körperliche Aktivität	gesunde Ernährung (Calcium + Vitamin D) und körperliche Aktivität, Physiotherapie, Hüftschutz
Medikamentöse Maßnahmen			
Basismedikation		Calcium und Vitamin D ₃	Calcium und Vitamin D ₃
weitere Antiosteoporotika		Bisphosphonate Raloxifen Östrogen (-Gestagen-Kombination) Calcitonin Fluoride	evtl. Bisphosphonate*
<p>^{††} Zur weiteren Differenzialtherapie hinsichtlich high und low turnover siehe ausführliche Therapieempfehlungen.</p> <p>■ Die Wirksamkeit der Substanzen zur Reduktion osteoporotischer Frakturen ist zumindest in therapeutischer Indikation anhand randomisierter kontrollierter klinischer Studien gesichert. Für Östrogen-Gestagen-Kombinationen ist die präventive Wirksamkeit bei postmenopausalen Frauen belegt.</p> <p>■ Ein hinreichender Wirksamkeitsnachweis fehlt. Der Einsatz wird mit pharmakodynamischen Wirkungen auf die Pathophysiologie der Osteoporose begründet.</p> <p>* Nur einsetzen, falls kein sekundärer Hyperparathyreoidismus mit Calcium- und Vitamin-D-Mangel vorliegt.</p>			

Fortbildungszertifizierung – erste Erfahrungen aus Berlin

Insgesamt wird die Fortbildungszertifizierung bei den Berliner Ärzten gut angenommen. 35 % der berufstätigen Ärzte führt bereits ein Punktekonto bei der Kammer. Allerdings gibt es große Unterschiede zwischen den Fachgruppen. Das Interesse an einem Fortbildungszertifikat ist zum Beispiel unter Gynäkologen und Pathologen ganz besonders groß. Bislang wurden allerdings erst 20 % der Teilnehmerlisten aus zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen ausgewertet. Nicht alle Fächer können auf ein gleichermaßen reichhaltiges Angebot an Veranstaltungen zurückgreifen. Für Internisten und Allgemeinmediziner wird mit Abstand am meisten angeboten, in den kleinen Fächern ist die Zahl der Kurse naturgemäß recht begrenzt. So ein erster Zwischenstand des Berliner Modellversuchs zur Fortbildungszertifizierung. (Die Red.)

Die Punkte kommen“– so schrieb „BERLINER ÄRZTE in seiner Dezember-Ausgabe 2000. Damit begann vor zwei Jahren auch in Berlin der Modellversuch zur freiwilligen Fortbildungszertifizierung. Damit folgte man einem Beschluss des Deutschen Ärztetages von 1999. Dort hatte man sich auf eine bundesweite probeweise Einführung verständigt und anvisiert, bis 2003 erste Erfahrungen zusammenzutragen. Die ärztliche Fortbildung als berufs begleitender und lebenslanger Prozess ist in der Berufsordnung fest verankert. Jede Ärztin/jeder Arzt ist dazu angehalten, seine Fachkenntnisse auf dem neuesten Stand zu halten. Mit dem freiwilligen Fortbildungszertifikat haben die Ärztekammern ein Angebot geschaffen, das es Ärzten ermöglicht, ihre regelmäßige Teilnahme an guter ärztlicher Fortbildung zu dokumentieren. Veranstaltungen werden nach definierten Qualitätskriterien begutachtet und nach einem Punktesystem zertifiziert.

Mindestens 35 % der Ärzte machen mit

Das System wird in Berlin gut angenommen. In den 4000 zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen, die seit April 2001 in Berlin stattfanden, wurden 125.000 Teilnehmer gezählt. Um Fortbildungspunkte zu sammeln, können Berliner Kammermitglieder sich auf den Teilnehmerlisten eintragen, sich vom

Veranstalter eine Bescheinigung aushändigen lassen oder ein Nachweisheft führen.

Diese Möglichkeiten werden rege genutzt. Für etwa 6000 Ärztinnen und Ärzte (das sind 35% der berufstätigen Kammermitglieder in Berlin) konnte allein aufgrund der Auswertung der Teilnehmerlisten, Einreichung der Teilnahmebescheinigungen bzw. Anforderung eines Nachweisheftes ein individuelles Punktekonto eingerichtet werden. Vermutlich liegt die Zahl der teilnehmenden Ärzte noch weit höher, denn bis jetzt wurden erst 20 % der Teilnehmerlisten ausgewertet.

Steigendes Interesse der Fortbildungsanbieter

Seit Januar 2001 wurden 6055 Veranstaltungen in Berlin von der Zertifizierungsstelle bewertet (s. auch Abb. 1).

Voraussetzungen für die Anerkennung: Die Veranstaltung muss dem aktuellen Kenntnisstand entsprechende medizinisch-fachlich bezogene Themen vermitteln und bei Planung und Durchführung müssen die Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung beachtet werden.

Die Kriterien, nach denen Fortbildungspunkte vergeben werden (45 Minuten entsprechen einem Fortbildungspunkt), und auch die Kategorisierung nach Fortbildungsformen sind bundesweit einheitlich gestaltet. Unterschieden wird zwischen Frontal-Veranstaltungen, mehrtägigen Kongressen und Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers. Das Interesse der Fortbildungsanbieter, ihre Veranstaltungen zertifizieren zu lassen, ist seit Beginn des Modellversuchs stetig gewachsen. Waren es im ersten Jahr noch 150, sind es jetzt etwa 210 Veranstaltungen, die monatlich zur Zertifizierung eingereicht werden.

Nur 45 % Frontalveranstaltungen

Welche Methoden und Inhalte sind bevorzugt und wer führt ärztliche Fortbildungen durch? Die höher bewerteten Fortbildungen mit konzeptioneller Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (Kategorie C: z.B. öffentliche Klinikkonferenzen, Seminare und Kurse, Workshops, Balintgruppen/Supervisionen, Qualitätszirkel) stellen 50% der anerkannten Fortbildungsmaßnahmen. 45 % sind Frontalveranstaltungen (Kate-

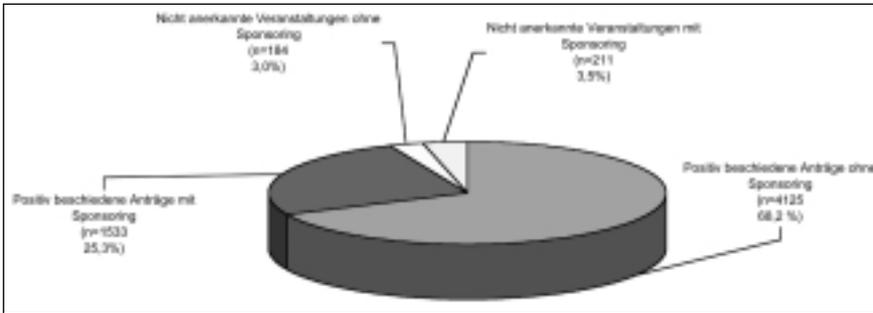


Abb.1. Zur Zertifizierung eingereichte Veranstaltungen in Berlin (4/2001 bis 3/2003)

gorie A: Vortrag und Diskussion) und 5 % Kongresse. Fachlich ist der Löwenanteil der zertifizierten Veranstaltungen interdisziplinär ausgerichtet. Das zweitgrößte Angebot finden Ärzte in der Inneren Medizin (22 % der zertifizierten Veranstaltungen) und in der Allgemeinmedizin (11%). Einen Überblick bietet hier Abbildung 2.

Überwiegend (60%) finden die anerkannten Fortbildungen unter der Federführung der Universitätskliniken (hier von 40%) und Krankenhäuser (hiervon 60%) Berlins statt. Medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften und

Berufsverbände gestalten etwa 5%, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ungefähr 7% der Fortbildungen. 7% sind Veranstaltungen der pharmazeutischen Industrie und Medizinproduktehersteller, weitere Anbieter sind Ärztevereinigungen, Verbände und medizinische Akademien.

Evaluationsbögen werden immer beliebter

Die Evaluation durch die teilnehmenden Ärzte ist unabdingbarer Bestandteil des systematischen Bewertungsprozess

ses einer Fortbildungsmaßnahme. Am Ende der Veranstaltung können die Teilnehmer auf einem standardisierten Fragebogen inhaltliche, methodische und didaktische Aspekte bewerten (Notensystem 1 bis 6). Zudem wird abgefragt, wie der Informationsgehalt, der eigene Erkenntnisgewinn, die klinische Relevanz des Stoffes und die Rahmenbedingungen des Kurses eingeschätzt werden. Das Instrument setzt sich durch; inzwischen geben 75% der Zuhörer einen Evaluationsbogen ab.

Zwischenzeitlich wurden rund 20% dieser Bögen ausgewertet, wobei Informationsgehalt und klinische Relevanz mit 1,5 die beste „Benotung“ erfahren haben. Breit gestreut ist hingegen das Urteil über die Auswahl der Fragestellungen, den eigenen Erkenntnisgewinn und die Tipps zum Selbststudium, obwohl bei der Gesamtbetrachtung auch hier gute Werte erreicht werden (Median: 1,8 bzw. 2,0). Die Analyse der Evaluationsergebnisse aus den Befragungen der Teilnehmer wird kontinuierlich fortgesetzt.

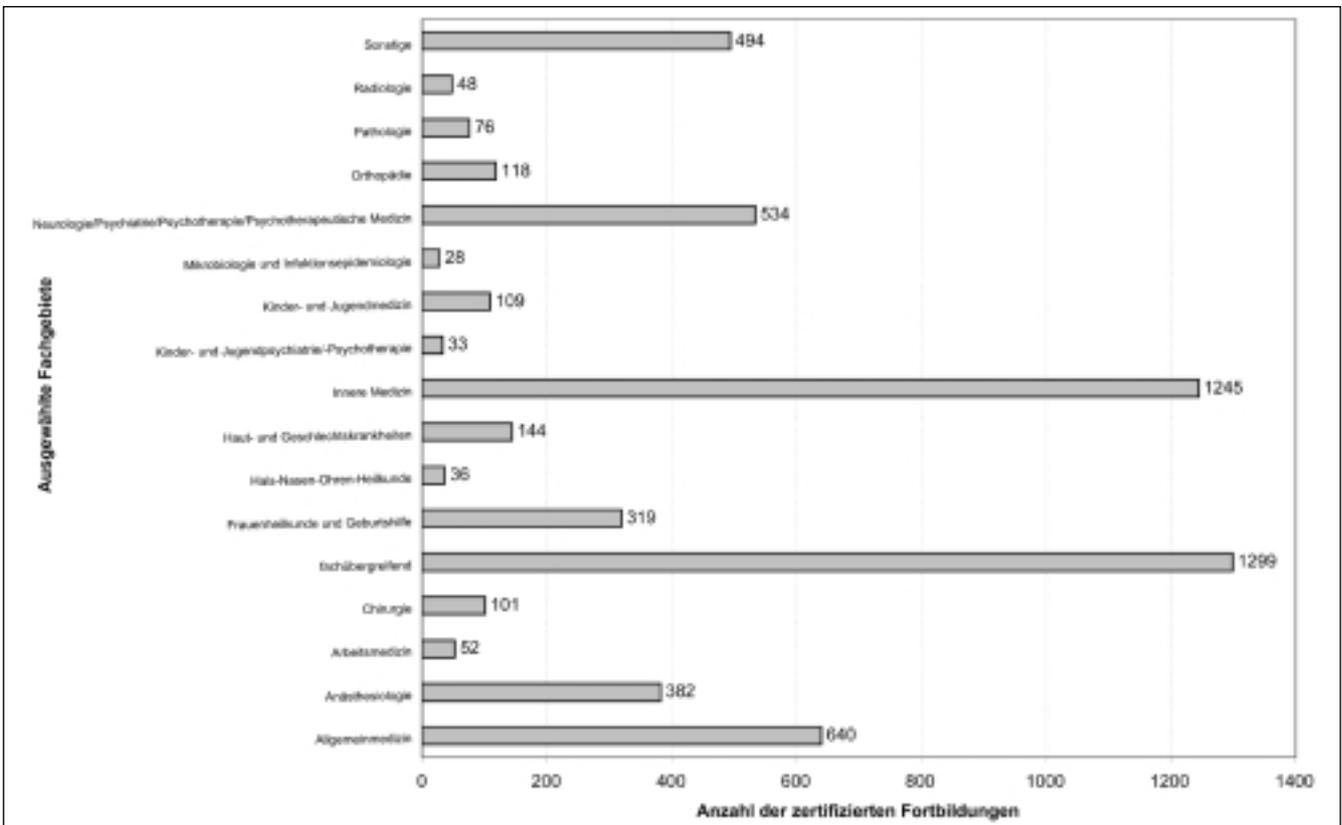


Abb. 2. Fortbildungsangebote in Berlin nach ausgewählten Fachgebieten
Beobachtungszeitraum: 1. 4.2001 bis 17.3.2001. Auswertung von 20 % der Teilnehmerlisten

Der Anteil der Fortbildungen, die ohne jegliche Unterstützung der pharmazeutisch-chemischen Industrie oder Medizinproduktehersteller auskommen, hält sich übrigens konstant bei etwa 70%. Referenten bzw. Organisatoren und Moderatoren gesponserter Fortbildungen garantieren mit ihrer Unterschrift die firmen- und produktneutrale Darstellung der Fortbildungsinhalte. Durchschnittlich 97% der Teilnehmer bestätigten das und sahen in den Vorträgen und Referaten die Firmen- und Produktneutralität auch tatsächlich gewahrt.

6 % Veranstaltungen wurden abgelehnt

Basierend auf den Beratungen der von der Delegiertenversammlung gewählten, monatlich tagenden Beiratsgruppen für die Fortbildungszertifizierung wurden etwa 6% der Veranstaltungen nicht zertifiziert. Abgelehnt wurden vor allem produktbezogen ausge-

richtete Veranstaltungen oder solche, die sich nicht mit medizinisch-wissenschaftlichen Themen oder mit nicht in der medizinischen Wissenschaft anerkannten Therapierichtungen beschäftigten. Entscheidungsgrundlage sind hier die Einladung und das Programm der Fortbildung sowie Vortragsabstracts.

Intensiv beteiligt sich die Ärztekammer Berlin in den Gremien und Arbeitsgruppen der Bundesärztekammer an der

Diskussion zur Zertifizierung. Die Ergebnisse und Erfahrungen aus den Modellversuchen zur freiwilligen Fortbildungszertifizierung werden bundesweit auf dem Deutschen Ärztetag in Köln (20. bis 23. Mai 2003) zusammengetragen.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Leiterin der Zertifizierungsstelle für ärztliche Fortbildung in der Ernst von Bergmann-Akademie in der Ärztekammer Berlin

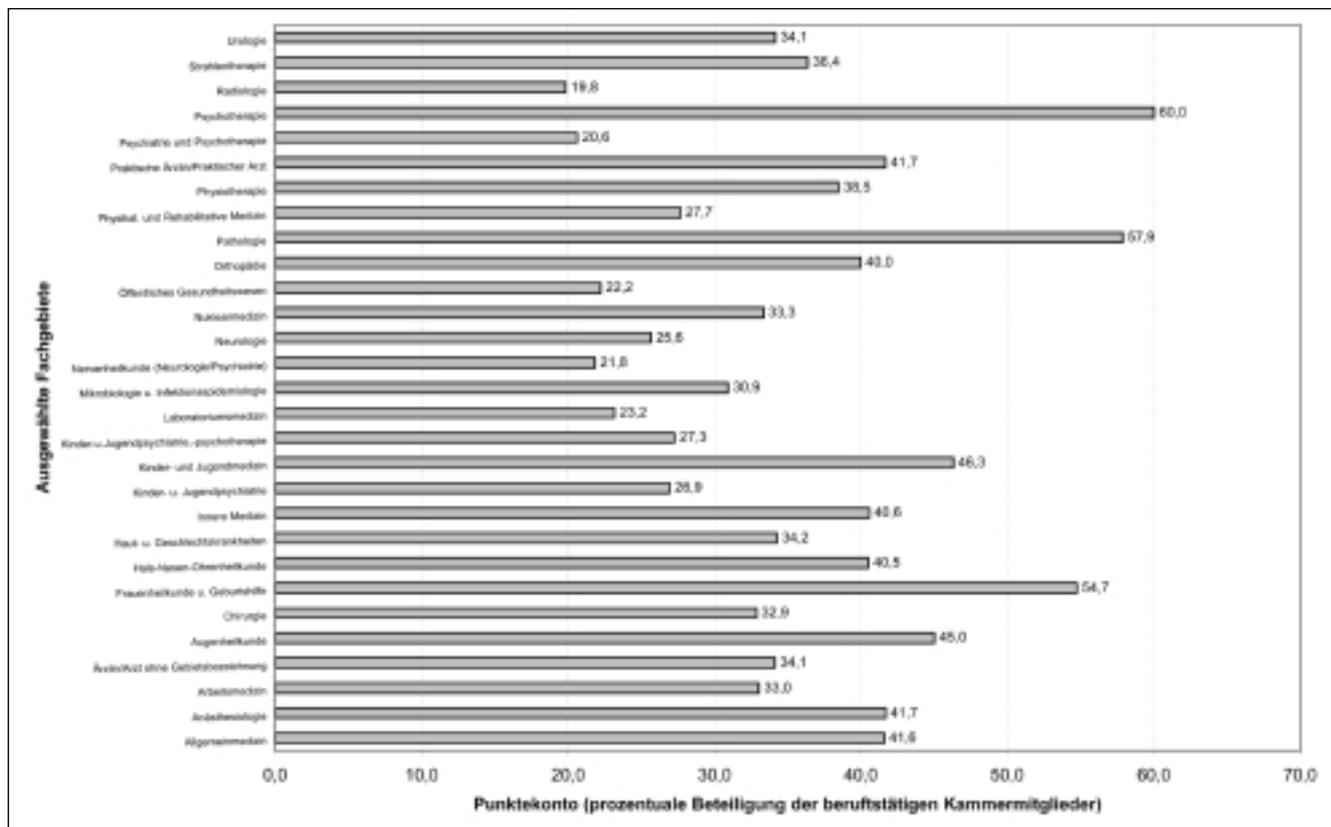


Abb.3. Punktekonto (Prozentuale Beteiligung der berufstätigen Berliner Ärzte nach ausgewählten Fachgebieten Beobachtungszeitraum: 1. 4.2001 bis 17.3.2001. Auswertung von 20 % der Teilnehmerlisten

Ethinylestradiol/Drospirenon

Thromboembolien

Aus Holland werden 5 Fälle von schweren Thromboembolien berichtet, die nach der Einnahme neuer Ethinylestradiol (EE)-/Drospirenon-haltiger Kontrazeptiva (in D: Petibelle®, Yasmin®) auftraten, z.B.
 – eine 17-Jährige nach 6-monatiger Einnahme: Letale Lun-

genembolie, keine Risikofaktoren

– eine 28-Jährige nach 4-monatiger Einnahme: Beinvenenthrombose, vorher Einnahme von EE/Desogestrel, unbekannt Risikofaktoren

– eine 35-Jährige nach 17-tägiger Einnahme: Lungenembolie, 4 Monate vorher Niederkunft.

Quelle: Brit. med. J. 2003; 326: 257

Anmerkungen: Die Datenlage über eine bessere Verträglichkeit neuer Kontrazeptiva ist ungenügend, schon aufgrund zeitlich begrenzter Erfahrungen. In Deutschland hat sich die Verordnung von Petibelle®/Yasmin® allein zu Lasten der GKV (bis 20. Lebensjahr) vom Jahr 2000 (Markteinführung) zum Jahr 2001 verdreifacht (17,4 Mio Tagesdosen). Zusammen mit einer steigenden Verordnung Desogestrel-haltiger Kontrazeptiva (eindeutig höheres Thromboserisiko im Vergleich zu Kontrazeptiva der 2. Generation wie Levonorgestrel) fragt sich, inwieweit allgemeine Warnungen über unterschiedliche Thromboserisiken oraler Kontrazeptiva bei Verordnungen berücksichtigt werden.

Nefazodon

Vertriebseinstellung

Schwere Verdachtsfälle von Leberschaden unter der Therapie mit dem Antidepressivum Nefazodon (Nefadar®) haben den Hersteller bewogen, sein Präparat nur noch bis April 2003 zu vertreiben. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärz-

teschaft (AkdÄ) hatte bereits 2001 auf die Hepatotoxizität dieses Arzneistoffes hingewiesen.

Aufgrund eines möglichen Auftretens vegetativer und zentralnervöser Symptome ist abruptes Absetzen zu vermeiden. Der Hersteller informierte über eine sichere Therapieumstellung.

Quelle: Pharm. Ztg. 2003; 148; 625

Anmerkungen: Neun Jahre nach Markteinführung hat sich das Nutzen/Risiko-Verhältnis von Nefazodon nun als negativ herausgestellt. Eine Gelegenheit, daran zu erinnern, dass auch bei lange eingeführten Arzneimitteln neue Risiken aufgedeckt werden und – in Hinblick auf die Sicherheit der Patienten oft mit medizinisch nicht begründbaren Verzögerungen – zu Konsequenzen führen können.

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

Postmenopausale Hormontherapie

Risikotabelle

In einem neuen Kommentar wird das zusätzliche Risiko einer postmenopausalen Hormontherapie mit konjugierten Estrogenen/Medroxyprogesteron dargestellt. Die Tabelle kann sich für eine Diskussion mit Patientinnen eignen, um ihnen das erhöhte Risiko einer Hormonersatztherapie, vor allem bei einer Einnahme von mehr als 2 Jahren, zu erläutern.

Zur Primär- und Sekundärprävention der KHK oder eines Schlaganfalles ist eine Hormonersatztherapie nicht geeignet. Auch „Indikationen“ wie Verbesserung der kognitiven Funktionen, Erhalt des jugendlichen Aussehens (gegen Hautalte-

rung, Haarausfall) oder Trockenheit der Augen fallen in den Bereich der Spekulationen. Zur Osteoporosetherapie sollten Risiken und Benefit genau beachtet werden. Dies gilt auch für den so genannten „Estrogen-Rezeptor-Modulator“ Raloxifen (Evista®).

Medizinisch sinnvolle Indikationen einer postmenopausalen Hormontherapie bleiben ausgeprägte vasomotorische Beschwerden und Atrophie-Syndrome (evtl. topische Applikation erwägen). Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat eine schriftliche Anhörung der pharmazeutischen Unternehmer eingeleitet (Stufenplanverfahren II).

Quelle: N.Engl.J.med.2003; 348: 579

Endpunkt	Ereignisse unter Estrogen/Gestagen(MPA)-therapie pro 1000 Frauen	
	nach 2 Jahren	nach 5,2 Jahren
KHK	3 zusätzlich	4 zusätzlich
Schlaganfall	1 zusätzlich	4 zusätzlich
Venenthrombose	6 zusätzlich	9 zusätzlich
Brustkrebs	0 zusätzlich	4 zusätzlich
Hüftfrakturen	1 weniger	2 weniger
Kolorektales Ca	kein Unterschied	3 weniger
Tod	kein Unterschied	kein Unterschied

Leflunomid

Interaktion mit Antikoagulantien

Die AkdÄ informiert über einen 49-jährigen Patienten, der nach 3-tägiger Einnahme von 100 mg/d Leflunomid (Arava®) wegen Hämaturie stationär aufgenommen werden musste. INR-kontrollierte Basisedikation war Warfarin. Nach Gabe von Leflunomid stieg die INR auf 11,0 und normalisierte sich erst nach Tagen. Die AkdÄ schätzt die Möglichkeit einer Interaktion von Leflunomid und Phenprocoumon (Falithrom®, Marcumar®, Generika), einem chemisch und phar-

makologisch nahem Verwandten von Warfarin, als sehr wahrscheinlich ein. In der Fachinformation von Leflunomid wird auf diese mögliche Wechselwirkung nicht hingewiesen.

In den USA wird zurzeit diskutiert, Leflunomid aus dem Handel zu nehmen. Einige Experten der Aufsichtsbehörde FDA hielten das Risiko dieses Arzneistoffes für höher als dessen Nutzen. Der Leiter der Abteilung „Arzneimittelsicherheit“ und ein externes Beratungskomitee stimmten dagegen.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2003; 100 (7): C 355; Brit. med. J. 2003; 326: 565