Der „AiP“ wackelt

Foto: Klaus Hemme

Sybille Golkowski

... ist Redakteurin der Zeitschrift BERLINER ÄRZTE bei der Ärztekammer Berlin

Gehört der AiP bald auf den Schrottplatz der Ärzteausbildungs-Geschichte? Die Chancen stehen gut! Offensichtlich ist man im Bundesministerium für Gesundheit wirklich gewillt es abzuschaffen. Eine entsprechende Vorlage zur Änderung der Bundesärzteordnung und Abschaffung des AiP im Jahre 2004 ist im Hause Schmidt jedenfalls schon fertig (siehe unsere Meldung auf Seite 10). Die Ministerin will sie noch im Sommer in den Bundestag einbringen.

Das sind wirklich gute Nachrichten. Würde damit doch endlich die Ära der Ausbeutung frischgebackener Jungärzte als Billigarbeitskräfte und Lückenfüller am Krankenbett enden. Vielleicht hat hier die Legion derer, die dem Arztberuf aus Frust den Rücken gekehrt haben, segensreiche Sogwirkungen entfaltet. Da viele junge Ärzte aus dem Beruf ausgestiegen sind, haben Kliniken mittlerweile Mühe, ihre AiP-Stellen zu besetzen. Nicht zum ersten Mal würde damit Politik weit mehr von denen beeinflusst, die mit den Füßen abstimmen als von denen, die das mit den Händen tun.

Trotz dieser erfreulichen Aussichten sei Ärztinnen und Ärzten, die sich 2004 noch im AiP befinden werden, eine gesunde Skepsis anempfohlen. Wie wir alle wissen, passt eher ein Kamel durch das berühmte Nadelöhr, als dass eine Gesetzesvorlage mit unmittelbarer Kostenwirkung ungeschoren durch Bundestag und Bundesrat gewunken wird. Denn auch wenn der Bundestag zustimmt, dürfte sich der Bundesrat als knifflige Hürde erweisen. Dort votieren die Bundesländer, die als Betreiber vieler Krankenhäuser von den Folgekosten direkt betroffen wären. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Länder der AiP-Abschaffung nur dann zustimmen, wenn der Bund den Kliniken finanziell unter die Arme greift, oder wenn die AiP-Abschaffung erst später, mindestens aber stufenweise erfolgt.

Wie die AiP-Abschaffung also im Einzelnen ausgestaltet werden soll, ab wann sie für wen gilt und was das Ganze am Ende kostet, all das ist jetzt Verhandlungsmasse. Wir dürfen gespannt sein, was sich zu diesem Thema im Sommer und Herbst im „politischen Raum“ noch alles tut. Selbstverständlich wird BERLINER ÄRZTE sofort berichten, wenn es Neues gibt. Eins ist aber klar: die Abschaffung des unseligen AiP war noch nie so nah und greifbar wie jetzt.

So ganz nebenbei entpuppt sich dabei ex post das ganze Rechtfertigungsgerüst, das in den 80er Jahren zur Einführung des AiP aufgebaut wurde, als vorgeschoben. Die Ärzteausbildung muss praktischer werden, das war damals die Devise. Klar muss sie das und die neue Approbationsordnung, die ab Oktober 2003 gilt, schreibt dies auch fest. Dass man das wichtige „Mehr an Praxis“ in den 80er Jahren aber nicht im Studium selbst, sondern über eine ans dritte Staatsexamen angehängte Klinikphase umsetzte, in der die jungen Ärzte bereits als vollwertige Arbeitskräfte, aber noch zu Hungerlöhnen eingesetzt werden, war immer schon durchsichtig. Natürlich ging es darum, Geld zu sparen. Und die Geschwindigkeit, mit der man sowas auch wieder abschaffen kann – wenn nur der politische Wille dazu da ist – zeigt, wie fadenscheinig die früheren Argumente für den AiP schon immer waren.

Ihre

DIE OFFIZIELLE ZEITSCHRIFT DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

40. JAHRGANG

BERLINER ÄRZTE

NR 6/2003

TITELTHEMA

Wo lassen Sie denken?

„Ich weiß, dass ich nichts weiß", sagte schon Descartes. Ganz so streng sollten Ärzte mit sich denn doch nicht sein, aber es ist sinnvoll, eigenes Wissen immer wieder kritisch zu prüfen und sich dabei unabhängiger Quellen zu bedienen. Unser Themenschwerpunkt ist ein Plädoyer für ein dauerhaftes Infragestellen überlieferter medizinischer Wahrheiten. Bleiben Sie wachsam!

Von Rosemarie Stein 12

EDITORIAL

Der „AiP" wackelt
Von Sybille Golkowski 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell* 6

Mitteilungen aus dem Robert-Koch-Institut 11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Die Kammer ist umgezogen!

Mit Telefonliste zum Herausnehmen in der Heftmitte. 18

Odyssee durch die Stadt
Der Umzug der Kammer gibt Anlass zu einem kurzen historischen Rückblick. Insgesamt sieben Dienstsitze hatte die Ärztekammer Berlin im Laufe ihrer über 100-jährigen wechselvollen Geschichte.
Von Manfred Stürzbecher 20

Buchbesprechung 21

Fortschreibung des Krankenhausplans schlägt höhere Wellen als erwartet
Von Nicolas Schönfeld 22

Berlin-Brandenburgische Suchtakademie gegründet 25

Erste Grundsatzentscheidung zu Patientenverfügungen
Der Bundesgerichtshof hat zur Frage der Einstellung einer lebenserhaltenden Therapie auf der Basis einer Patientenverfügung eine Grundsatzentscheidung gefällt.
Von Jeanne Nicklas-Faust 26

ARZT SEIN IN BERLIN

Die Gold-Karin
Portrait der Berliner Orthopädin PD Dr. Karin Büttner-Janz.
Von Thomas Loy 24

PERSONALIEN

Herzlichen Glückwunsch Modjtaba Nasseri 27

Günter Tembrock wird geehrt ..28

Heinz Heidrich kriegt Bundesverdienstkreuz 28

Rudi Stellmach ist tot 28

FEUILLETON

Munch und die Medizin
Der Maler Edvard Munch verlor zwei Verwandte an die Tuberkulose. Das Thema „Krankheit und Tod" ließ ihn niemals los und es taucht in vielen seiner Gemälde auf. Derzeit läuft eine Munch-Ausstellung im Kuperstichkabinett.
Von Rosemarie Stein 29

Impressum 34

Hartmannbund Berlin in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin laden zu folgender Veranstaltung ein:

Zukunftschancen für junge Mediziner

Chirurgie? Allgemeinmedizin? Pädiatrie? Labor? Niederlassung? Chefarzt? Pharmazie? Medizinjournalismus? Die Qual der Wahl?

Erfahrene Kliniker und Niedergelassene verschiedener Fachrichtungen berichten aus der Praxis. Was sieht die neue Weiterbildungsordnung hinsichtlich der Zukunft der Fachrichtungen vor? Abschließende Diskussion und Möglichkeit zur Beratung im Einzelfall.

Termin: Mittwoch, 18. Juni 2003, 19 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Referenten: u.a. Dr. Rudolf Fitzner (Laboratoriumsmedizin), PD Dr. Dietrich Banzer (Radiologie), Dr. Bernhard Meyfeldt (Transfusionsmedizin), PD Dr. Uwe Torsten (Gynäkologie), Dr. Oviudiu König (HNO), Dr. Thomas Scholz (Innere Medizin), Dr. Klaus Thierse (Orthopädie), Dr. Wolfgang Fellmann (Chirurgie).

Informationen und Anmeldung: Hartmannbund Berlin, Tel. 206 208 55, E-mail: lv.be@hartmannbund.de

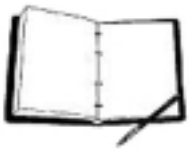
DGEM

Leitlinie zu enteraler Ernährung erschienen

Kürzlich wurde die Leitlinie der DGEM zu enteraler Ernährung veröffentlicht, auf die wir wegen der Empfehlungen der Ärztekammer Berlin im Märzheft besonders hinweisen wollen. Die Leitlinie enthält neben Grundlagenkapiteln verschiedene Indikationsgebiete wie Intensivmedizin, Chirurgie, Transplantation sowie internistische Fachgebiete. Damit bietet sie evidenzbasierte Empfehlungen für die einzelnen Indikationen. Der ethisch-rechtliche Hintergrund wird in einem Grundlagenkapitel behandelt.

Die Leitlinie ist als Sonderheft der Zeitschrift Ernährungsmedizin erhältlich. Zu bestellen ist sie über den Buchhandel oder direkt beim Georg Thieme Verlag, Tel. 0711/8931-333, per Fax unter -133 oder per Mail unter Kundenservice@thieme.de. Im Internet ist sie unter www.dgem.de zugänglich.

Personalplanung



Einstellungstermine für Auszubildende zur Arzthelferin

Die Neueinstellung von Auszubildenden zur Arzthelferin sollte in diesem Herbst zum 1.8. oder 15.8.2003 erfolgen, da die Sommerferien in Berlin und Brandenburg früher enden. Auszubildende, die nach dem 1. September eingestellt werden, werden ihre Abschlussprüfung nicht im Juni 2006 absolvieren können, da dann die vom Berufsbildungsgesetz vorgeschriebene Ausbildungszeit zur Prüfungsanmeldung nicht erreicht wird. Darüber hinaus gilt, dass bei Einstellungen, die nicht zu Halbjahresbeginn erfolgen, die Berücksichtigung von Praxiswünschen für die Schultage schwieriger ist. Hierfür ist es am günstigsten, eine Einstellung so früh wie möglich – so zum Beispiel jetzt für Anfang August – durchzuführen und dann bereits die Anmeldung an der Berufsschule zu veranlassen.

Konzert Orchester Äskulap

Das Orchester Äskulap Berlin e.V. lädt alle Berliner Ärztinnen und Ärzte zu seinem nächsten Konzert ein. Es findet statt am Sonnabend, 14. Juni 2003, 19.30 Uhr in der Kirche zum Heiligen Kreuz (Blücherstraße), am Samstag, 28. Juni 2003, um 19.30 Uhr in der Parochialkirche (Klosterstraße) und am Sonntag, 29. Juni 2003 um 17 Uhr im Havemann-Center (Havemannstr. 12 a/b) in Marzahn.

Auf dem Programm steht:

Carl Bergmann: „Duo Concertant“

Gustav Mahler: Aus dem Liederzyklus „Des Knaben Wunderhorn“

Robert Schumann: Sinfonie Nr. 3 Es-Dur. Op. 97 „Rheinische“

Dirigent: Jochen Süße

Eintritt 8 €, ermäßigt 5 €, Vorbestellungen unter Fax 24 10 750 oder an der Abendkasse.

Vernetzung

Selbsthilfegruppe

Seit September 2001 trifft sich in monatlichen Abständen eine Selbsthilfegruppe kranker Ärztinnen und Ärzte in Berlin. Anstoß hierzu gab ein im Jahre 2001 durchgeführter landesweiter Kongress zu diesem Thema in Heidelberg. Die Gruppe möchte ein Forum schaffen, das die Interessen kranker Ärztinnen und Ärzte sowohl in wie außerhalb des Berufs wahrnimmt und vertritt. Kolleginnen und Kollegen, die von Krankheit – in welcher Form auch immer – betroffen sind, sind herzlich willkommen.

Ansprechpartner in Berlin: Dr. med. Matthias Konrad, Kunigundenstr.1, 12105 Berlin, Tel.: 030-76007400, E-mail: konrad.berlin@gmx.de. Weiterführende Informationen auch im Internet unter: www.der-kranke-Arzt.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Schlosspark-Klinik

Zum 1. Juni 2003 übernahm **PD Dr. Thomas Lempert** die Leitung der Neurologischen Abteilung der Schlosspark-Klinik. Er löst **Prof. Dr. Bernd Holdorff** ab, der die Abteilung seit 1992 leitete und in den Ruhestand geht. Thomas Lempert kommt aus der Charité, wo er seit 1996 die Oberarztstelle der Neurologischen Klinik unter der Leitung von **Prof. Einhäupl** innehatte. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen.

Ev. Hubertus-Krankenhaus

Dr. med. Clemens Fahrig ist seit April 2003 neuer Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin. Sein Vorgänger, **Dr. Jürgen Brandes**, verabschiedete sich in den Ruhestand. Clemens Fahrig war zuvor Leitender Oberarzt in der Inneren Medizin des Franziskus-Krankenhauses. Sein Schwerpunkt auf dem Gebiet der Angiologie ermöglicht es, am Hubertus-Krankenhaus ein Zentrum für Gefäßmedizin zu etablieren.

Park-Klinik Weissensee

PD Dr. med. Georg Arlt ist seit 1. April Ärztlicher Direktor der Parkklinik Weissensee. Er löst **Dr. med. Michael Goldstein** ab.

Bei dieser kleinen Rubrik ist die Redaktion BERLINER ÄRZTE auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause. Tel. 40 80 6-1600/ -1601, Fax: -164. E-Mail: presse@aekb.de.

Humortherapie

Klinik-Clowns machen mobil

Weit über 100 von ihnen gibt es inzwischen bundesweit. Anfang Mai versammelten sie sich zu einem zweitägigen Gipfeltreffen in der Ufa-Fabrik. Vor allem auf Kinderstationen und in der Geriatrie sind die Clowns oft fester Bestandteil des wöchentlichen Klinikalltags. Mit kleinen Infusionen aus Lachen und Leichtigkeit – immer spontan aus der Situation entwickelt – helfen sie mit, die Patienten gesundheitlich zu stabilisieren.

In unserer Region haben zum Beispiel die Kinderklinik im Klinikum Neukölln, im Waldkrankenhaus Spandau, in Berlin/Buch oder in der Karl-Thiem-Klinik in Cottbus schon gute und langjährige Erfahrung mit den bunten Gesellen.

Vor ihren Auftritten lassen sich die Clowns von den Ärzten „briefen“, auf welche der Patienten in dieser Woche besonders zu achten ist, um mit ihren Späßen auch therapeutisch unterstützend zu wirken. Finanziert wird die Arbeit ausschließlich über Sponsoring, das in Zusammenarbeit mit den interessierten Kliniken eingeworben wird.

Foto: Clik e.V.

In Berlin sind derzeit über zehn Klinik-Clowns aktiv, einer von ihnen ist Klecksi alias Doris Kiefer-Beciri (Foto).

Kontakt über: CLIK e.V. , Fröbelstr. 14, Haus 13, 10405 Berlin, Tel. 666 35 616, www.clik-berlin.de

Leserbriefe

Aufschrei einer Hausärztin
BERLINER ÄRZTE 4/2003

Kann ich voll bestätigen

Den „Aufschrei einer Hausärztin“ kann ich aus meinem Alltag voll bestätigen. Es gibt einige Fachkollegen, die regelmäßig Arztbriefe schreiben, zu denen ich deshalb gezielt meine Patienten schicke. Die meisten lassen sich auch bei explizit notierter Fragestellung nie auf eine Kommunikation ein, Orthopäden keinesfalls. Ich habe erlebt, dass mir zur Abklärung von Symptomen nur noch zum Beispiel der HNO-Arzt fehlte – mit Angaben von Vorbefunden und Fragestellung auf dem Überweisungsschein – und dieser, ohne Kontakt mit mir aufzunehmen, die Patientin durch alle Fachpraxen schickte, bis die Patientin verzweifelt wieder bei mir landete mit völlig unnötigen und konsequenzlosen Befunden, die zum Teil schon doppelt vorhanden waren.

Zum andren immer wieder, trotz „Mitbehandlung“ auf dem Ü-Schein – was zum Beispiel dem Magen/Darmspezialisten ja freie Hand lässt für Spiegelung, Sono, Labor – keine Behandlung. Behandlungsvorschlag, damit die Medikamente in mein Budget fallen.

Für mich hat sich die persönliche telefonische Kontaktaufnahme mit den von mir wegen Zusammenarbeit und Kompetenz bevorzugten Kollegen bewährt und eingespielt.

Das Problem mit den Hausbesuchen kenne ich ebenfalls: die orthopädische Behandlung wird solange vom Fachkollegen gemacht, wie der Patient kommt. Geht es ihm so schlecht, dass er das Bett nicht verlassen kann, ist der Hausarzt „kompetenter“! Den Krankenwagentransport zum Facharzt dürfte es nur geben, wenn definitiv Apparaturen notwendig sind, die man nicht ans Krankenbett bringen kann. Schon aus Kostengründen...

Wie die Kollegin Falbe habe ich mir die Fachkollegen im Laufe der Jahre im Hinblick auf kollegiale Zusammenarbeit ausgesucht. Soweit der Patient meinem Vorschlag folgt – sehr oft – geht das sehr gut.

Dr. Karin Ritter-Pichl, 10825 Berlin

Nicht verallgemeinern!

Sehr verehrte Lotsin! Wenn Sie persönlich schlechte Erfahrungen mit Facharztkollegen haben, sollten Sie dies nicht verallgemeinern. In der Tat ist die Kommunikation unter uns Ärzten nicht immer suffizient, aber dies gilt für alle Fachrichtungen. Circa 100 bis 200 Patienten pro Tag erschweren erheblich eine schriftliche bzw. telefonische Befundübermittlung. Terminvergaben liegen bei mir mittlerweile bei 2-5 Wochen. Wenn Sie, Frau Kollegin, sich demütigen lassen und für ein Honorar Hausbesuche machen, das entwürdigend in heutiger Zeit ist, ist das Ihre persönliche Entscheidung. Ich mache Hausbesuche nur in zwingendsten Fällen dann, wenn der Patient nicht transportfähig ist.

Dass die Honorierung einzelner Facharztgruppen pro Patient wesentlich geringer ist, als die der Hausärzte, sollten allmählich alle zur Kenntnis nehmen. Mein Rat: Arbeiten Sie mit den Ärzten zusammen mit denen es klappt. So halte ich es seit über 20 Jahren; kollegial und zum Teil freundschaftlich, mit Hausärzten und Fachärzten.

Dr. med. Wolfram Knöchel, 12205 Berlin

Englisch in der deutschen Medizin
BERLINER ÄRZTE 3/2003

Anglisierung ist eine Epidemie

Den Ausführungen im oben zitierten Artikel kann ich nur zustimmen. Die Anglisierung der deutschen Sprache im Allgemeinen und der medizinischen Sprache im deutschen Sprachraum im Besonderen hat in einem Maß zugenommen, dass ein Gutteil der Bevölkerung vom vollen Verständnis der Texte ausgeschlossen wird. Wie verträgt sich das mit demokratischer Gesinnung und mit dem Artikel 3 des Grundgesetztes: „Niemand darf wegen... seiner Sprache... benachteiligt oder bevorzugt werden“?

Gibt es außer der Lüge einen schlimmeren Vorwurf an die schreibende Zunft als den schlechten und unverständlichen Gebrauch der Sprache? Wo liegt die Ursache für dieses Verhalten deutscher Journalisten und Autoren? Sind sie zu bequem oder zu phantasielos, angemessen ins Deutsche zu übersetzen? Ist die Anglisierung eine Epidemie, Folge eines Imponiergehabes oder nur gedankenloses Nachplappern? Fühlen diese Schreiberlinge keine Identität mit der Kultur und Sprache dieses Landes?

Den deutschen Wissenschaftlern jedenfalls wird ein solch krankhaftes Verhältnis zur eigenen Sprache nichts als Hohn und Spott der ausländischen Kollegen einbringen, solange sie nur sprachlich international erscheinen!

Dr. Ingo Wehnelt, 14163 Berlin

Niedergang unserer Sprache

Ich wollte Ihnen schon länger zu dem Druck dieses gelungenen Artikels von Herrn Dr. Semler gratulieren. Der ausgewogene Artikel von Herrn Dr. Semler beleuchtet sehr eindringlich den Niedergang der deutschen Sprache auch im deutschen Medizin-Wesen. Selbst in Bereichen, die einzig deutsche Ärzte betreffen, wie zum Beispiel der medizinischen Fortbildung, werden der Allgemeinheit nach Art ungebildeter Werbe-Fritzen unsinnige englischstämmige Ausdrücke aufgedrückt.

Mit Schadenfreude genieße ich es, wenn man unverhofft Kollegen – auch auf damit bekleideten Fortbildungsveranstaltungen – nach der Bedeutung des Wortes CME fragt. Sie werden hören, dass zwei Drittel der Kollegen nicht wissen, dass „Continuous Medical Education“ gemeint ist. Derartigen unverständlichen Englisch-Abkürzungen begegnet man auf Schritt und Tritt – egal ob es Sinn macht oder nur Verwirrung stiftet. Wenn schon die Mehrheit westlich erzogener Ärzte englischen Texten nicht folgen kann, was bedeutet das für einen Affront gegen die Kollegen aus der ehemaligen DDR.

Prof. Dr. med. Klaus-Werner Wenzel, 14129 Berlin

Neue Strukturen und Umzüge

Interdisziplinäres Brustzentrum St. Gertrauden-/St. Josef-Krankenhaus

Das St. Gertrauden- und das St. Josef-Krankenhaus haben ein gemeinsames Brustzentrum aufgebaut. Beteiligt sind die internistische Onkologie, die Pathologie, die Radiologie und die Labormedizin. Beide Häuser haben sich auf eine gemeinsame Vorgehensweise in Diagnostik und Therapie verpflichtet und betreiben eine externe Qualitätskontrolle.

Zentrum für Gefäßmedizin im VIVANTES Klinikum im Friedrichshain

Seit Anfang April 2003 gibt es im Klinikum im Friedrichshain das neue Zentrum für Gefäßmedizin, das nun auch in eigenen Räumlichkeiten zusammengezogen wurde. Beteiligt sind Angiologen, Gefäßchirurgen, interventionelle Radiologen und Hämostaseologen. Kontakt über Tel. 4221-1666.

Zentrum für Gefäßmedizin am Evangelischen Krankenhaus Hubertus

Der Verein zur Errichtung Evangelischer Krankenhäuser hat mit dem Aufbau eines Zentrums für Gefäßmedizin am Evangelischen Hubertus-Krankenhaus begonnen. Hierbei wird eng mit dem Martin-Luther-Krankenhaus und dem Ev. Waldkrankenhaus Spandau zusammengearbeitet. Bis nächstes Frühjahr sollen alle gefäßchirurgischen Eingriffe dieser drei Kliniken am Hubertus-Krankenhaus zusammengezogen werden. Die Operationsteams aus Spandau und dem Martin-Luther-Krankenhaus reisen dann mit. Kontakt über Dr. Fahrig: Tel. 81 00-82 33

Umzug der Hygiene und VIVANTES-Umweltmedizin nach Spandau

Das Institut für Hygiene und Umweltmedizin, bisher beheimatet am Reinickendorfer Nordgraben, ist jetzt im Klinikum Spandau, Neue Bergstr. 6, 13585 Berlin zu finden. Tel. 3387-1200/1, Fax 3387-1205

Weitere Spezialsprechstunden Psychiatrie/Psychotherapie an der Charité

Zu den bereits von uns in Heft 4/2003 vorgestellten Spezialsprechstunden an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité (Leitung: Prof. Dr. Andreas Heinz) sind noch drei neue hinzugekommen:

Spezialsprechstunde Alkoholprobleme (Heinz, Schäfer)
Spezialsprechstunde Illegale Drogen (Schäfer)
Spezialsprechstunde Cannabis und Extasy (Stadelmann)

Kontakt über die Psychiatrische Poliklinik, Tel. 4505-17095.

Bei dieser kleinen Rubrik ist die Redaktion BERLINER ÄRZTE auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause. Tel. 40 80 6-1600/ -1601, Fax: -164. E-Mail: presse@aekb.de.

Ärztekammer

Ausbildungsplatzbörse jetzt im Internet

Bei der Ärztekammer Berlin gibt es seit einiger Zeit eine Ausbildungsplatzbörse für Arzthelferinnen, die bisher nur telefonisch abfragbar war. Ab Anfang Juni wird sie über die Homepage der Ärztekammer Berlin einzusehen sein. Neben der Praxis, dem Einstellungsdatum und der Kontaktmöglichkeit können auch besondere Wünsche angegeben werden. Die Meldung von freien Stellen ist per Mail unter D.buenning @aekb.de, telefonisch bei Frau Hartmann unter 40 80 6-2203 und demnächst direkt über ein Formular auf der Homepage der Ärztekammer möglich.

Traurig

Leitlinien Depression alle ungenügend

Ernüchterung macht sich breit im neuen Leitlinien-Clearingbericht „Depression“. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin“ (ÄZQ) hatte alle 21 in Deutschland publizierten Leitlinien auf ihre methodische Qualität überprüft. Dabei ging man nach dem strengen Leitlinien-Clearingverfahren vor. Fazit: alle durchgefallen! Das ÄZQ selbst hat das etwas netter formuliert: „Keine der bewerteten Leitlinien entspricht vollständig den folgenden inhaltlichen Eckpunkten, die die Fokusgruppe für eine überregionale deutsche Depressionsleitlinie empfiehlt.“ Das Ei des Columbus muss also erst noch gefunden werden.

Für dessen Verfasser gibt das ÄZQ Tipps, welche Kriterien für künftige Leitlinien zur Depression zu berücksichtigen sind.

Bericht und Maßnahmenkatalog finden Sie auf der Homepage des ÄZQ unter: http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/clearingberichte, depression/oodepression/view

Es bewegt sich was

AiP-Abschaffung 2004 ?

Das Bundesgesundheitsministerium ist fest entschlossen, das AiP bereits zum Jahre 2004 abzuschaffen (wir berichteten in Heft 5/2003, S. 7). Eine entsprechende Vorlage zur Änderung der Bundesärzteordnung ist fertig. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) will sie noch im Sommer in den Bundestag einbringen. Dies kam auf einem Gespräch zwischen Vertretern des Ministeriums, der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Berlin zur Sprache. Die Kammern begrüßten den Vorstoß ausdrücklich. Summen, wieviel eine AiP-Abschaffung kosten würde, Übergangsbestimmungen und Zeitpunkte, ab wann sie denn definitiv gelten könne, wurden auf der Sitzung jedoch noch nicht genannt. Sie werden bei der weiteren parlamentarischen Behandlung des Themas zur „Verhandlungsmasse“ gehören. Wir werden weiterhin fortlaufend hierzu berichten.

Substitutionsregister

Meldepflicht für Substituierte

Seit dem 1.7.2002 sind alle Substitutionsbehandlungen meldepflichtig. Das Bundesamt für Arzneimittel beklagt nun mangelnde Meldefreudigkeit und Sorgfalt beim Ausfüllen der Meldeformulare und bittet die Ärztekammer, ihre Mitglieder doch zur nötigen Sorgfalt anzuhalten. Die Meldeformulare können entweder aus dem Internet unter www.bfarm.de im Abschnitt „Betäubungsmittel/ Grundstoffe“ heruntergeladen und ausgedruckt werden oder sind bei folgender Adresse erhältlich:

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – Bundesopiumstelle/ Substitutionsregister
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn

An diese Adresse gehen auch die ausgefüllten Meldeformulare, die per Post verschickt werden müssen. Grundsätzlich sind alle Substitutionspatienten zu melden, unabhängig von ihrem Versichertenstatus (also auch die „privaten“ Substitutionen!) und unabhängig davon, ob die Substitution ambulant oder stationär durchgeführt wird.
In diesem Zusammenhang sei noch einmal daran erinnert, dass nur solche Ärzte Substitutionsbehandlungen durchführen dürfen, die die entsprechende Genehmigung der Ärztekammer dazu haben. Voraussetzung dafür ist, dass sie „Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation“ erfüllen. (Diese Qualifikation kann in einem Kurs erworben werden. Ausnahme: bis zu drei Substitutions-Patienten können bei regelmäßiger Hinzuziehung eines Konsiliarius auch ohne eigene Zulassung betreut werden.)

Bei allen Vertretungsfällen unter vier Wochen kann der substituierende Arzt die Federführung behalten und der Patient braucht nicht umgemeldet zu werden. Das gilt sowohl für Abwesenheit des substituierenden Arztes (z.B. Urlaub oder Krankheit) als auch für vorübergehende Ortswechsel des Patienten (Krankenhaus- oder Gefängnis-Aufenthalte, Dienstreisen oder Urlaube). Hat der vertretende Arzt selbst keine Substitutions-Genehmigung, darf er bis zu drei Patienten substituieren, wenn der vertretene Arzt (oder ein anderer Arzt mit Substitutions-Berechtigung) als Konsiliarius fungiert. Neue Substitutionen müssen immer sofort gemeldet werden!

Bitte beachten Sie, dass Verstöße gegen die Meldepflicht wie auch die Durchführung von Substitutionen ohne Vorliegen der Voraussetzungen (Fachkunde oder Konsiliarius) Ordnungswidrigkeiten sind, die mit Geldbußen geahndet werden können!

Es gibt erfahrungsgemäß noch eine Fülle von Detail-Fragen zur konkreten Handhabung. Für die meisten Fragen gibt es auch schon Antworten, die Sie sich selbst aus dem Internet (www.bfarm.de) holen können.

Wenn Sie spezielle Fragen haben, berät Sie die Clearingstelle für Substitution (Tel. 395 90 21) gern. Für die Handhabung der Substitution in Krankenhäusern wird die Clearingstelle demnächst ein Merkblatt erstellen und an alle Krankenhäuser verschicken. C.J.

West-Nil-Fieber in Deutschland?

West-Nil-Fieber (WNF) ist eine durch das West-Nil-Virus (WNV; Genus Flavivirus, Familie Flaviviridae) verursachte, in verschiedenen Regionen der Welt endemisch vorkommende Zoonose. Als Hauptreservoir des Erregers gelten wild lebende Vögel, die selbst auch erkranken und sterben können. Hauptüberträger des WNV sind verschiedene Stechmücken, die in der Welt weit verbreitet sind, beispielsweise Mücken der Gattung Culex, die auch in Deutschland prävalent sind.

Beim Menschen läuft WNF in der Regel als fieberhafte Influenza-ähnliche Erkrankung mit abruptem Beginn, Kopf- und Rückenschmerzen, Abgeschlagenheit und Lymphknotenschwellungen ab. Gefürchtet sind die Manifestation einer akuten aseptischen Meningitis oder Enzephalitis (< 15 % der Erkrankten) sowie Karditiden, Hepatitiden oder hämorrhagische Verläufe.

Etwa 80 % der Infektionen beim Menschen verlaufen jedoch asymptomatisch, knapp 20 % der Infizierten entwickeln WNF. Bei weniger als 1 % kommt es zu einer Erkrankung mit einer Symptomatik des zentralen Nervensystems; etwa 10 % der Patienten mit einer Meningoenzephalitis sterben an dieser Erkrankung. Die Inkubationszeit beträgt 2-15 Tage. Bei den Patienten mit WNF kommt es selten zu einer Progression mit neurologischer Symptomatik, die sich in der Regel kurz nach Beginn des Fiebers zeigt.

Im Jahr 2002 wurde in Nordamerika eine explosionsartige WNV-Epidemie beobachtet. Man geht davon aus, dass WNV im Jahre 1999 erstmals in die USA eingeschleppt wurde und sich von New York aus weiter verbreitete. In Europa wurden in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten mehrmals WNV-Infektionen bei Pferden und Menschen beobachtet. Diese Infektionen werden auf die Einschleppung des WNV aus den Endemiegebieten in Afrika und Asien durch Zugvögel zurückgeführt.

Da über das Vorkommen von WNV in Deutschland nichts bekannt ist, wurde unter Mitwirkung des Robert-Koch-Instituts eine Studie zur Untersuchung der Prävalenz und Inzidenz von WNV initiiert.

Angesichts der Möglichkeit, dass WNV-Infektionen auch in Deutschland auftreten können, erscheint es sinnvoll, sie in der ärztlichen Fortbildung mit zu berücksichtigen und bei entsprechenden klinischen Symptomen differenzialdiagnostisch gegebenenfalls auch an WNF zu denken.

Beratung und Diagnostik bei begründeten klinischen Verdachtsfällen wird im Konsiliarlaboratorium für Arenaviren/ Dengue-Viren am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg und im Robert-Koch-Institut angeboten.

Die Diagnostik-Methode der Wahl sind der Nachweis von WNV mit Hilfe der PCR und die Virusanzucht während der klinischen Phase sowie der Antikörpernachweis zum Beispiel in Serumproben bzw. Liquorproben. Seroreaktive Seren müssen mit dem Plaque-Reduktions-Neutralisations-Test (PRNT) bestätigt werden, da ausgeprägte Kreuzreaktionen durch andere Flavivirusinfektionen beobachtet werden.

Im Jahr 2002 wurden in den USA in 39 Staaten und Washington, DC insgesamt 4008 klinisch manifeste WNV-Infektionen registriert, davon 2741 Meningoenzephalitiden (68 %) und 1267 fieberhafte Verläufe (32 %; Stand 5.2.03). 263 der Erkrankungen endeten tödlich (6,6 % aller Erkrankungen). Zum Vergleich: Im Jahr 2001 waren 66 Erkrankungs- und 9 Sterbefälle erfasst worden, im Jahr 2000 21 bzw. 2 Fälle. Es wird befürchtet, dass sich die bisherige Ausbreitungstendenz in diesem Jahr in den USA fortsetzt. Da bisher keine ausreichend guten Untersuchungen zur Prävalenz in den USA durchgeführt wurden, fehlen Angaben zum tatsächlichen Seuchengeschehen.

Im Rahmen der WNF-Epidemie in den USA wurden Daten zu fünf seltenen, in ihrer Art für WNV neue Übertragungswege beobachtet: Übertragung durch Transplantation, durch Blut-Transfusion, während der Schwangerschaft, durch Muttermilch und berufsbedingte WNV-Infektionen bei Unfällen im Labor.

Neben den bekannten klinischen Symptomen wurden in den USA zwei neue Krankheitsbilder beschrieben. Zum einen die einer Polio-Erkrankung ähnelnde schlaffe Lähmung. Das differenzialdiagnostische In-Betracht-Ziehen einer WNV-Infektion kann hier helfen, invasive Diagnostik zu vermeiden. Zum anderen kam es in einzelnen Fällen zu einer akuten Zerstörung der Skelettmuskel (Rhabdomyolysis).

Weitere Informationen:
http://www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM (Epidemiologisches Bulletin 13/2003 sowie Link-Liste)

Wo lassen Sie denken?

Und wer hilft Ihnen die Spreu vom Weizen zu trennen?

Von Rosemarie Stein

Kann man sich heute noch als Einzelkämpfer auf seine ärztliche Erfahrung beschränken? Braucht man nicht, wie ein Staatsmann, einen Braintrust? Einen Thinktank? Zumindest Leute, die den Wust von Wissen und Scheinwissen vorsortieren, das immer noch Bewährte von Überholtem scheiden und das allzu viele Neue kritisch auf seinen Nutzen prüfen? Man braucht sie, aber sie sind rar. Denn es wuchert ja noch überall in der Medizin jenes „autistisch-undisziplinierte“ Wunschdenken, dem der Schweizer Allgemeinarzt und Psychiater Eugen Bleuler 1919 seinen Klassiker der „Medizinkritik von innen“ widmete.

Trotzdem: Im Vergleich zu früheren Jahrzehnten ist heute ein Trend zu mehr Rationalität, zu einer möglichst sicheren Wissensbasis ärztlichen Handelns unübersehbar, verstärkt durch den Druck der Mittelknappheit und der zunehmend informierten Patienten. Und die selbstkritischen Stimmen innerhalb der Ärzteschaft werden zahlreicher. Man besinnt sich auch wieder auf Bleuler. So bemängelt der Internist und Rheumatologe Uwe Heyll in seinem höchst lesenswerten Buch „Risikofaktor Medizin“ (1993 bei Ullstein, Berlin und Frankfurt, erschienen, leider nicht mehr zu haben) die risikoträchtige Übertherapie als Produkt des Wunschdenkens von Ärzten und Patienten. Sie sei so lange nicht einzudämmen, wie unrealistische Hoffnungen und Illusionen die kritische Auseinandersetzung mit der Medizin blockieren. Ärzte richteten die Entscheidungen über ihr Handeln mehr an den oft unerfüllbaren Erwartungen ihrer Patienten aus

Blöder Titel, meinen Sie? Denn Sie denken lieber selbst? Gut so. „Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen!“ Nach Kant ist dies der Wahlspruch der Aufklärung; ein Gebot gegen Obskurantismus und Autoritätshörigkeit. Der Prozess der Aufklärung ist noch immer nicht abgeschlossen, in der Medizin schon gar nicht. Übrigens beträgt hier die „Halbwertszeit“ des zunehmend komplexen Wissens nur noch ungefähr vier Jahre. Und jährlich erscheinen rund zwei Millionen medizinischer Fachbeiträge in zehntausend Zeitschriften. Wo lassen Sie lesen? muss man da wohl fragen. Wer hilft Ihnen, die paar Gold(standard)körner aus dem Informationsmüll zu fischen? Wenn Sie trotz allem Berufsstress auf dem letzten Stand bleiben und Ihren Patienten gesichertes neues Wissen nutzbar machen wollen, dann haben wir hier ein paar Tipps für Sie.

als an wissenschaftlichen Daten über die Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen. Zusammen mit dem „Verkaufsinteresse der medizinischen Industrie“ ergebe das eine „unheilige Allianz“.

Wer beeinflusst ärztliches Denken?

Trotz aller „interessenkontaminierten“ Fehlinformation und trotz des kaum auszurottenden paramedizinischen Wildwuchses nimmt die Kritik an der verbreiteten Irrationalität medizinischen Handelns in der Ärzteschaft zu. Kann da die Fortbildung Abhilfe schaffen? Seit Jahrzehnten werden ihre inhaltlichen und didaktischen Mängel kritisiert, und ein Effekt auf die Qualität der Patientenversorgung ist nicht erwiesen.
Die Ärztekammern arbeiten bundesweit fieberhaft daran, Fortbildung nach qualitativen Gesichtspunkten zu bewerten und sie nachweisbar zu machen. Auch die Ärztekammer Berlin ist da am Ball. Seit zwei Jahren kann man sich hier die Teilnahme freiwillig zertifizieren lassen. Etwa ein Drittel der Ärzte streben bisher das Zertifikat an, wofür man binnen drei Jahren 150 Punkte braucht. Wie viel davon es für welche Veranstaltung gibt, wird auch in Berlin nach den einheitlichen Regeln des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung bestimmt: am wenigsten für „Frontalveranstaltungen“ (in Berlin macht diese unwirksamste Fortbildungsform nur noch 45 Prozent aus). Mehr Punkte dagegen bringen aktive Formen wie Kurse, Qualitätszirkel, Journal Clubs, Balint-Gruppen, Workshops oder interaktives Selbststudium mit Evaluation des Lerneffekts (siehe auch BERLINER ÄRZTE 4/2003).

Wie bilden Sie sich fort?

Exemplarisch beantwortete diese Frage der frei praktizierende Chirurg und D-Arzt Dr. Florian Bleisch: Er liest regelmäßig – neben dem „Deutschen Ärzteblatt“ und BERLINER ÄRZTE – die „chirurgische praxis“, ein anzeigenfreies Fachblatt aus dem Marseille-Verlag, und er nimmt an fachspezifischen Veranstaltungen teil: Monatlich an der Fortbildung des Unfallkrankenhauses Berlin für D-Ärzte, halbjährlich an den Veranstaltungen der Berlin-Brandenburgischen unfallchirurgischen Gesellschaft und jährlich an den Kongressen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Er hat aber noch nicht daran gedacht, sich das alles zertifizieren zu lassen.

Fortbildung: Die Böcke von den Schafen scheiden

Das Niveau der Fortbildung dürfte allmählich steigen. Denn für das Zertifikat angerechnet werden nur Veranstaltungen, die von der Ärztekammer vorher anerkannt wurden. Allerdings hatte der damit betraute Beirat seit Beginn des Jahres 2001 über 6000 Berliner Veranstaltungen zu bewerten. Natürlich kann man da nur Stichproben in Verdachtsfällen machen und ganz grob die dicksten Böcke von den Schafen scheiden. Nur sechs Prozent der angemeldeten Veranstaltungen scheitern im Akkreditierungsverfahren, denn die völlig chancenlosen werden schon im Vorfeld ausgemustert, wie Katrin Bräutigam, die Leiterin der Zertifizierungsstelle in der Ärztekammer Berlin, erläutert.

Die Dominanz der Pharma- und Medizinprodukte-Industrie führt dazu, dass 30 Prozent der von der Kammer anerkannten Fortbildung gesponsert ist. Und damit steht Berlin noch gut da, weil hier die Kammer weit mehr Wert auf Unabhängigkeit legt als anderswo. Auf Beschluss der Delegiertenversammlung hatten die Beiratsmitglieder ihre Verbindungen zur Industrie in einer eidesstattlichen Erklärung gegenüber der Kammer offen zu legen. Wegen Befangenheit kann jemand dann über die von bestimmten Firmen beeinflussten Veranstaltungen nicht mitbefinden.
Die Referenten müssen sich schriftlich verpflichten, „produktunabhängig“ zu reden, berichtet Matthias Brockstedt, langjähriger Leiter der „Ernst von Bergmann-Akademie für ärztliche Fortbildung“ der Ärztekammer Berlin. Wobei ihm klar ist, dass Produktneutralität noch nicht viel bedeutet. Denn was nützt das Vermeiden eines bestimmten Präparatenamens, wenn die Arzneitherapie ins Zentrum gerückt wird, obgleich sie bei der in Rede stehenden Krankheit nur eine Nebenrolle zu spielen hätte?

Brockstedt nennt ein paar weitere Punkte des Plans zur Verbesserung der Fortbildung: Inhaltliche Defizite, etwa in der Geriatrie, sollen ausgeglichen, fächerübergreifende Themen verstärkt, didaktisch besonders effektive interaktive Formen gefördert werden. Das Angebot soll künftig besser strukturiert und dem Bedarf mehr angepasst werden, ergänzt Matthias Albrecht, im Kammervorstand für Fortbildung zuständig. Die Qualität jeder einzelnen Veranstaltung zu garantieren aber würde die Kammer überfordern. Hier ist die kritische Rückmeldung der Teilnehmer gefragt.

In Zukunft sollen die Ärzte auch schon bei der Durchsicht des Fortbildungsprogramms erkennen können, wo sie eigentlich „denken lassen“, das heißt, wie sicher die wissenschaftlichen Grundlagen der zu erwartenden Aussagen sind. Schon beim Antrag auf Anerkennung sollen die Veranstalter die „Evidenzstufe“, also den „Härtegrad“ des Gebotenen angeben, sagt Brockstedt. Das ist ganz im Sinne der Bundesärztekammer, die gerade die Leitsätze für gute ärztliche Fortbildung modernisiert: Sie will das Denken der Evidence based Medicine in die Weiterbildung und die Fortbildung integrieren. In der Ausbildung beginnt sie schon Fuß zu fassen, nämlich überall dort, wo problemorientiertes studentenzentriertes Lernen in kleinen Gruppen ein wesentliches Element des Medizinstudiums ist, berichtet Charité-Arzt Kai Schnabel. Das ist besonders bei dem von ihm mitgestalteten Berliner Modellstudiengang der Fall.

Wie man passende Daten herausfischt und Ihnen gut zubereitet serviert

„...Im Nachhinein ausgewählte und dann als Hauptergebnis ausgegebene statistische Analysen können fast beliebig verfälscht sein... Mit etwas statistischem und klinischem Geschick lassen sich nämlich in jedem ausgedehnten Datenkörper interessante Effekte finden, die klinisch eindrucksvoll aufbereitet werden können. Solche „Fishing expeditions“ bauschen häufig nur kleine oder sogar rein zufällige Effekte auf...“

„Der erste Kontakt des Praktikers mit dem Ergebnis einer klinischen Studie ist häufig nicht die Originalpublikation oder eine kritische Aufarbeitung durch unabhängige medizinische Zeitschriften, sondern der vom Pharmareferenten mit überzeugendem Auftreten überreichte Flyer mit den schönsten Resultaten der Studie. Die von manchen unkritischen Apologeten der „EbM“ apostrophierte eigene Literaturrecherche im Internet ist als Gegenmittel nicht nur wegen des Zeitaufwands... unrealistisch. Die Ergebnisse großer Studien können nur im Diskurs mit von kritischem Geist beseelten Kollegen gewürdigt werden...“

Karl Wegscheider: „Was lehren uns die großen Studien?“
in: „Arzneimittelbrief“ 1999, 33, S. 25.

Für Sie ist nur das Beste gut genug!

„Evidence based Medicine"? Da zuckt mancher gleich zurück. „Kochbuchmedizin", heißt es da zum Beispiel abfällig. Irrtum! Es geht vielmehr darum, selber zu denken, um den einzelnen Patienten so gut wie derzeit möglich versorgen zu können, und zwar nach dem Stand des Wissens. Das eigene Wissen und Können ergänzend und erweiternd, sollte man bei denen „denken lassen", die das Beste zu bieten haben: jenes neue Wissen, das durch sorgfältige Studien – das heißt systematisierte Erfahrung – generiert wird. Das ist die Denkweise der „Evidenzbasierten Medizin" (EbM). Diese Eins-zu-eins-Übersetzung ist gewöhnungsbedürftig, denn „Evidence" bedeutet im Englischen „Wissenschaftlicher Nachweis", also gerade nicht wie im Deutschen, das, was „evident" ist, was offen zu Tage liegt – „Evidenz" als gefühlte Richtigkeit.

Erfahrung + Wissenschaft = ärztliche Entscheidung

Bei aller Wissenschaftlichkeit aber darf der „Klinische Blick" keinesfalls ausgeknipst werden, denn bei der Versorgung eines Patienten soll man die eigene ärztliche Erfahrung und Urteilskraft mit den besten jeweils verfügbaren Erkenntnissen verknüpfen, die sich aus wissenschaftlicher Forschung, sprich: klinischen Studien ergeben. Das eine ist ohne das andere nichts wert, meint der Oxforder Internist David Sackett, der Vater der EbM: „Ohne klinische Erfahrung riskiert die ärztliche Praxis, durch den bloßen Rückgriff auf die Evidenz tyrannisiert zu werden, da selbst exzellente Forschungsergebnisse für den individuellen Patienten nicht anwendbar oder unpassend sein können. Andererseits kann ohne das Einbeziehen aktueller externer Evidenz die ärztliche Praxis zum Nachteil des Patienten leicht veraltetem Wissen folgen."

Wie man das Instrument namens EbM benutzt, kann hier nur skizziert werden. Man formuliert ein schwieriges oder häufiges Problem sehr präzise, zum Beispiel die Frage, ob es sinnvoll ist, mehr als 55 Jahre alte beschwerdefreie übergewichtige Raucher mit überhöhtem Cholesterinspiegel zwecks Infarktprävention einer Statinbehandlung zu unterziehen. Man sucht nach Studien zu diesem Problem und prüft sie kritisch auf ihre methodische Qualität. Das – hoffentlich – wissenschaftlich hieb- und stichfeste Ergebnis erlaubt dann eine fundierte Nutzen/Risiko-Abwägung für den einzelnen Patienten. Beim Beispiel „Primärprävention des Myokardinfarkts durch Lipidsenkung" (entnommen, wie auch das Sackett-Zitat, dem empfehlenswerten einführenden Büchlein, das Perleth und Antes unter dem Titel „Evidenzbasierte Medizin" im Urban und Vogel-Verlag, München herausgaben) zeigt sich, dass 40 vergleichbare Risikoträger fünf Jahre lang mit einem Lipidsenker behandelt werden müssen, um einen davon vor einem Infarkt zu bewahren. Das teilen Sie Ihrem Patienten mit und entscheiden dann gemeinsam, denn die Patientenpräferenz ist ein wesentliches Element der EbM.

Klingt einfach, ist es aber nicht. Wer die Schwierigkeiten unterschätzt und unberaten drauf los recherchiert, der könnte seine Patienten statt nach dem Stand des medizinischen Wissens eher nach dem Stand des wissenschaftlichen Irrtums behandeln. Denn klinische Studien sind von höchst unterschiedlicher Qualität. Und die Bedeutung der sauberen Methodik werde oft unterschätzt, gerade in Deutschland, wo Kliniker meist nur in der Freizeit nebenbei forschen können, sagt der Berliner (in Hamburg lehrende) Biometriker Karl Wegscheider.

Was „evidenzbasiert" wirklich heißt

Klinische Studien haben einen Haufen Tücken. Von der Anlage bis zur Präsentation können die Ergebnisse unbewusst verfälscht oder bewusst gefälscht werden. Und das Wort „evidenzbasiert" wird mittlerweile vielfach missbraucht, auch in Marketing und Werbung. Es bedeutet keineswegs: Dieses Mittel oder Verfahren bringt dem Patienten Nutzen; es heißt nur: Dies wurde nach den Regeln der Wissenschaft geprüft – und dabei kann es auch durchgefallen sein.

Die unterschiedliche Qualität des wissenschaftlichen Nachweises wird durch die Einteilung in verschiedenen „Evidenzstufen" gekennzeichnet. Höchste Sicherheit bringt die systematische Übersicht (Review) über mehrere randomisierte kontrollierte Studien – der Goldstandard, aber Gold ist rar. Ganz

Früherkennung kann auch schaden!

Als man vor Jahrzehnten das Krebs-Screening auf Kassenkosten einführte, gab es dafür keine wissenschaftliche Grundlage. Jetzt macht eine mächtige Lobby Druck, die Prostata-Ca-Früherkennung um das PSA-Screening zu erweitern. Die WHO und die „U.S. Preventive Services Task Force" empfehlen den PSA-Test nicht, weil es keine Evidenz für den Nutzen, eine sinkende Tumor-Mortalität, gebe, wohl aber für den Schaden: Auf 100 entdeckte Tumoren kämen 180 bis 250 falsch-positive Befunde. Das bedeutet Angst, Stress und überflüssige Biopsien. Und die Operation der oft sehr langsam wachsenden Tumoren sei vielfach unnötig, habe aber gravierende Folgen wie Impotenz und Inkontinenz.

In einer Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin zur Forderung nach PSA-Tests heißt es, solche Maßnahmen seien „ein besonders gutes Beispiel für die Dringlichkeit unvoreingenommener, methodisch sorgfältiger Nutzen-Risiko-Bewertung, wie auch das Thema Neuroblastom-Screening gezeigt habe.

unten rangiert die – nicht stichhaltig begründete – Expertenmeinung. „Eminenzbasiert“ nennt der Wuppertaler Internist Johannes Köbberling so etwas. Für ihn (obwohl als Hochschullehrer selber eine „Eminenz“) ist EbM nicht zuletzt ein Mittel zur Demokratisierung der Medizin – und „die wichtigste Herausforderung für das in vielen Bereichen kranke System der deutschen Medizin“.
Die Aussagekraft klinischer Studien zu beurteilen, ist für statistisch kaum geschulte Ärzte nicht leicht. „Ein todmüder Arzt kann nicht am Abend nebenbei auch noch zum Statistik-Experten ausgebildet werden“, sagt Wegscheider. Die Hürden, die ihn an der Arbeit mit EbM hindern, hält er für noch zu hoch. Sehr gute EDV- und Englischkenntnisse gehören auch dazu. Wer sich aber zumindest eine gesunde Skepsis gegenüber angeblich wissenschaftlich Gesichertem aneignen will, dem kann die Lektüre der besonders vergnüglich zu lesenden unter den auf Seite 17 empfohlenen Büchern dazu verhelfen. Und wer den Einstieg wirklich wagt, der findet hier gleichfalls Hinweise auf die passenden Publikationen und auch auf Kurzkurse.

Der Mehrzahl der deutschen Ärzte wird es jedoch gehen wie ihren britischen Kollegen: Sie *lassen* lieber denken bei der schwierigen Beurteilung von Studienergebnissen. Sie suchen bereits komprimiertes, aufgearbeitetes Wissen, etwa in Form von Übersichtsartikeln oder Leitlinien, berichtet der Tübinger Biometriker Hans-Konrad Selbmann. Von den mehr als 1250 deutschen Leitlinien allerdings haben nach seiner Einschätzung bisher nur achtzehn (darunter die beiden allgemeinmedizinischen) „best evidence“, das heißt, sie wurden nach den strengsten wissenschaftlichen Kriterien erarbeitet.

„Und was mache ich jetzt?“

Diese Frage des Tagesspiegel-Kolumnisten Axel Hacke dürfte sich nun auch der ärztliche Leser stellen. Wenn er jetzt verunsichert ist, dann befindet er sich auf dem richtigen Wege – jedenfalls nicht mehr auf dem möglicherweise falschen, in der festen Überzeugung, dies sei der richtige. Zweifeln Sie an allem – auch an der so genannten Signifikanz. Nach einem Kompaktkurs zum Kennenlernen von EbM sagte ein Teilnehmer, er glaube jetzt nicht mehr den Pharmareferenten, die auf tolle Wirksamkeitsstudien hinwiesen, sondern könne ihnen nun kritische Fragen stellen – ein schöner Erfolg.

Solche Kurse sind wegen der Dialogmöglichkeiten eine noch bessere Möglichkeit als die Lektüre, um erst einmal die Denkweise von evidenzbasierter Medizin verstehen zu lernen und Vorurteile oder Missverständnisse abzubauen. Dann kann ein Arzt, auch ohne Detailkenntnisse in der Bewertung klinischer Studien erwerben zu müssen, künftig aus klaren Quellen schöpfen, wenn er ein konkretes Patientenproblem wissenschaftlich so gut fundiert wie möglich lösen will. Am besten geht das mit elektronischen Datenbanken. Und mittlerweile gibt es auch schon gut aufbereiteten gedruckte Informationen wie Übersichtsarbeiten und Zusammenfassungen von Studienergebnissen. Sie sehen, nicht nur Politiker, auch Ärzte haben heute ihren Braintrust. Und wo lassen Sie denn denken?

Rosemarie Stein

Es lässt sich lernen

Nach seinem Wochenendkurs in EbM bekam der Berliner Internist Rüdiger Dreykluft „ein extrem gutes Feedback“. Er bot eine praxisgerechte Kurzversion des aufwendigen Grundkurses nach dem Curriculum der Bundesärztekammer, und wegen der positiven Resonanz wird der Kurs im September wiederholt. Der Lernerfolg war gut, über den Anwendungserfolg aber weiß Dreykluft natürlich nichts. Wir sprachen drei Monate nach dem Kurs mit zwei Teilnehmern:

Der Internist und Hausarzt Rudolf Raible hatte schon vorher „kritisch gelesen“ – möglichst unabhängige Publikationen – und sich in der Internet-Recherche versucht. Aber die muss geübt werden, und deshalb ist sie noch nicht fest in den Praxisalltag eingebaut. Das kommt noch, denn „es gibt immer wieder Gründe, genau nachzufragen, und um alle Informationen zu bekommen, will ich mir auch Zugang zur Cochrane Library verschaffen“ – der berühmten Datenbank der gefilterten Studienergebnisse.

Dietmar Rohm, frei praktizierender Urologe, hielt EbM vor dem Kurs für abgehoben und patientenfern. „Der Eindruck war falsch. Die drei Tage waren anstrengend aber lohnend. Es hat sich was bewegt. Man wird kritischer, guckt genauer hin, fragt, woher die Information stammt.“ Und er war erstaunt, im Internet auch an bereits aufbereitete Daten heranzukommen. Für ihn war der Kurs nur ein Mosaiksteinchen. Ihn treibt die Frage um, wie man die Qualität seines Handelns beurteilen und verbessern kann. Was er sich dringend wünschte wäre ein Kurs der Ärztekammer über Qualitätsmanagement in der Praxis zusammen mit dem Personal, mit Hinweisen und Anleitungen. „Wer prüft denn, ob ich gut arbeite? Das Vor-sich-hin-Wurschteln muss ein Ende haben!“

Vom 20. bis zum 26. Juni läuft der 6. Berliner Grundkurs EbM, veranstaltet von Ihrer Kammer zusammen mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung und der Charité, geleitet von Regina Kunz und Jürgen Hammerstein. Telefonische Anmeldung unter 30 88 89-20/-22.

NOCH EIN PAAR LITERATURTIPPS

I. Warum man evidenzbasierte Medizin braucht

- Eugen Bleuler: Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung.
  Die 5. Auflage, 2000 bei Springer, Berlin-Heidelberg-New-York erschienen, ist noch erhältlich.
- Uwe Heyll: Risikofaktor Medizin. Gesundheitsschäden durch Übertherapie/Gefahren der Krankheitsvorsorge/ Die wahren Ursachen der Kostenexplosion/Wege zu einer neuen Medizin.
  Ullstein, Frankfurt/M.-Berlin, 1993 (leider vergriffen).

II. Was den Einstieg erleichtert

- Matthias Perleth, Gerd Antes (Hrsg.): Evidenzbasierte Medizin – Wissenschaft im Praxisalltag.
  Urban & Vogel, 3. aktualisierte und erweiterte Auflage, München, 2002. (Mit vielen Angaben zu weiterführender Literatur einschl. Datenbanken).
- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, HH., Jonitz, G., Kolkmann, FW. (Hrsg.): Lehrbuch der evidenzbasierten Medizin in Klinik und Praxis.
  Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2000.

III. Zum schnellen Nachschlagen bei konkreten Patientenproblemen

- Ollenschläger, G., Bucher, H., Donner-Banzhoff, N., Forster, J., Gaebel, W., Kunz, R.: Kompendium evidenzbasierte Medizin.
  Verlag Hans Huber, Bern, 2003.
  Das ist die brandneue deutschsprachige Ausgabe von „Clinical Evidence Concise“, und dies wiederum ist eine Kurzfassung von „Clinical Evidence“ (das dem Kompendium als CD ROM beiliegt), herausgegeben von der British Medical Association.
  Nach Krankheiten gegliedert findet der Arzt hier strukturierte Zusammenfassungen der wichtigsten Studienergebnisse zu klinischen Problemen nach dem neuesten Stand.

IV. Eher für Fortgeschrittene

... eignet sich ein voraussichtlich im August 03 bei Springer erscheinendes Buch:

- Kunz, R., Kham, K., Kleynen, J., Antes, G. (Hrsg.): Systematische Übersichten und Meta-Analysen – Ein Handbuch für Ärzte in Klinik und Praxis sowie Experten im Gesundheitswesen. Dies wird die deutsche Ausgabe von „Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine“.

V. Weitere Informationen zur EbM:

- Deutsches Cochrane-Zentrum:
  Unter www.cochrane.de finden Sie Informationen über die Aufgaben des Zentrums, die Cochrane Collaboration und den Zugang zur Cochrane Library, der unfassendsten Datenbank für systemische Übersichten.
- Netzwerk Evidenzbasierte Medizin:
  www.ebm-netzwerk.de
  Informiert über EbM-Aktivitäten in Deutschland, enthält u.a. Terminkalender, Arbeitsmaterialien, Linklisten und Literaturhinweise.
- Die bei Urban & Fischer erscheinende „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung“ ist unter anderem Organ dieser beiden Einrichtungen.

VI. Erinnern Sie sich auch an die altbekannten unabhängigen Fachmedien:

- Die Publikationen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: das Taschenbuch „Arzneiverordnungen“, die „Therapieempfehlungen“, das Bulletin „Arzneiverordnung in der Praxis“. Näheres: www.akdae.de
- Außerdem empfehlenswert – ohne Anspruch auf Vollständigkeit: „arzneitelegramm“ und „Arzneimittelkursbuch“. Und von den anzeigenfreien und unabhängigen Fachzeitschriften anderer Gebiete sind vor allem die des Marseille-Verlags bekannt, zum Beispiel „internistische praxis“, „chirurgische praxis“ und andere.

VII. Bleiben Sie kritisch!

Hier noch vier Buchtipps, die oft auf unterhaltsame Art zum Zweifeln animieren:

- Petr Skrabanek, James Mc Cormick: „Torheiten + Trugschlüsse in der Medizin“, *Verlag Kirchheim, Mainz, 4. Auflage 1995.*
- Hans-Peter Beck-Bornholdt, Hans-Hermann Dubben: „Der Hund, der Eier legt – Erkennen von Fehlinformationen durch Querdenken“, erschienen als *rororo-Science-Sachbuch, 1998.*
- Von denselben Autoren: „Der Schein der Weisen – Irrtümer und Fehlurteile im täglichen Denken“,
  Hoffmann und Campe-Verlag, 2001.
- Gerd Gigerenzer: „Das Einmaleins der Skepsis – Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken“,
  Berlin-Verlag, 2002.

Die Kammer ist umgezogen!

Liebe Berliner Ärzte!

Es ist soweit. Ab sofort finden Sie Ihre Ärztekammer Berlin im neuen Gebäude, Friedrichstraße 16/Ecke E.T.A.-Hoffmann-Promenade. Vorbei die lange Reise in die Reinickendorfer Flottenstraße, jetzt sind wir von allen Teilen der Stadt aus gut zu erreichen. Da allerdings Parkplätze in der südlichen Friedrichstraße ein knappes Gut sind, empfehlen wir Ihnen die Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Von den U-Bahn-Stationen Kochstraße (U6) oder Hallesches Tor (U1, U6) erreichen Sie uns in jeweils drei Minuten Fußweg.

In der Heftmitte finden Sie das neue Telefonverzeichnis der Kammer zum Herausnehmen mit den Durchwahlen und Faxnummern aller Mitarbeiter.

Tag der Offenen Tür mit Einweihungsfeier

Damit Sie unser neues Haus auch richtig kennen lernen und anschauen können, veranstalten wir für alle Berliner Ärztinnen und Ärzte am

Samstag, dem 13. September 2003 ab 13 Uhr
einen Tag der offenen Tür mit Einweihungsfeier.

Bewusst lassen wir unser Fest noch nicht unmittelbar auf den Umzug folgen, denn wir möchten erst einmal „ankommen“. Einiges Organisatorische wird sich verändern und sicherlich wird es ein paar Wochen dauern, bis alles „rund“ läuft. Deshalb haben wir uns für den September entschieden und freuen uns schon, Sie dann bei uns begrüßen zu können.

Odyssee durch die Stadt

Historischer Rückblick auf die Dienstsitze der Ärztekammer Berlin

Der Umzug der Kammer in ihr neues Gebäude an der Friedrichstraße gibt Anlass zu einem kurzen historischen Rückblick. Insgesamt sieben Dienstsitze hatte die Ärztekammer Berlin im Laufe ihrer über 100-jährigen wechselvollen Geschichte. Sie zog von der Schellingstraße in die Nettelbeckstraße in Tiergarten um, dann folgte zweimal Charlottenburg, Reinickendorf und nun Kreuzberg an der Grenze zu Mitte. Dr. Manfred Stürzbecher, Arzt im Ruhestand mit medizinhistorischer Passion, hat sich für BERLINER ÄRZTE durch die Archive gewühlt.

Ärztekammern gibt es in Preußen seit 1887. In jener Frühzeit der Kammergeschichte war jedoch die Zahl der Ärzte und Aufgaben vergleichsweise überschaubar. Und die Büroarbeit für die Standesorganisation wurde vermutlich in der Wohnung des jeweiligen Vorsitzenden geleistet. So ist es jedenfalls für die 1901 geschaffene hiesige Apothekerkammer belegt und es besteht Grund anzunehmen, dass das auch für die Ärztekammer galt. Offizielle Quellen („Reichs-Medizinalkalender", „Handbuch für den Preußischen Hof und Staat") nennen in dieser Zeit jedenfalls noch keine eigene Kammer-Adresse.

Vom Pantoffelbüro zur ersten Geschäftsstelle

So etwas wie eine Geschäftsstelle und ein eigenes Büro wird erstmals im Jahr 1912 erwähnt („Handbuch über den Königlich Preußischen Hof und Staat"). Da taucht die „Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und die Stadtgemeinde Berlin" mit einer eigenen Anschrift auf: Berlin W 9, Schellingstraße 9. Bis mindestens 1918 muss die Kammer hier geblieben sein, dann folgte offenbar der erste Umzug. Es ging nach W 62 in die Nettelbeckstraße 4 (Handbuch über den Preußischen Staat, Band 128).

Der Zuständigkeitsbereich der Berliner Kammer reichte damals übrigens weit über das eigentliche Stadtgebiet hinaus. Nach dem verlorenen ersten Weltkrieg und der Abtrennung von Gebieten im Bereich der Provinzen Westpreußen und Posen erstreckte sich der Wirkungskreis der hiesigen Ärztekammer auch auf Teile der beim Deutschen Reich verbliebenen preußischen Provinzen. Das schlug sich im Namen nieder und führte schließlich zur Bildung einer gesonderten „Ärztekammer Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen". Die hatte ihren eigenen Dienstsitz zunächst in der Lützowstraße 55 und ab 1929 in Berlin-Grunewald, Hubertusallee 22 (heute Sitz der KBV in Berlin). Bis zur Ausbombung 1943 blieb die Hubertusallee 22 Sitz der Ärztekammer- und KV Brandenburg.

Die für die Stadtgemeinde Berlin zuständige Ärztekammer behielt zunächst ihren Dienstsitz in der Nettelbeckstraße. Um 1930 muss Umzug Nr. 3 gefolgt sein, denn seitdem wird in historischen Quellen als Dienstsitz die Genthiner Straße 35 in Berlin W 35 (Tiergarten) genannt. Das Haus, in das die Kammer nun zog, war um 1928 von einer ärztlichen Organisation gekauft worden, die als Vorgängerin der späteren KV Berlin angesehen werden muss.

Gleichschaltung unter der Reichsärztekammer

Die Machtübernahme durch die Nationalsozialisten und die Gleichschaltung der ärztlichen Standesvertretungen führte dazu, dass ab 1936 die Reichsärztekammer weite Teile der Aufgaben der Ärztekammer Berlin übernahm. Zwar wurde die Kammer weiterhin mit Adresse in der Genthiner Straße geführt, sie fungierte von dort aus jedoch nur noch als eine Unterbehörde der Reichsärztekammer, die ihren Hauptsitz in SW 19, Lindenstraße 42 (im heutigen Kreuzberg) hatte. In der NS-Zeit konzentrierten sich die ärztlichen Standesaktivitäten in Berlin somit auf zwei Standorte; auf das Haus in der Lindenstraße 42 und das in der Genthiner Straße, die inzwischen nach einem preußischen General in „Woyrschstraße" umbenannt worden war.

Was von dem Gebäude Woyrschstraße (später wieder in Genthiner Straße rückbenannt) den Krieg überstanden hat, konnte bisher nicht festgestellt werden. Es ist anzunehmen, dass es durch Bombenangriffe stark zerstört wurde, denn heute steht dieses Haus nicht mehr. Es befand sich im Gebäudekomplex des heutigen Arbeits- und Landesarbeitsgerichts am Magdeburger Platz.

Auflösung der Kammern nach 1945

Nach der Besetzung Berlins wurden 1945 alle Berufsorganisationen als nationalsozialistisch infiltriert von den Besatzungsmächten verboten. Das galt auch für die Ärztekammern, die es von da an nicht mehr gab. Die meisten der seinerzeit den Kammern übertragenen Aufgaben wurden nun von staatlichen Einrichtungen, von Landesbehörden oder Gesundheitsämtern, übernommen. Dies galt in allen vier Berliner Sektoren. Nach der Spaltung der Stadt wurden jedoch in den drei Westsektoren für verschiedene Gesundheitsberufe Sektorenverbände und berufspolitische Verbände gegründet (Unterlagen des Polizeipräsidenten über die Zulassung von Vereinen, Landesarchiv Berlin). Sie nahmen ihren Sitz in der Lindenstraße 42 (also im ehemaligen Haus der Reichsärztekammer) und übernahmen nach einiger Zeit die Vorprüfung ärztlicher Fachqualifikationen, die in diesen Jahren für West-Berliner Ärzte von der Ärztekammer Hamburg erteilt wurde. Es dauerten bis Ende 1962, bis in den West-Sektoren Berlins wieder eine Ärztekammer zu-

gelassen wurde. Im Ostteil Berlins, seit 1949 Hauptstadt der DDR, gab es keine Ärztekammer mehr. Das staatliche Gesundheitswesen und die Gewerkschaft (FDGB) übernahmen über Kreis- und Bezirksärzte alle Aufgaben der Qualitätskontrolle ärztlicher Fachabschlüsse.

Wiedergeburt (West) in Charlottenburg

Die 1962 wiedergegründete Ärztekammer Berlin (West) richtete in der Bismarckstraße 95-96 in Charlottenburg im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin ihren Dienstsitz ein, den sie rund 20 Jahre beibehielt. 1983 kam es zu einem berufspolitischen Streit zwischen Kammer und KV, in dessen Folge die KV Berlin der Kammer überraschend den Mietvertrag kündigte. Fieberhaft suchte diese nun ein neues Domizil und wechselte schließlich in eine gerade freiwerdende Villa in der Klaus-Groth-Strasse 3/Charlottenburg nahe dem Theodor-Heuß-Platz. Das Haus stand im Besitz der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Berlin. Da die räumlichen Verhältnisse in der Klaus-Groth-Straße äußerst beengt waren, mussten im Laufe der Zeit noch Räume in Nachbargebäuden angemietet werden.

Und wieder Kisten packen

Als die KZV-Berlin Anfang der 90er Jahre in ihrem Gebäude Eigenbedarf anmeldete, musste die Ärztekammer erneut ihre Sachen packen. Inzwischen hatte die Wiedervereinigung, in deren Folge ab 1990 alle Ost-Berliner Ärzte wieder zu Kammermitgliedern wurden, eine erhebliche Ausweitung der Mitgliederzahlen und Aufgaben erfahren. Der Raumbedarf stieg. Nach längerer Suche zog die Kammer schließlich im Sommer 1992 nach Reinickendorf, Flottenstraße 28-42, in einen ehemaligen Industriekomplex, der längere Zeit auch als Flüchtlingslager gedient hatte. In diesem Hause hat sie die letzten zehn Jahre gearbeitet. Der jetzt vollzogene Umzug in das eigene Haus in der Friedrichstraße 16 ist der siebente der Kammergeschichte. Er wird nun hoffentlich der Letzte nach einer langen Reise durch die geteilte und wiedervereinte Stadt Berlin sein.

Dr. phil. Dr. med. Manfred Stürzbecher

BUCHBESPRECHUNG

Mythos Krebsvorsorge

Schaden und Nutzen der Früherkennung

Christian Weymayr/Klaus Koch, Eichborn-Verlag Frankfurt/M., 293 S., 19,90 €

Ist denn Vorsorge nicht eo ipso gut, noch dazu Krebsvorsorge? Wenn man sie beim Wort nimmt und Risiken wie zum Beispiel Rauchen oder Fehlernährung meidet: Ja. Wenn aber Vorsorge auf Früherkennung beschränkt wird: Nein. Den Nachweis, dass sie auch schaden kann, führen zwei Biologen und renommierte Wissenschaftsjournalisten in ihrem gründlich recherchierten, durchweg „evidenzbasierten" Buch. Sie arbeiteten die besten Studien durch, führten Gespräche mit kritischen Fachärzten und Epidemiologen, und dann blieb vom Mythos, von der Verklärung des Screenings, nichts mehr übrig. „Solch eine Verklärung hat unter anderem zur Folge, dass kritische Fragen und Argumente nicht nur nicht gemocht, sondern gar nicht verstanden werden", schreibt der klinische Epidemiologe Jürgen Windeler im Geleitwort.

Diese kritischen Fragen stellen die beiden Autoren, und dabei analysieren sie besonders sorgfältig die gewöhnlich unter den Teppich gekehrten Risiken. Das heißt, dass sie sich generell gegen die Früherkennungsuntersuchungen aussprechen; sie appellieren aber an Ärzte und potenzielle Patienten, Nutzen und Schaden gewissenhaft gegeneinander abzuwägen.

Und dafür liefern sie in ihrem Buch eine Fülle von Fakten. Es ist ein ausgezeichnetes und sehr anspruchsvolles Stück „öffentliche Wissenschaft"! Da es auch Laien zugänglich ist, tun Ärzte gut daran, sich durch die Lektüre auf den gleichen Informationsstand zu bringen. R. St.

Fortschreibung des Krankenhausplans schlägt höhere Wellen als erwartet

Mit einem Paukenschlag zum 1. April dieses Jahres war die Fortschreibung des Krankenhausplans unversehens in die Tagespresse geraten. Nicht ganz ohne Vorwarnung hatten Regierender Bürgermeister und Stadtentwicklungssenator den Standort des Vivantes-Klinikums Hellersdorf just in dem Moment in Frage gestellt, als Gesundheitssenatorin Knake-Werner den Fortschreibungsentwurf im Senat präsentierte, und damit erneut Streit um eines der sensibelsten Identifikationsobjekte des kleineren Koalitionspartners provoziert. Wie war es dazu gekommen?

Als Ergebnis der rot-roten Verhandlungen war im Koalitionsvertrag von 2001 die Vorgabe zu einem neuen Krankenhausplan noch in 2002 aufgetaucht, obwohl doch erst 1999 ein solcher erstellt worden war. Gründe gab es wohl, wie weit auch immer sie ausschlaggebend für die Entscheidung gewesen sein mögen: Die bevorstehende DRG-Einführung mit der Abkehr von der Bettenplanung hin zur Leistungsplanung, die neue Marktsituation mit der Errichtung des bundesweit größten Krankenhauskonzerns – Vivantes – in Berlin, die Neuordnung der Berliner Universitätsmedizin, die schon lange in viel stärkerem Maße an der regulären Versorgung teilnimmt als offiziell im Krankenhausplan von 1999 ausgewiesen war.

Der Weg dorthin wirkte zunächst hoffnungsvoll. Die neue Leitung der Gesundheitsverwaltung war auf ein konsensuales Verfahren aus und schien den wiederbelebten Krankenhausbeirat als auch die nach ihren Wünschen befragten Träger stärker als bisher in Berlin üblich einzubeziehen. Die Krankenkassen warteten im Sommer schließlich mit einem eigenen „Krankenhausplan“ auf, der auf der Prognose einer weiter absinkenden Verweildauer und bereinigten Fehlbelegung die Schließung weiterer 4500 Betten forderte – nach Abbau von immerhin 20.000 Betten seit der Wende und obwohl die Bettendichte in Berlin inzwischen im Bundesdurchschnitt liegt. Die Kostenträger verschwiegen den weiteren Fallzahlanstieg, sahen aber offenbar trotzdem die Chance, sich mit ihrer Forderung nach drastischen Schließungsmaßnahmen einer anderen Fehlprognose entgegen zu stemmen: dass die DRG-Einführung automatisch zu einem Verschwinden eines Drittels der deutschen Krankenhausbetten führen würde, was von jeher auf Grund internationaler Erfahrungen zu bezweifeln war.

Ist Sollauslastung von 85 Prozent realistisch?

Der verspätet im März vorgelegte Entwurf wurde jedoch kein neuer Krankenhausplan, sondern lediglich eine Fortschreibung des Plans von 1999 bis 2005. Schon im Dezember 2002 jedoch hatte Vivantes sein Strategiekonzept vorgelegt und damit das meiste gesagt: Wird jetzt eine Reduktion um 1327 Betten geplant, hatte der Konzern bereits bekannt gegeben, 1600 Betten bis 2006 zur Disposition zu stellen. Bei der Ermittlung des Bettenbedarfs hat sich die Verwaltung darauf beschränkt, diesen Zahlen eine Planung nachzuliefern, die die Prognose einer kürzeren Liegedauer und steigenden Fallzahl mit einer Sollauslastung praktisch aller Fachabteilungen von 85 % verknüpft. Das entspricht weder den jetzigen Verhältnissen noch kommenden Entwicklungen mit zunehmenden Spitzen- und Talauslastungen unter DRG-Bedingungen. Die Behörde ließ damit weder neue Planungsinstrumente zur Anwendung kommen noch Anstrengungen erkennen, auf die veränderte Marktsituation durch Planungssicherheit gebende Maßnahmen für kleinere Träger zu reagieren. Für die Geriatrie kündigte man gar den Beginn einer Fortschreibung erst für 2003 an, wobei aber – offenbar dem Münchner Vorgehen entsprechend – bereits mit Trägern über eine teilweise Verschiebung der Versorgung durch Plankrankenhäuser (§ 109 SBG V) in die Rehabilitation (§ 111 SGB V) gesprochen worden sein soll, was zu erheblicher Besorgnis führte.

Kliniken sind gezwungen, auch Unlukratives anzubieten

Mit ihrer „deutlichen Rücknahme der Regelungstiefe“ sah sich die Gesundheitsverwaltung alles in allem dem Verdacht ausgesetzt, die Berliner Krankenhauslandschaft einem ungleichen Wettbewerb zwischen der landeseigenen Vivantes GmbH und dem Rest der Welt zu überlassen – ein deutlicher Gegensatz zur bisher in Berlin üblichen Planungssorgfalt. Inzwischen betonte der zuständige Staatssekretär, dass man keinem Träger gestatten werde, aus ökonomischen Gründen auf eine ihm zugeordnete Leistung zu verzichten – offen bleibt dabei nur die Frage der Finanzierung im DRG-Zeitalter: wer von Senatsseite würde wohl gegenüber den ausgebluteten Kostenträgern den Mut aufbringen, über Sicherstellungszuschläge auch nur teilweise zum Kostendeckungsprinzip zurückzukehren?

Planungsrückzug des Senats

Was Krankenhausplanung als Grundlage für bauliche Investitionen angeht, hatte schon vor einem Jahr der Hauptausschuss des Parlaments von sich aus Weichen gestellt: für das Mutter-Kind-

Zentrum des Klinikums Neukölln, das Haupthaus des Krankenhauses Lichtenberg und den Neubau zur Integration der Lungenklinik Heckeshorn in das Behring-Krankenhaus – nicht aber für Hellersdorf, obwohl die Region vergleichsweise schlecht mit Grundversorgungsbetten ausgestattet ist. Mit dem Segen der Gesundheitsbehörde wollte Vivantes den Neubau daher privat errichten lassen und leasen, die Kassen protestierten. Der Regierende – ohnehin kritisch – bestand schließlich auf einer DRG-gerechten Planung und stoppte die Neubauen für Hellersdorf und das Behring-Krankenhaus. Wiewohl bleibt in der jetzigen Fortschreibung das Klinikum Hellersdorf inklusive des zunächst schließungsbedrohten Standortes Kaulsdorf in vollem Bettenumfang erhalten. Für die Zeit nach 2006 soll über das Neubau-Thema neu verhandelt werden. Zusammenfassend tut der planerische Rückzug des Senats bis 2005 wohl niemandem weh. Für den nächsten Krankenhausplan jedoch kann man Berlin nur wünschen, dass die Politik mit hoher Fachkompetenz den gesetzlichen Planungsauftrag erfüllt, indem sie sich ernsthaft um die erforderliche Balance zwischen Wettbewerb und Daseinsvorsorge bemüht.

Dr. med. Nicolas Schönfeld
Fontanestr. 4, 14193 Berlin
schoenfeld.berlin@t-online.de

Die Fortschreibung im Überblick

- Beibehaltener Planungshorizont 2005
- Stand 31.12.2002 in Berlin: 22.477 Krankenhausbetten in 49 Plankrankenhäusern
- Geplante Absenkung 1327 Betten, davon
  - Öffentliche Träger 656 Betten
  - Freigemeinnützige Träger 108 Betten
  - Private Träger 195 Betten
  - Universitätsklinika 383 Betten
- Zu den Veränderungen bei der Vivantes GmbH siehe die Ausgabe 2/2003 der BERLINER ÄRZTE.
- Weitere Absenkungen betreffen u.a.
  - HELIOS Klinikum Berlin (privat; Ist 1071 Betten, Soll 1003; Reduktion in verschiedenen Fachabteilungen, neu: kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung für die Region Nord).
  - Privatklinik Hygiea (privat; Ist 110, Soll 29; Wegfall u.a. von Chirurgie und Frauenheilkunde/Geburtshilfe, diesbezügliches Gerichtsurteil hat aber noch keine Rechtskraft).
  - Zentralklinik Emil von Behring (freigemeinnützig; Ist 623, Soll 581; der Umzug der Lungenklinik Heckershorn auf das Behring-Gelände wird zeitlich und räumlich im Krankenhausplan 2006 geregelt).
  - Ev. Waldkrankenhaus Spandau (freigemeinnützig; Ist 581, Soll 542; Reduktion in verschiedenen Fachabteilungen).
  - DRK-Kliniken Köpenick (freigemeinnützig; Ist 543, Soll 507; Reduktion in der Chirurgie und Inneren Medizin, neu: Neurologie).
- Keine Ausweisung mehr der Subdisziplinen Viszeralchirurgie, Kardiologie, Gastroenterologie.
- Andere Subdisziplinen nicht mehr quantitativ, sondern nur noch standortbezogen qualitativ ausgewiesen.
- Neu ausgewiesene Hauptdisziplinen: Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie.
- Teilstationäre Plätze: Verzicht auf quantitative Planung und Ausweisung der Subdisziplinen (Festlegung nur für Hauptdisziplin und Standort).

Karin Büttner-Janz

Foto: Loy

Die Gold-Karin

Anruf von der Staatsoper. Das mit der ersten Reihe klappt. Klassisches Ballett möchte Karin Büttner-Janz aus der ersten Reihe sehen – oder gar nicht. So ist sie halt gestrickt. Anders kommt man auch schlecht an zwei Goldmedaillen. Rund 30 Jahre ist das mit dem Olympia-Gold her, eine Distanz, die vieles unwirklich erscheinen lässt. Karin Janz, das grazile Mädchen mit der perfekten Körperhaltung und dem ernsten Gesicht, die Bezwingerin der Schwerkraft auf Stufenbarren oder Pferd, die Erfinderin des „Janz-Saltos". Manchmal schaut sie mit Freunden Fotos und Filme aus dieser Zeit. Dann füllt sich ihr Herz mit schönen Memorabilien. Vom harten, jahrelangen Training, der Qual des Wiederholens und Verbesserns, erzählen die Fotos wenig.

Karin Büttner-Janz ist in Deutschland eine der wenigen Chefärztinnen für Orthopädie. Da stellt man sich jetzt einen langen Kampf gegen klüngelnde Männerzirkel vor, ausgerüstet mit einem schlagkräftigen feministischen Waffenarsenal. Fehlanzeige! In der Wendezeit wurde eben die Chefarztstelle im damaligen Krankenhaus Kaulsdorf frei, heute ein Standort des Vivantes-Klinikums Hellersdorf. „Ich bewarb mich und wurde genommen." So entwaffnend einfach kann Frau Büttner-Janz Dinge beschreiben, die eigentlich kompliziert sein müssten.

Vom Ledersofa in ihrem Büro springt sie auf, um die Broschüre mit den mikrochirurgischen Instrumenten zu suchen. Die „Doppellöffelzange mit vergoldetem Maul", die „Hohlmeißelzange" und der „Wirbelsäulensperrer", alles „nach Büttner-Janz". Am wichtigsten sind natürlich die künstlichen Bandscheiben, an denen sie seit den 80er Jahren forscht. Diese Dinge entsprechen ihrer Lebensmaxime: etwas schaffen, was Spuren hinterlässt. Vielleicht geht sie deshalb so gerne in den Pariser Louvre. Die „Mona-Lisa", die Ewige, hängt in ihrem Büro.

Karin Janz wuchs im Spreewald auf. Der Vater, auch ein Turner, förderte früh ihr sportliches Talent. Sie kam auf eine Kinder- und Jugendsportschule in Forst. Früh um Sieben begann das Training, dann Schule, danach wieder Training. „Turnen ist eine der härtesten Sportarten." Und sonst? Ausgehen in Diskos habe sie mal ausprobiert, aber wie soll man da morgens um Sieben fit sein? Also keine Diskos. Trotzdem habe es Spaß gemacht. „Man kannte halt nichts anderes." 1967 wurde sie zum ersten Mal DDR-Meisterin, 1969 Europameisterin, 1970 Weltmeisterin und 1972 in München holte sie zweimal Gold. Eine Traumkarriere. Zumindest von außen betrachtet. „Nach einem Erfolg hatte ich immer mit dem Gedanken gespielt aufzuhören." Das Gefühl sagte: Genug der Torturen. Doch der Kopf widersprach: Willst du alle enttäuschen? Die Eltern, die Betreuer, die tausenden Fans? „Die Erwartungshaltung war sehr groß." Der Kopf gewann. 1973 war dann Schluss mit ihrem ersten Leben. Da war sie erst 21. Das zweite Leben wurde die Medizin. Das liegt bei Sportlern nah. Noch näher lag bei Karin Büttner-Janz die Orthopädie, „ein sehr schönes Fachgebiet". Warum? Sie zögert. „Perspektivisches Denken – wie lange ist der Patient mit dem Implantat zufrieden?" Sie zögert wieder. „Das gibt es bei anderen Fachgebieten auch, aber da kenne ich mich nicht aus." Jetzt lacht sie. Irgendwie komisch, sich zu fragen, warum man etwas macht. Hat sie sich selbst nie gefragt. Frau Büttner-Janz gehört nicht zu den Haderern und Zauderern und Vielleicht-wäre-ich doch-besser-was-anderes-geworden-Menschen. Zäh ist sie, ausdauernd, ein klarer und zielstrebiger Mensch, geformt durch den Spitzensport. Auch als der Erfolg einmal ausblieb, in den 80er Jahren, verlor sie nicht den Glauben an sich. Mit der ersten, von ihr mitentwickelten Bandscheibenprothese, gab es Schwierigkeiten. Einige Patienten mussten ein zweites Mal operiert werden. „Das war eben eine Lernkurve", sagt die Medizinerin, „das ist normal und zeigt die Verantwortung eines Arztes".

Heute erstreckt sich ihre Verantwortung auf weit mehr als die Gliedmaßen der Patienten: Publikationen, Lehrveranstaltungen, Personal- und Budgetplanung, Öffentlichkeitsarbeit etc. Sie möchte ihren Job „richtig machen", in allen Belangen. Dabei stört es sie nicht, auch auf die Ökonomie zu achten. Das sei eben jetzt erforderlich - also klagt sie nicht, sondern tut ihr Bestes. Nur die Zeit kann sie nicht ausdehnen. Das misslang ihr schon im ersten Leben. Wenn sie trotzdem mal aus dem engen Terminkorsett ausbüxt, fährt sie Ski alpin. Das elegante Pistenwedeln hat sie sich selbst beigebracht, ohne Trainer. Und ohne einen Anflug von Ironie behauptet sie, darin in Wahrheit talentierter zu sein als im Turnen. Leider ist es für Ski-Gold jetzt zu spät.

Thomas Loy (Journalist)

In dieser Rubrik portraitieren wir in loser Folge Ärzte aus Berlin. Dabei wollen wir bewusst keine sehr prominenten Ärzte vorstellen, sondern Kollegen „next door", die uns einfach aufgefallen sind. Über Vorschläge unserer Leser freuen wir uns sehr. **Redaktions-Tel. 40 80 6-6000**

Berlin-Brandenburgische Suchtakademie gegründet

Einen besseren Austausch zwischen Suchtforschung und Praxis hat sich die neu gegründete Berlin-Brandenburgische Suchtakademie e.V. zum Ziel gesetzt. Die Idee dazu hatten engagierte Ärzte, Wissenschaftler und Mitarbeiter aus Suchthilfeeinrichtungen. Ihnen war aufgefallen, dass der Austausch zwischen denen, die abhängigkeitskranke Patienten behandeln und denen, die zu diesem Thema forschen, in der Region oft stockt. Es wird vielfach zu wenig über den Tellerrand geguckt. Dadurch kann vorhandenes Wissen nicht von allen genutzt werden und wichtige Fragestellungen bleiben in Forschungsprojekten unberücksichtigt. Das ist schade, denn Berlin und Brandenburg besitzen eine Vielzahl eigens auf Suchtproblematiken spezialisierter Einrichtungen. Die Kompetenz in der Region ist also groß.

Damit das anders wird, hat die Akademie jetzt erste Arbeitsgruppen ins Leben gerufen, die zu Beginn vor allem eine regionale Bestandsaufnahme leisten wollen. Ärztinnen und Ärzte mit langjähriger Erfahrung im Suchtbereich sind herzlich zur Mitarbeit eingeladen.

Aufnahmekriterien

Für Leiter von Forschungseinrichtungen/ Inhaber von Lehrstühlen:

- Schwerpunkt in der Suchtforschung (mindestens zwei zusätzliche Mitarbeiter mit überwiegender Tätigkeit in der Suchtforschung).
- Seit mindestens fünf Jahren in dieser Position tätig.

Für Leiter von Praxiseinrichtungen und anderen Einrichtungen des Versorgungssystems:

- Ausreichende Menge von Tätigkeiten in der Prävention, Therapie oder Nachsorge (mindestens zwei zusätzliche Mitarbeiter).
- Seit mindestens fünf Jahren in dieser Position tätig.

Für Einzelpersonen und Vertreter von Organisationen (NGO's), die im Themenfeld „Suchtproblematik" tätig sind:

- Mehrjähriges fachliches Engagement in der breiten Öffentlichkeit im Sinne der Vereinsziele.

Mitgliedsbeitrag: 100 €/Jahr bzw. Staffelung nach Berufsgruppen.

Vorstand

Prof. Dr. med. Andreas Heinz,
HU Berlin (Vorsitzender)

PD Dr. med. Gudrun Richter
Brandenburg (Stellv. Vorsitzende)

Dr. rer. nat. Johannes Lindenmeyer
Brandenburg (Schatzmeister)

Dr. med. Jörg Gölz, Berlin

Wolfgang Götz, Berlin

Dr. Sabine Grüsser-Sinopoli,
HU Berlin, FU Berlin

Prof. Dr. med. Bernd Nickel, Berlin

Prof. Dr. med. Hans Rommelspacher,
FU Berlin

Beirat

Elfriede Koller –
Suchtbeauftragte Senat Berlin

Ines Kluge –
Suchtbeauftragte MASGF
Brandenburg

Wolfgang Janik
(Vertreter der LVA, Berlin)

Dr. Margret Ritzki
(Vertreterin der Krankenkassenverbände Brandenburgs),
Beobachterstatus

Manfred Stern
(Vertreter der LVA Brandenburg),
Beobachterstatus

Derzeitige Arbeitsgruppen

Ökonomische Aspekte der akuten Alkoholtherapie
(Interessenten bitte melden bei Herrn Prof. Nickel, b.nickel@kh-hellersdorf.de)

Prävention: Bestandsaufnahme präventiver Maßnahmen einschließlich Früherkennung und Kurzintervention
(Interessenten bitte melden bei Frau Dr. Richter, gudrun.richter@krankenhaus-angermuende.de)

Ausbildung verschiedener Berufsgruppen, Bestandsaufnahme
(Interessenten bitte melden bei Frau Dr. Jacobowski, jacobowski@gmx.de)

Aktuell laufende Forschung, Bestandsaufnahme
(Interessenten bitte melden bei Frau Dr. Grüsser-Sinopoli, gruesser@rz.hu-berlin.de)

Internetportal und Öffentlichkeitsarbeit
(Interessenten bitte melden bei Herrn Dr. Gölz, goelz@snafu.de)

Erste Grundsatzentscheidung zu Patientenverfügungen

Der Bundesgerichtshof hat zur Frage der Einstellung einer lebenserhaltenden Therapie auf der Basis einer Patientenverfügung eine Grundsatzentscheidung gefällt. Die Leitsätze des Beschlusses stärken einerseits das Instrument der Patientenverfügung. Gleichzeitig verlangen sie aber die Überprüfung durch das Vormundschaftsgericht, wenn Betreuer gegen eine lebenserhaltende Therapie entscheiden.

Der Entscheidung liegt der Fall eines Patienten zugrunde, der infolge eines Myocardinfarktes einen hypoxischen Gehirnschaden im Sinne eines apallischen Syndroms erlitt. Nach einem Jahr hat der zum Betreuer bestellte Sohn die Einstellung der Ernährung über die PEG-Sonde beantragt, da eine Besserung des Zustandes nicht zu erwarten sei. Dies entspreche dem Wunsch seines Vaters, den dieser in einer Patientenverfügung festgehalten habe.

Der Vater hatte geschrieben:

„Im Fall meiner irreversiblen Bewußtlosigkeit, schwerster Dauerschäden meines Gehirns oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder im Endstadium einer zum Tode führenden Krankheit, wenn die Behandlung nur noch dazu führen würde, den Vorgang des Sterbens zu verlängern, will ich:

- *keine Intensivbehandlung*
- *Einstellung der Ernährung*
- *nur angst- oder schmerzlindernde Maßnahmen, wenn nötig,*
- *keine künstliche Beatmung*
- *keine Organtransplantation*
- *keinen Anschluss an eine Herz-Lungen-Maschine.*

Meine Vertrauenspersonen sind ... .“

Das Vormundschaftsgericht wies den Antrag des Sohnes auf Einstellung der Ernährung ab. Die Beschwerde des Sohnes über die Zurückweisung wurde durch das dann angerufene Landgericht ebenfalls abgewiesen. Das Oberlandesgericht hat die Entscheidung schließlich dem Bundesgerichtshof vorgelegt.

Selbstbestimmung durch Patientenverfügung

Der Bundesgerichtshof bestätigt in seinem Beschluss vom 17. März 2003 die Möglichkeit, im Sinne des Selbstbestimmungsrechtes Behandlungswünsche, sofern sie nicht rechtswidrig sind, in einer Patientenverfügung festzuhalten. Der Betreuer hat die Aufgabe, als gesetzlicher Vertreter dem Willen des Betreuten Geltung zu verschaffen. Dies betrifft auch die Einwilligung in medizinische Eingriffe wie zum Beispiel in eine Ernährung über eine PEG-Sonde, da diese als Eingriff in die körperliche Integrität gesehen wird. Die einmal bei Anlage der PEG-Sonde erteilte Einwilligung kann auch zurückgenommen werden, wenn die Fortführung der Ernährung nicht mehr dem Willen oder Wohl des Betreuten entspricht.

Keinen Unterschied macht das Gericht in der Frage, ob eine Maßnahme nicht begonnen, oder ob sie abgebrochen wird. Die Nichterteilung der Einwilligung sei gleich zu bewerten, egal, ob die Maßnahme schon begonnen sei oder nicht, da sich andernfalls der Lebensschutz ins Gegenteil verkehren könne. Maßnahmen würden dann möglicherweise aus Scheu vor den Schwierigkeiten eines Abbruchs gar nicht erst begonnen. Aus der Notwendigkeit der Einwilligung folgt, dass nur über ärztlich angebotene, medizinisch indizierte Maßnahmen entschieden werden kann. Damit wird die ärztliche Indikationsstellung betont. So ist es entscheidend, sorgfältig die Indikation ärztlichen Handelns zu bedenken.

Entscheidungszuständigkeit des Vormundschaftsgerichts

Der zweite Leitsatz des Beschlusses enthält die Notwendigkeit, das Vormundschaftsgericht anzurufen, wenn eine ärztlich indizierte Behandlung, die lebenserhaltend oder -verlängernd ist, auf Wunsch des Patienten, vertreten durch einen Betreuer, nicht durch- oder weitergeführt werden soll. Damit beschreibt der Bundesgerichtshof den Konfliktfall, bei dem der Arzt eine Maßnahme für medizinisch geboten hält, der Patient sie aber nicht wünscht, auch wenn sie dazu dient, sein Leben zu erhalten oder zu verlängern. Ist der Patient entscheidungsfähig, ist dies unproblematisch, er darf auch nach höchstrichterlicher Rechtsprechung lebensrettende Maßnahmen ablehnen. Bei nichtentscheidungsfähigen Patienten vertritt ihn der Betreuer, auch wenn eine lebenserhaltende Behandlung unterlassen oder beendet werden soll. Dies sieht das Gericht als eine Last, die dem Betreuer nicht allein zugemutet werden könne. Einerseits ist also die Fürsorge für den Betreuer eine Begründung der Entscheidung, andererseits werde mit der Überprüfung der Entscheidung durch das Vormundschaftsgericht der Patient in seinen Grundrechten auf Leben, Selbstbestimmung und Menschenwürde in ausgewogener Weise geschützt. Gegenstand der Überprüfung ist vor allem die Frage, ob der Patientenwille in dieser Situation richtig gedeutet und ausgeführt wird.

Zusammenfassende Bewertung

Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs stärkt die Kraft der Patientenverfügung als Mittel zur Patientenselbstbestimmung und dies ist sicher positiv zu werten. Bisher gab es weder bundesgesetzliche Bestimmungen noch eine Rechtsprechung, die dies so deutlich festgeschrieben hat. In der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin ist die Verbindlichkeit allerdings schon seit 1998 unter § 16 entsprechend geregelt. Der Patientenwille, der aus einer Patientenverfügung hervorgeht, ist zu beach-

ten, ein mutmaßlicher Wille kann und muss nur bei Fehlen einer Patientenverfügung festgestellt werden. Damit bekommen Ärzte und Patienten eine größere Sicherheit für den Umgang mit Patientenverfügungen.
Die ärztliche Entscheidung, insbesondere im Rahmen der Indikationsstellung, bekommt eine große Bedeutung. Dies sollte zur kritischen Prüfung der eigenen Praxis anregen, da die Indikationsstellung eine zentrale Rolle hat.

Immer, wenn eine Behandlung nach medizinischer Ansicht indiziert ist und darum vom Arzt angeboten wird, der Betreuer aber im Gegensatz dazu meint, dass sie unterbleiben soll, muss der Betreuer seine Entscheidung dem Vormundschaftsgericht zur Genehmigung vorlegen. Dies ist eine große Herausforderung für die Gerichte. Sie müssen dafür sorgen, dass die Dauer der Verfahren im Interesse der betroffenen Patienten kurz gehalten wird. Für Patienten ist die Verwendung einer Patientenverfügung weiterhin zu empfehlen, da die Vormundschaftsgerichte sie als Entscheidungsgrundlage nutzen werden.

Jeanne Nicklas-Faust
Referatsleiterin Ethik, Ärztekammer Berlin

Weitere Informationen zum Thema finden Sie im Internet unter: www. aerztekammer-berlin.de/35_Medizinische_ Ethik/ 08_faq_ ethik.html

PERSONALIEN

Herzlichen Glückwunsch Modjtaba Nasseri

Der ehemalige Chef der chirurgischen Abteilung an der Schlosspark-Klinik, Professor Dr. med. Modjtaba Nasseri, wird am 2. Juni 2003 75 Jahre alt.

Modjtaba Nasseri, in Zandjan/Iran geboren, nahm 1952 in Göttingen sein Medizinstudium auf. Hier absolvierte er bereits 1957 sein Abschlussexamen, promovierte im selben Jahr und habilitierte sich 1967 an der FU Berlin. Schon davor begann er sich auf kardiologischem Gebiet zu spezialisieren, auf dem er dann schließlich wegweisend wurde. 1960 erfolgte die Aufnahme ins kardiochirurgische Team der FU Berlin. In diesem Jahr begann er zusammen mit Prof. Bücherl mit der ersten experimentellen Lungen- und ein Jahr später der ersten experimentellen Herztransplantation.

Von 1964 – 69 war er erster Leitender Oberarzt am Krankenhaus Neukölln. Großes öffentliches Ansehen erwarb er sich mit der ersten humanen Lungentransplantation an einem verunglückten Patienten, die er 1968 zusammen mit Professor Bücherl vornahm. 1969 wurde er leitender Oberarzt am Klinikum Westend der FU Berlin. Nach einem einjährigen USA-Aufenthalt führte Modjtaba Nasseri erstmals koronarchirurgische Eingriffe in Form eines aortokoronaren Bypasses sowie eine experimentelle Doppelherz-Transplantation als Linksherz-Bypass in Berlin ein.
1971 erfolgte die Berufung an die FU Berlin und 1975 wurde Nasseri Chefarzt der Chirurgischen Abteilung der Schlosspark-Klinik.
Auch um den ärztlichen Nachwuchs machte er sich verdient. So führte er jahrzehntelang zusammen mit Prof. Neuhaus, Prof. Freyschmidt und anderen eine der beliebtesten Großvorlesungen durch, wofür ihm der Preis „Lehr-Leuchte“ von der FU Berlin verliehen wurde.

Foto: privat

Seit 10 Jahren engagiert er sich für den Aufbau eines Krankenhauses im Iran. Für seine Verdienste wurde ihm 1990 das Bundesverdienstkreuz am Bande verliehen. Zur Zeit arbeitet er an seiner Autobiographie und ist daneben ein begeisterter Hobbyzeichner.

Dr. Gabriele Nasseri

Günter Tembrock wird geehrt

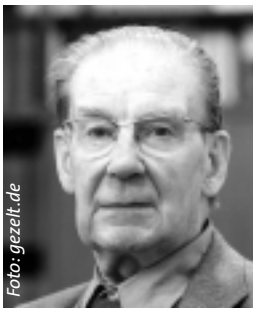


Foto: gezelt.de

Prof. Dr. Günter Tembrock, Human-Onkogenetiker und über Jahrzehnte an der Charité in der Medizinerausbildung tätig, feiert am 13. Juni seinen 85. Geburtstag. Aus diesem Anlass wird die Charité ein Ehrenkolloquium und ein wissenschaftliches Kolloquium veranstalten.

Ehrenkolloquium:
13. Juni 2003, 14 bis 18 Uhr
Wissenschaftliches Kolloquium:
„Entwicklungsprinzipien in der Biologie", 14. Juni 2003, 10 bis 12 Uhr. Beide Veranstaltungen finden im Institut für Biologie, Invalidenstr. 42, Hörsaal 12 statt.

Zudem wollen Freunde, Kollegen und Schüler Günter Tembrock mit einer Portraitbüste ehren. Geschaffen wurde sie vom Berliner Bildhauer Werner Stötzer und wird eingereiht in die Sammlung plastischer Portraits, mit denen die Charité herausragende Professoren würdigt.

Für Leser, die sich daran beteiligen möchten, nennen wir hier die Bankverbindung: Berliner Bank AG, BLZ 100 200 00, Kto. 438 888 870 00, Kennwort: Tembrock85, Empfänger: HUB Proj.-Nr. 54 80 10 81 Humanonkogenetik

Heinz Heidrich kriegt Bundesverdienstkreuz

Der Angiologe und frühere Ärztliche Direktor des Franziskuskrankenhauses, Prof. Dr. med. Heinz Heidrich, wurde Anfang Mai mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse ausgezeichnet. 22 Jahre lang war der Gefäßmediziner Chefarzt der Inneren Abteilung an diesem Hause. Er hat in dieser Zeit unermüdlich für sein Gebiet gewirkt und mit großem Engagement wissenschaftlich gearbeitet. Sein Weg führte ihn zunächst Mitte der 60er Jahre ans Sankt Gertrauden-Krankenhaus und in den 70ern an die Freie Universität Berlin. 1980 kam er ans Franziskus'. Von den vielen Ehrungen, die Heidrich im Laufe seiner wissenschaftlichen Karriere bekam, sei besonders die Berufung zum Fellow International College of Angiology in New York erwähnt.

Foto: Amputierten-Initiative e.V.

Rudi Stellmach ist tot

Foto: privat

In tiefer Trauer mussten wir erfahren, dass der langjährige Ordinarius für Kiefer-Gesichtschirurgie am Klinikum Benjamin Franklin, Berlin, am 5. März 2003 nach kurzem Leiden infolge einer Gehirnblutung verstorben ist. Dieser Tod war für uns alle überraschend.

Prof. Dr. Dr. Rudolf Stellmach wurde am 24. Februar 1924 in Oppeln in Schlesien geboren. Nach dem Abitur und einem vom Krieg unterbrochenen Studium in Medizin und Zahnmedizin begann er 1951 im Pharmakologischen Institut der Universität Hamburg. Um Geld hinzuzuverdienen – wie es damals notwendig war – war er von 1950 bis Ende 1952 in einer zahnärztlichen Praxis tätig. Es folgte ab 1953 eine längere Tätigkeit als Assistent an der Westdeutschen Kieferklinik unter dem damals sehr berühmten Professor Häupl. Gemeinsam mit dem Plastischen Chirurgen Jupp Schrudde, war Stellmach lange Zeit in Düsseldorf tätig.

Am 1.4.1967 konnte er das Ordinariat für Kiefer-, Gesichts- und Plastische Chirurgie in Berlin übernehmen, so dass dieser Bereich am Klinikum Benjamin Franklin über die Grenzen Berlins hinaus bekannt wurde. Stellmach war ein außerordentlich beliebter Hochschullehrer, der ruhig und didaktisch seine Studenten an sich band.

1993 wurde er Emeritus, doch war Rudi Stellmach ein sehr agiler Mann. Über einen Konsiliarvertrag war er bis zu seinem Tode Berater und Operateur in der Plastischen Chirurgie bei Prof. Herbert Kindermann an der Schlosspark-Klinik Berlin.

Für seine Verdienste erhielt Stellmach am 14. Dezember 1989 das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse.

In ihm verliert die deutsche Medizin einen herausragenden Mann und Operateur, dessen chirurgisches Können Tausende von Menschen zufrieden und glücklich gemacht hat und ich selbst einen treuen Freund und Weggefährten, dessen Hinscheiden uns alle betroffen machte und das wir zutiefst bedauern.

Prof. Dr. Dr. med. Joachim Gabka
14055 Berlin

Munch und die Medizin

Zur Ausstellung im Kupferstichkabinett

Abb. Katalog

Die Lithographie „Das kranke Kind“ gehört zu den Schlüssel-Werken Edvard Munchs (1863-1944), inhaltlich wie formal. Inhaltlich, weil ihn das Thema Krankheit und Tod sein Leben lang beschäftigte. Seit Mitte der achtziger Jahre griff er es in Gemälden und später in der Graphik immer wieder auf. Dahinter stand der nie verwundene Tod seiner Schwester Sophie, die mit fünfzehn Jahren an Tuberkulose starb – wie elf Jahre zuvor die Mutter. Formal, weil das Mehrfarbenlitho von 1896 zu den frühesten, zugleich aber schon technisch vollendeten und sehr ausdrucksstarken graphischen Blättern Munchs gehört.

Erst zwei Jahre vorher hatte der norwegische, lange in Deutschland (besonders in Berlin) lebende Maler begonnen, mit verschiedenen druckgraphischen Techniken zu experimentieren. Das kranke Mädchen zum Beispiel ist auch Thema einer Kaltnadelradierung von 1894 in verschiedenen Fassungen. Sie zeigt eine Kranke im Bett, die über eine Pflegende hinweg- und vielleicht dem Tod ins Auge blickt. In späteren Fassungen wird das Motiv immer mehr eingeengt, und das hier abgebildete Litho zeigt nur noch den Kopf des Mädchens mit dem durchscheinenden Gesicht der Schwindsüchtigen.

Vom „Kranken Kind“ hängen zwei Blätter in verschiedenen Farbvarianten in einer Ausstellung des Kupferstichkabinetts im Kulturforum. Sie zeigt etwa hundert der 250 Munch-Graphiken, die das Berliner Kabinett besitzt und die alle in dem ausgezeichneten Bestandskatalog detailliert beschrieben, zum großen Teil auch abgebildet sind, und zwar in sehr guter Qualität. Die verantwortliche Kunsthistorikerin Sigrid Achenbach hat Ausstellung und Katalog sinnvollerweise thematisch gegliedert. Gleich die erste Abteilung zeigt „Große Themen des Lebens“, nämlich Erinnerungen an Jugend/Krankheit und Tod, Sexualität und Erotik, Liebe und Tod, Melancholie, Angst und Einsamkeit (eindrucksvoll hier besonders das Litho seiner schizophrenen Schwester Laura mit den tief verschatteten Augen) und Alter. Es folgen Darstellungen nach literarischen Texten, dann Bildnisse (darunter die von Ärzten, die enge Freunde und die wichtigsten Mäzene des gesundheitlich labilen Arztsohnes Munch waren); ein Satire-Zyklus, den der von einem „Nervenzusammenbruch“ Genesende in einer Kopenhagener Psychiatrie schuf und schließlich schöne und weitgehend unbekannte Naturstudien des als Symbolist berühmt Gewordenen.

Gerade für Ärzte ist diese Ausstellung besonders fesselnd; nicht nur wegen der Themen Krankheit und Tod, die dem Künstler so früh begegnet waren und ihn nie wieder losließen. Die Munch-Sammlung des Berliner Kupferstichkabinetts – die zweitbeste nach Oslo – wurde schon sehr früh zusammengetragen, hauptsächlich von dem promovierten Mediziner Curt Glaser. Nach einem Zweitstudium als Kunsthistoriker war er von 1909 bis 1924 für die moderne Abteilung des Kabinetts tätig – bis 1920 nur als „wissenschaftlicher Hilfsarbeiter“. Weil er Jude war, konnte er erst Kustos werden, nachdem man ihn während seines Kriegsdienstes (in Flandern war er „Arzt des Landsturms“) zum Professor ernannt hatte.

Zusammen mit seiner wohlhabenden Frau baute Glaser auch eine eigene bedeutende Munch-Sammlung auf. Er schrieb 1917 eine Monographie über den Künstler, mit dem ihn eine lebenslange Freundschaft verband.

Nicht versäumen!

Rosemarie Stein

Bis zum 13. Juli, Di-Fr 10-18 Uhr, Sa u. So 11-18 Uhr im Kulturforum, Matthäikirchplatz 8, Katalog im Museum 25 Euro.