Systemwechsel zum Individualbudget

Foto: Archiv

Dr. med. Elmar Wille

ist niedergelassener Augenarzt aus Mariendorf und Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

Zum 1. Juli 2003 tritt in Berlin für alle Vertragsärzte und alle Psychologischen Psychotherapeuten ein neuer Honorarverteilungsmaßstab (HVM) in Kraft. Dies wurde erforderlich, weil ein Bundessozialgerichtsurteil dies von allen KVen in Deutschland wegen der Fehlbewertung der Kosten in der Dermatologie gefordert hatte.

Am 5. Juni hatte die Vertreterversammlung – das Parlament der Kassenärzte und Kassenpsychotherapeuten – über die neue Honorarordnung zu entscheiden. Alle Versuche, besonders von Kardiologen und Chirurgen, die so genannten „Honorartöpfe“ neu zu definieren und damit an den jeweiligen Fachgruppenzuschnitten etwas zu verändern, fanden keine Mehrheit. Der kleinste gemeinsame Nenner war die Festschreibung des historischen Honoraranteils; und zwar nicht nur fachgruppenbezogen, sondern sogar individuell auf den einzelnen Leistungserbringer bezogen. Die letzte große Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) hatte es zum 1. Juli 1997 gegeben.

Mit dem Beschluss wird jetzt der planwirtschaftliche Wahn auf die Spitze getrieben. Jedem Vertragsarzt und jedem Psychologischen Psychotherapeuten wird ein maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen nach einer komplizierten Berechnung zuerkannt. Dieses ermittelt sich prinzipiell aus den individuellen Durchschnittsumsätzen des Jahres 2002. Was über das Individualbudget hinaus an Leistungen erbracht und abgerechnet wird, unterliegt der Kürzung!

Das heißt im Klartext: Das System führt einen auf den Stand von 2002 eingefrorenen maximalen Festumsatz ein. Das war vorher anders. Wenn früher mehr Leistungen erbracht wurden, provozierte dies zwar letztlich einen weiteren Punktwertverfall und eine Minderung des Einzelfallwertes, per Saldo blieb dem Leistungserbringer aber immer noch ein Plus. Dies hat nun ein Ende: Wer im 3. Quartal 2003 mehr arbeitet – selbst wenn das 100 % mehr sind als im 3. Quartal 2002 – wird bestenfalls das gleiche Honorar erhalten wie im Vorjahr. Die Folge einer solchen harten Honorarbegrenzung kann sich jeder selbst ausmalen. Dass einige Sonderregelungen für so genannte Jung- und Neupraxen ein paar Abweichungen von der Grundregel erlauben, soll die Regelung gerichtsfest machen, bestätigt aber nur den brutalen Schnitt per 1.7.2003.

Das neue System ist die Kapitulation der ärztlichen Selbstverwaltung vor den Vorgaben der Bundespolitik und Krankenkassen. Bei den 1987/1988 zugesagten 10 Pfennig (= 5,11 Cent) pro Punkt und nun im 3. Quartal 2003 realisierten Werten von zum Teil unter 2 Cent in fünf Fachgruppen blieb als Notmaßnahme nur noch eine sehr harte Leistungsbegrenzung. Bei derzeit immer noch 30 % kostenlos erbrachten Leistungen ist die Geduld erschöpft und ohne Frage wird nach dem 1.7. 2003 Zuteilungsmedizin Platz greifen. Wie sagte der KBV-Vorsitzende Richter Reichhelm so schön: „Wer Geld für 10 Schrippen mitbringt, kann nicht erwarten, auf Dauer 15 oder 18 Schrippen zu bekommen.“

Die KV Berlin setzt um, was Bundesärztekammer-Präsident Hoppe beim Deutschen Ärztetag vor drei Wochen in Köln forderte: „Wir müssen offen über Rationierung reden. Wir werden uns nicht als Abzocker und Verschwender verschreien lassen, nur weil Vater Staat den offenen Dialog mit seinen Bürgern scheut.“

Die Kassenärzte und Psychotherapeuten in Berlin sind nicht bereit, weiterhin die Folgen der dramatischen demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts sowie der dahinschmelzenden Krankenkasseneinnahmen zu tragen. Das neue System wird die „gewollte Rationierung“ (BÄK-Präsident Hoppe) bald transparent machen.

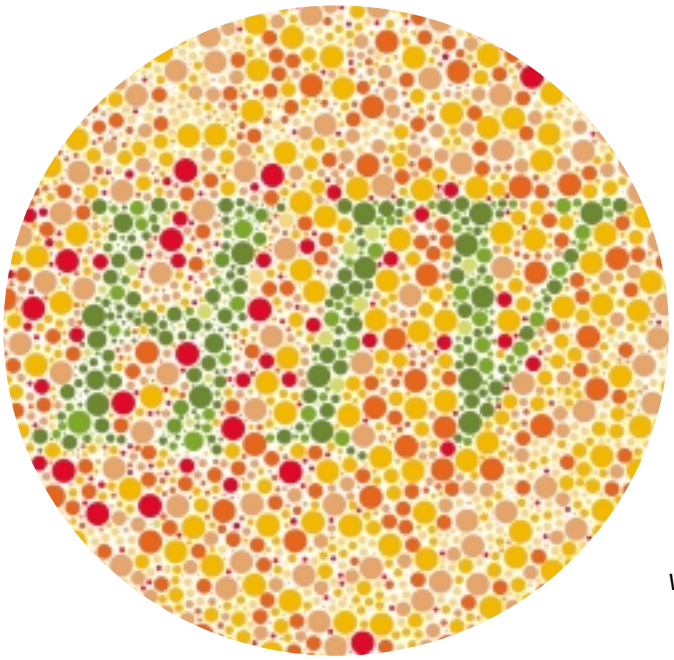
Ihr

DIE OFFIZIELLE ZEITSCHRIFT DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

40. JAHRGANG

BERLINER ÄRZTE

NR 7/2003



TITELTHEMA

Zu spät erkannt? Teil I: HIV

Oft dauert es ziemlich lange, bis eine HIV-Infektion erkannt wird. Viele Aids-Patienten – zumal solche, die nicht den klassischen Risikogruppen angehören – durchlaufen erst einen langen Leidensweg mit einer Unzahl erfolgloser Therapien, bis einer ihrer behandelnden Ärzte endlich an eine HIV-Infektion denkt. Das muss nicht sein. Unsere Autoren, beide erfahrene AIDS-Spezialisten, geben Hinweise, bei welchen Symptomen man hellhörig werden sollte.

Von Bernhard Bieniek und Keikawus Arasteh **.....14**

MEINUNG

Systemwechsel zum Individualbudget

Von Elmar Wille **.....3**

BERLINER ÄRZTE *aktuell* **.....6**

Mitteilungen aus dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 11

Leserbriefe 12

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Es bleibt bei Rostock

Bericht vom 106. Deutschen Ärztetag in Köln vom 20. bis 23. Mai 2003

Von Daniel Rühmkorf **.....20**

Wo es knirschen kann

Kommunikationsprobleme zwischen Ärzten und Pflegekräften können sich lähmend auf den Stationsbetrieb auswirken. Unser Autor, derzeit Medizinstudent und nach der Uni in der Pflege tätig, hat beobachtet, wo das Miteinander beider Berufsgruppen gern mal schief geht.

Von Fabian Scholz **.....24**

Was tun, damit es nicht mehr knirscht

Das Projekt InterKIK (Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus) will einen ersten Schritt tun, die Kommunikationsprobleme in der Klinik zu verbessern.

Von Rosemarie Stein **.....26**

Wir sollten wieder sehen lernen!

Ein Plädoyer für den klinischen Blick.

Von Hans Behrbohm **.....30**

Prozesse gegen Ärzte der türkischen Menschenrechtsstiftung

Von Christian Pross **.....37**

PERSONALIEN

Bestandene Facharztprüfungen Januar bis April 2003 27

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen 32

FEUILLETON

Buchbesprechung 31

Das Langenbeck-Virchow-Haus

Endlich wurde es den Ärzten wieder zurückgegeben. Das Langenbeck-Virchow-Haus, einst erbaut von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, war lange Zeit in fremden Händen.

Von Rosemarie Stein **.....34**

Hemmungslose Forschungsfreiheit

Im Medizinhistorischen Museum läuft derzeit eine Ausstellung über Menschenversuche im Dritten Reich. Rosemarie Stein hat sich umgesehen **.....36**

Impressum 42

Arbeitsplanung

Themen des Krankenhausausschusses

Der neu gewählte Krankenhausausschuss der Ärztekammer Berlin wird sich in der kommenden Legislaturperiode auf folgende Themen konzentrieren:

- Berliner Krankenhauslandschaft aufmerksam und konstruktiv beobachten
- Arbeitszeitorganisation der Ärzte (u. a. im Hinblick auf das EuGH-Urteil)
- Krankenhausplan und Auswirkungen (u. a. auf einzelne Standorte)
- Mit Selbsthilfegruppen/Patientenorganisationen gemeinsame Interessen wahrnehmen
- Weiterbildung der Ärzte (u. a. betreffend Qualität und Kapazität)

Der Ausschuss setzt sich wie folgt zusammen:

Dr. med. Anton Carl Mayr (Vorsitzender, Klinikdirektor Innere Medizin, Onkologie/Hämatologie, Vivantes Klinikum Neukölln)

Priv.-Doz. Dr. med. Wulf Pankow (Stellvertretender Vorsitzender, Komm. Direktor Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Vivantes Klinikum Neukölln)

Stephan Kraft (Stellvertretender Vorsitzender, Kinderchirurg, Charité Campus Virchow-Klinikum)

Dr. med. Wolfgang Albers (Chirurg, Vivantes Humboldt-Klinikum)

Dr. med. Stefan Hochfeld (Niedergelassener Internist)

Dr. med. Ute-Bärbel Schliack (Neurologin/Psychiaterin, i. R.)

Dr. med. Bernd-Rüdiger Suchy (Internist/Onkologe/Hämatologe, i. R.)

Dr. med. Johannes Bruns (Niedergelassener Internist)

Dr. med. Frank Perschel (Labormediziner, UKBF)

Tilmann Muehlenberg (Internist, Rheumaklinik Buch)

Armin Belg (Anästhesist, Unfallkrankenhaus Berlin)

Dr. med. Michael König (Niedergelassener Internist/Nephrologe)

Hubertus Burbach (Intensivmediziner, Vivantes Klinikum Spandau)

Ursula Jakobi (Anästhesistin, Martin-Luther-Krankenhaus)

Eine Gesamtübersicht über alle Ausschüsse der Ärztekammer Berlin veröffentlichen wir in unserem August-Heft.

JUNGE ÄRZTE LADEN EIN Reicht Eure Zeit nie? Stress? Frust? Gerade deshalb wollen wir uns kennen lernen und freuen uns über viele gute Gespräche bei Speis' und Trank: **am 8. Juli 2003 von 19.30 bis 22 Uhr, in den neuen Räumen der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin.**

Mehr über den Arbeitskreis Junge Ärzte unter www.ak-junge-aerzte.de

Transfusionsmedizin

Ärzte von Audits begeistert

Stellen Sie sich vor, Kollegen, die an einem anderen Ort das Gleiche tun wie Sie, besuchen Sie etwa alle zwei Jahre in Klinik oder Praxis, inspizieren nach einem bestimmten Raster alle Abläufe in Ihrer Einrichtung und überlegen mit Ihnen gemeinsam, was man besser machen kann. Stellen Sie sich weiter vor, Sie selbst hätten Interesse daran, selbst einmal in anderen Einrichtungen das Gleiche zu tun. Sie erhalten dafür eine gezielte Fortbildung und fortan stellen Sie durch gegenseitige Besuche sicher, dass optimal und nach einheitlichen Standards gearbeitet wird. So etwas nennt man »Audit«.

Solche Audits gibt es für alle stationären und ambulanten Berliner Einrichtungen, die Blutkomponenten und Plasmaderivate verwenden. Das sind alle Einrichtungen, die operieren. Aber auch Onkologen, Nephrologen, Hämathologen oder Allgemeinmediziner können dazugehören. Auslöser der neuen Qualitätssicherungsmaßnahme war die Novelle des Transplantationsgesetzes von 1998. Es schreibt eine Qualitätskontrolle durch die Ärzteschaft vor. Auf dieser Basis wurden von der Bundesärztekammer Richtlinien erlassen, die in einem ersten Schritt eine Selbstverpflichtungserklärung der betroffenen Einrichtungen vorsehen. Eine reine Selbstverpflichtungserklärung war der Kammer jedoch zu oberflächlich, zumal sie die Verantwortung für die Einhaltung der gesetzlich geforderten Bestimmungen trägt. Deshalb etablierte Berlin als erste Kammer der Bundesrepublik in diesem Bereich ein Audit-System. Für den stationären Bereich ist es im Herbst 2001 angelaufen. 18 Auditoren aus betroffenen Einrichtungen wurden dafür eigens geschult. Sie besuchen die anderen Einrichtungen nun jeweils im Abstand von zwei Jahren in immer wieder neu gemischten Zweierteams. Werden Mängel festgestellt, wird nachgefasst, ob sie behoben wurden.

Neben den etwa 70 stationären Einrichtungen, in denen das Audit-System schon läuft, sind etwa 110 Praxen in Berlin ebenfalls von der Qualitätssicherung nach Transfusionsgesetz betroffen. Ab Herbst werden auch sie in das Audit-System einbezogen. Gerade hat die Kammer alle hierzu angeschrieben.

Nach anfänglicher Skepsis sind die beteiligten Ärzte aus den Kliniken mittlerweile sehr angetan von den Audits und freuen sich über den kollegialen Austausch. »Das System ist ein voller Erfolg. Ich denke, dass auch die niedergelassenen Ärzte es gut annehmen werden«, sagt Christa Markl-Vieto, Leiterin des Referats Qualitätsmanagement in der Ärztekammer Berlin, die für die Audits zuständig ist (Tel. 40 0 6-1400).

Berufsrecht

Hände weg von Vermögens-Geschenken

Auch wenn das Angebot noch so großherzig erscheint und das damit verbundene Vertrauen schmeichelt: Lehnen Sie bitte ab, wenn Ihnen Patienten großzügige Schenkungen (z. B. Grundstücke oder hohe Geldbeträge) anbieten! Erbschaften, Geld, teure Sachwerte oder Immobilien dürfen Sie nicht annehmen, auch wenn Sie mit einzelnen Patienten ein sehr freundschaftliches Verhältnis verbindet. Gerade alte und einsame Menschen versuchen zuweilen, sich die besondere Zuwendung ihres Arztes gleichsam erkaufen zu wollen. Kürzlich verhängte die Ärztekammer Berlin gegen einen Kollegen eine Rüge mit hoher Geldstrafe, der es hier offensichtlich nicht ganz so genau genommen hatte. Der Arzt hatte von einer 92-jährigen fast blinden Patientin durch einen notariell beglaubigten Vertrag ein Grundstück zu einem weit niedrigeren Wert als dem zu diesem Zeitpunkt geschätzten Verkehrswert erworben. Die Patientin hatte die Differenz zum Kaufpreis notariell als Schenkung beurkunden lassen. Als Gegenleistung hatte der Arzt der Patientin, die keine Angehörigen hat, zugesichert, sie Zeit ihres Lebens zu betreuen und sich in guten und schlechten Tagen um sie zu kümmern.

Der Fall ist exemplarisch für einen Verstoß gegen den § 32 der Berufsordnung. Ärzte dürfen keine Geschenke oder andere Vorteile von Patienten annehmen, die das übliche Maß kleiner Anerkennungen übersteigen. Diese sollten nach der gängigen Rechtsauffassung einen Wert von etwa 50 € nicht übersteigen.

Diese Regelung in der Berufsordnung ist aus der Überlegung entstanden, dass Patienten, insbesondere ältere oder in anderer Weise Schutzbedürftige, sich aufgrund der besonderen Charakteristika des Arzt-Patienten-Verhältnisses mit ihren körperlichen und seelischen Nöten in eine besondere Obhut geben. Es fehlt diesem Verhältnis dadurch die für Rechtsgeschäfte sonst erforderliche gleichwertige Machtposition beider Partner. Dadurch sind Patienten besonders gefährdet, Konzessionen einzugehen, die sie unter anderen Umständen nicht eingehen würden. Mit der Regelung soll aber auch der Arzt in der Freiheit seiner ärztlichen Entscheidungen geschützt werden.

Pfeiftöne

Ihren Tinnitus-Patienten

können Sie Rat und Hilfe durch Gleichbetroffene vermitteln: Bei der - unabhängigen - Deutschen Tinnitus-Liga. Deren Büro Berlin hat eine neue Adresse: Charlottenstraße 79/80, 10117 Berlin (Mitte), Tel. 20 18 83-16, Fax -33. Beratung mittwochs 11–15 Uhr.

Foto: Elke Weiss

Hertha-Nathorff-Preis

Die Ärzte (v.l.) Dr. med. Almut Dannemann, Dr. Stefan Poloczek und Angela Neumeyer-Gromen wurden von der Ärztekammer Berlin mit dem Hertha Nathorff-Preis ausgezeichnet. Er wird alljährlich für die besten Magister-Abschlussarbeiten des TU-Studiengangs Public Health vergeben. Der mit insgesamt 2500 Euro dotierte Preis ist nach der jüdischen Ärztin Hertha Nathorff benannt. Die Preisvergabe fand Anfang Mai im Rahmen der Magisterabschlussfeier statt.

1. Preis: Stefan Poloczek

Der Anästhesist und Rettungsmediziner untersuchte die Häufigkeit von Notfall-Rettungseinsätzen in unterschiedlichen Wohngegenden. 310.000 Einsätze der Feuerwehr hat er ausgewertet. Dabei fand er heraus, dass die Notfallrettung in sozial benachteiligten Wohngegenden weit häufiger - darunter auch durch viele Bagatelle-Einsätze - in Anspruch genommen wird als in wohlhabenderen Stadtteilen. Poloczek erklärt dies mit einer erhöhten Morbidität, aber auch mit fehlenden psychosozialen Ressourcen der Bewohner.

2. Preis: Almut Dannemann

Dr. med. Almut Dannemann beschäftigte sich mit der Früherkennung von Übergewicht bei Kindern. Sie nutzte Daten aus einer seit 1990 laufenden Studie ("Multizentrische Allergiestudie") und untersuchte daraus 1314 Kinder auf ihren Body-Maß-Index. Dabei verglich sie verschiedene Messsysteme; ein vor zwölf Jahren von Rolland-Cachera et al. (1991) empfohlenes mit einem neueren von Kromeyer-Hausschild et al. (2001). Die Vergleiche zeigen, dass das ältere Messsystem von Rolland-Cachera genauer ist, da es übergewichtige Kinder früher erfasst; nämlich bereits im Vorschul- und frühen Schulalter (5 bis 7 Jahre). Damit gibt dieses System früher die Möglichkeit zum Gegensteuern.

3. Preis: Angela Neumeyer-Gromen

Die Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin fertigte eine systematische Meta-Analyse über verschiedene Studien zum Disease Management bei Depressionen an. Dabei wurden die klinische Effektivität und Kosten-Effektivität von DMP für Depression mit der herkömmlicher primärärztlicher Versorgung verglichen. Neumeyer-Gromen kommt zu dem Schluss, dass mit DMP eine effektive Versorgung für Menschen mit Depressionen erzielt werden kann. Die Kosten sind mit denen international akzeptierter Maßnahmen im Gesundheitswesen vergleichbar.

Qualitäts-Forum

Zertifizierte Praxen

...werden künftig Marktvorteile haben. Das war die einhellige Meinung des Auditoriums in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Dort tagte das »Qualitäts-Forum Gesundheit« zum Thema »Ambulantärztliche Qualitätssicherung: Ärzte-TÜV versus ärztliche Selbstverantwortung«.

Aktueller Anlass: Der gesetzlich verankerte Plan eines »Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin.« Dessen programmierte Selbstauflösung prophezeiten ärztliche Referenten angesichts des Super-Programms und der zahlreichen Abhängigkeiten. Ein solches Institut müsse sowohl vom Staat als auch von den »Anbietern« unabhängig sein, hieß es auf der Tagung. In den Vorträgen und Diskussionen ging es vor allem um Folgendes: Wie und von wem lässt sich Qualität ärztlichen Handelns in der freien Praxis am besten beurteilen und sichern? Und welche Vorteile bringt Transparenz den Ärzten, den Kassen und den Patienten?

Für Transparenz sorgt seit einem Jahrzehnt in den USA eine unabhängige gemeinnützige Institution, das »National Committee for Quality Assurance«. Die Ergebnisse seiner Qualitätsprüfungen werden veröffentlicht – wie in Deutschland die der Stiftung Warentest, die ja seit langem auch Dienstleistungen untersucht und schon Krankenhäuser bewertet hat.

Das »Qualitäts-Forum Gesundheit«, Untertitel: Patienten – Ärzte – Krankenhäuser – Versicherungen, das die Tagung zusammen mit dem »Berliner Zentrum Public Health« veranstaltete, will zum Treffpunkt für berufsübergreifenden fachlichen Austausch und persönliche Kontakte aller an Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen Interessierten werden.
Verantwortlich sind zwei Fachhochschul-Professoren: Jutta Raebiger (Tel. 99 245 311) und Reinhold Roski (Tel. 50 19 24 85). *R.St.*

Berufsrechtliches Nachspiel

Ohne Leistung abkassiert

Abrechnungsbetrug kann, auch wenn er bereits vor einem Strafgericht verurteilt wurde, noch ein berufsrechtliches Nachspiel haben. Das bekam jetzt ein ehemaliger Bereitschaftsarzt zu spüren, der Ende der 90er Jahre für einen privatärztlichen Notdienst gefahren war. Er hatte in 78 Fällen Privatrechnungen über Leistungen ausgestellt, die er gar nicht erbracht hatte. Der Notdienst, für den er tätig war, hatte ihn offenbar zu dem Betrug angehalten, gab der Arzt in einer Stellungsnahme zu Protokoll. Dass er diese Vorgabe geflissentlich ausführte, begründete er mit Unerfahrenheit.
Dem Arzt wurde nach eigenen Aussagen allerdings nach einer gewissen Zeit die Unrechtmäßigkeit seines Handelns bewusst und er verließ seinen alten Arbeitgeber - der übrigens mittlerweile in U-Haft sitzt. Dennoch verletzte er mit seinem Verhalten seine Berufspflichten. Zusätzlich zur gerichtlich verfügten Geldstrafe verhängte auch die Ärztekammer Berlin eine Rüge mit Geldstrafe.

Infoseminar

Arbeiten in England

Ärzte, die in England arbeiten möchten, können sich auf einem Einführungskurs der Deutsch-Englischen Ärztevereinigung vor Ort fit machen. Er findet unter dem Titel »Working in Britain« vom 1. bis 3. August 2003 in London statt (190 €). Auf der Agenda stehen Informationen über das britische Gesundheitssystem, die dortige Krankenhausorganisation sowie praktische Übungen anhand typischer simulierter Szenarien. Angeschlossen ist auch eine »Career-fair«, auf der sich die Teilnehmer über Arbeitsmöglichkeiten informieren können. Informationen bei: Anglo German Medical Society, c/o Mary Golletz, 14 Manor Close, Worcester Park, Surrey KT4 7PJ, United Kingdom, Tel./Fax.0044 /20 / 8335-3153, E-Mail: seminar@agms.de.
Infos über die Deutsch-Englische Ärztevereinigung gibt es im Internet unter: www.agms.de

Rote-Hand-Brief

Chargenrückruf bei ACTIQ 1600

Hersteller und Vertreiber des Medikaments ACTIQ 1600 Mikrogramm Lutschtabletten (Fentanylcitrat) weisen auf eine mögliche Erhöhung im Wirkstoffgehalt bei bestimmten Chargen hin. Der Hersteller hat sich entschlossen, alle bereits ausgelieferten Arzneimittel, die aus der betroffenen Rohstoffcharge hergestellt wurden, zurückzurufen. Bitte informieren Sie alle Patienten, die das BTM-pflichtige Fertigarzneimittel ACTIQ 1600 Mikrogramm Lutschtabletten verschrieben bekommen haben. Folgende Chargen sind betroffen: N1 (3 Stück): P22110, P27546; N2 (3 Stück): P22116, P27552.

Weitere Informationen beim Medizinischen Informationsdienst der Hersteller Cephalon und Elan Pharma:
Tel. 089-895570-27.

Achtung bei Parallelverordnungen

Repaglinid (NovoNorm®) und Gemfibrozil sollten nicht gleichzeitig verordnet werden. Dies teilte der Hersteller im Mai in einem Rote-Hand-Brief mit. Es hat sich herausgestellt, dass bei der gleichzeitigen Gabe des oralen Antidiabetikums Repaglinid mit dem Lipidsenker Gemfibrozil die Blutzucker senkende Wirkung von Repaglinid erheblich verstärkt und verlängert werden kann.

Beide Substanzen werden über das Arzneimittel metabolisierende Enzym CYP2C8 verstoffwechselt. Da dieses durch Gemfibrozil gehemmt wird, kommt es zu deutlichen Erhöhungen der Plasmakonzentration und Verlängerung der Eliminationshalbwertszeit von Repaglinid mit der Folge einer stärkeren Blutzucker senkenden Wirkung. In einzelnen Fällen ist es zu schwer wiegenden hypoglykämischen Ereignissen bei Patienten gekommen.

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Unfall-Krankenhaus Berlin

An der Spitze des Instituts für Pathologie hat es einen Wechsel gegeben. Seit dem 1. April ist **Prof. Dr. med. Eduard Wolf** neuer Chefarzt. Wolf hat zuvor am Krankenhaus am Sund in Stralsund gearbeitet. Er löste **Prof. Dr. med. Johannes Friemann** ab, der an die Märkischen Kliniken Lüdenscheid wechselte.

DRK-Kliniken Mark Brandenburg

Seit 1. Mai 2003 ist **Dr. med. Ulrich Kleinau** neuer Chefarzt der Gastroenterologie. Er war zuvor über viele Jahre in der gleichen Abteilung als Oberarzt tätig. Kleinau übernimmt damit den Staffelstab von **Dr. med. Reinhard Büchsel**, dem Gastroenterologie-Chef der DRK-Kliniken Westend, der die Abteilung interimistisch mitgeleitet hatte.

Vivantes Klinikum Am Urban

Das neue Brustkrebs-Zentrum am Urban-Klinikum ist im Juni eingeweiht worden. Hier werden künftig Gynäkologen, Pathologen, Onkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Psychologen und Physiotherapeuten für eine umfassende Betreuung von Brustkrebspatientinnen sorgen. Das Zentrum steht unter der Leitung von **Dr. med. Michael Wolf**, dem bisherigen Gynäkologie-Chef des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe. Kontakt zum Brustkrebszentrum unter Tel. 697-22001

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Die Gynäkologische Abteilung des Hauses bekommt eine neue Chefin. Zum 1. August 2003 fängt dort Frau **Dr. med. Cornelia Herbstreit** an, bis Ende Juli Leitende Oberärztin am Martin-Luther-Krankenhaus. Cornelia Herbstreit tritt die Nachfolge von **Dr. med. Michael Wolf** an, der künftig das Vivantes- Brustkrebszentrum leiten wird (siehe vorangegangene Meldung).

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 6-1601, Fax: -1699.
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.golkowski@aekb.de

Nachtrag

»Der Arzneimittelbrief«

- ein dezidiert unabhängiges Informationsblatt im 37. Jahrgang - ist in unserem Titelbeitrag aus dem Juni »Wo lassen Sie denken?« bei den Hinweisen auf altbekannte, unabhängige Fachmedien durch einen Übermittlungsfehler leider vergessen worden. Wir holen die Empfehlung ausdrücklich nach. Der Arzneimittelbrief erscheint im Westkreuz-Verlag, Töpchiner Weg 198/200, 12300 Berlin, Tel. 745 20 47, Fax 745 30 66.
Internet: www.westkreuz.de. E-mail: vertrieb @westkreuz.de.

Rechtliche Bedingungen für die Mitnahme von Schmerzmitteln auf Reisen

Mehr als 200.000 chronische Schmerzpatienten sind in Deutschland dauerhaft auf die Einnahme von Arzneimitteln, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, angewiesen. Viele scheuen sich davor, Urlaubsreisen ins Ausland zu unternehmen, weil sie sich um die Qualität der medizinischen Versorgung am Ferienort sorgen und fürchten, Probleme mit der Polizei zu bekommen, wenn sie Betäubungsmittel im Gepäck haben.

„Die Therapie mit Morphin und morphinähnlichen Substanzen zur Behandlung starker Schmerzen bedeutet aber nicht, grundsätzlich auf Auslandsreisen verzichten zu müssen", heißt es in einer Erklärung der Bundesopiumstelle.

Grundsätzlich gilt: Betäubungsmittel können nach den Bestimmungen der geltenden Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) von einem Arzt in angemessener Menge verschrieben werden. Der Patient darf die so erworbenen Betäubungsmittel in der für die Dauer der Reise als (persönlichen) Reisebedarf im grenzüberschreitenden Verkehr mitführen.

Bei Reisen bis zu 30 Tagen in Mitgliedstaaten des Schengener Abkommens (das sind zur Zeit Deutschland, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Island, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien) kann die Mitnahme von ärztlich verschriebenen Betäubungsmitteln mit einer vom Arzt ausgefüllten und durch die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde oder eine von ihr beauftragte Stelle beglaubigten Bescheinigung erfolgen. Das Formular kann bei der Bundesopiumstelle angefordert oder von der Internetseite des BfArM (www.bfarm.de) heruntergeladen werden.

Die Bundesopiumstelle rät Patienten bei Reisen in andere als die vorstehend genannten Länder, sich bei der zuständigen diplomatischen Vertretung in Deutschland nach den genauen Bestimmungen zu erkundigen, um alle unverzichtbaren Medikamente auf die Reise mitnehmen zu können. Außerdem sollten sie sich eine ärztliche Bescheinigung, möglichst in englisch, mit Angaben zu Einzel- und Tagesdosierungen, Wirkstoffbezeichnung und Dauer der Reise besorgen und bei der Reise mitführen.

Sofern eine Mitnahme von Betäubungsmitteln in das Reiseland nicht möglich ist, sollte zunächst geklärt werden, ob die benötigten Betäubungsmittel (oder ein äquivalentes Produkt) am Urlaubsziel verfügbar sind und durch einen dort ansässigen Arzt verschrieben werden können. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Bioverfügbarkeit auch bei wirkstoffidentischen und gleich hoch dosierten Arzneimitteln, selbst bei gleichen Darreichungsformen, vom Originalpräparat abweichen kann.

Auch Ärzte dürfen opiathaltige Schmerzmittel im Rahmen karitativer Auslandseinsätze (z.B. Ärzte ohne Grenzen) oder im „kleinen Grenzverkehr" als ärztlichen Praxisbedarf mitführen, wenn sie in angemessenen Mengen und zum Zwecke der ärztlichen Berufsausübung oder ersten Hilfeleistung verwendet werden. Die Rechtsgrundlagen sind aber international nicht oder nur teilweise harmonisiert. Ärzte sollten sich deshalb vor Reiseantritt bei der zuständigen Behörde des Bestimmungslandes vergewissern, ob dort vergleichbare Regelungen bestehen oder sich ggf. erforderliche Genehmigungen von der entsprechenden Überwachungsbehörde beschaffen.

Leserbriefe

„Die heimlichen Gedanken der Politik?“
und „Wo wollen wir hin?“
BERLINER ÄRZTE 5/2003

Systemfehler

Auch in diesen Beiträgen wie in unzähligen anderen der letzten Jahre zum Thema Gesundheitsreform und Kostendämpfung werden Ursachen benannt, Schuld zugewiesen, Vorschläge gemacht und Appelle an alle Beteiligten gerichtet. Nie aber wird auf einen Systemfehler hingewiesen, ohne dessen Korrektur sich nichts ändern kann und wird.

Dieser Fehler besteht in dem Dilemma, in dem alle frei beruflich tätigen Ärzte und die Krankenhäuser stecken: sie sollen nur das zur Gesundung bzw. Gesunderhaltung der Patienten Notwendige tun, aber gleichzeitig Umsatz und Gewinn machen bzw. steigern, wie es marktwirtschaftlich erwünscht ist, sprich, wenig Kosten verursachen, somit wenig Leistung erbringen und gleichzeitig Umsatz und Gewinn steigern! Wie soll das gehen? Was für Patienten und Krankenversicherung gut wäre, ist für Ärzte und Krankenhäuser schlecht – und umgekehrt.

Ein Ausweg aus dieser Zwickmühle könnte sein, ambulant tätige Ärzte zu Angestellten und Krankenhäuser zu Unternehmen der Kostenträger zu machen. Ziele und Bedürfnisse der Beteiligten am Gesundheitswesen wären weitgehend im Einklang, und der wirtschaftliche Anreiz, mit mehr Leistung mehr Umsatz und Gewinn erzielen zu wollen oder zu müssen, würde weitgehend entfallen.

Dr. Jürgen Spiering, 10963 Berlin

Kathederweisheiten

Da kommen sie wieder zu Wort, die so genannten Experten in Sachen Gesundheitspolitik und einmal mehr bleiben die Ärzte in der Diskussion außen vor. Keiner der Experten ist aktiv mit der Behandlung von Patienten betraut. Theoretisches Wissen und Kathederweisheiten ohne Bezug zu den Realitäten sind kaum geeignet, zur Lösung der anstehenden Probleme beizutragen.
Die Ursachen für die enorme Geldverschwendung in der gesetzlichen Krankenversicherung werden noch nicht einmal ansatzweise diskutiert. Stattdessen machen wiederholte Stereotypen nach mehr Qualität und besserer Koordination der Versorgung die Runde.

Die Forderung nach flexiblen Netzen, besserem Informationsmanagement, sprechender Medizin oder Evidenz-basierter Medizin scheitern schon im Ansatz, wenn der Patient als Kostenverursacher nicht in die Verantwortung genommen wird. Mit keinem Wort werden die unsozialen Reformen erwähnt, die der gesetzlichen Krankenversicherung seit Jahrzehnten milliardenschwere Lasten in Form von versicherungsfremden Leistungen aufbürden und damit die Belastung der Beitragszahler auf ein unerträgliches Maß gesteigert haben. So verständlich der Wunsch der Leiterin der SEKIS nach besserer Versorgung der Kranken ist, verkennt auch sie die Realitäten.

Nach wie vor gilt bei der Patientenbehandlung das Motto „Masse statt Klasse“. Qualifizierte Arbeit in der Praxis wird trotz gegenteiliger Beteuerungen durch die Vorgabe der Gebührenordnung, die Reformen des Gesundheitsministeriums und die Haltung der Krankenkassen eher verhindert. Jeder Arzt, der tatsächlich nur den gesetzlichen Auftrag erfüllen und das medizinisch Notwendige anbieten würde, ginge Pleite, weil die Patienten ausblieben. Gutgehende und erfolgreiche Praxen sind kein Gütesiegel für ärztliche Qualität. Der Erfolg einer Praxis und die Beliebtheit eines Arztes sind eher Ausdruck von konsumentenfreundlichem Verhalten als von ethischen Grundsätzen.

Die bemängelte Qualität der ärztlichen Behandlung hat ihre Ursache vorwiegend in der Unwilligkeit des Patienten, durch aktive Mithilfe seine Leiden zu lindern. Da die Segnungen des Sozialstaats nur denen zugute kommen, die lang und andauernd leiden, wird solches Verhalten auch noch gefördert. Höchste Priorität in der Patientengunst genießt dabei der Schwerbeschädigtenausweis, mit der Folge, dass wir im Vergleich zu unseren Nachbarn ein erschreckendes Maß an schwer Kranken haben, was wohl eher auf die falschen Anreize schließen lässt.

Auch der angebliche Wunsch von Patienten nach kompetenter und empathischer Behandlung hält einer realistischen Bewertung nicht stand. Kaum ein Patient ist bereit, sich einer kritischen Diskussion über seine Erkrankung zu stellen und die wenigsten sind bereit, in eigener Verantwortung zu ihrer Gesundung beizutragen. Gut gemeinte Ratschläge, gesundheitsfördernde Maßnahmen, Aufklärung und wohlwollende Hilfe landen in der Beliebtheitsskala bei Patienten weit abgeschlagen auf den hintersten Plätzen.

Empathie in der Arztpraxis heißt für die Mehrzahl der Patienten unkritisches Übernehmen und verständnisvolles Akzeptieren ihrer Beschwerden durch den Arzt. Selten zitierte Studien zeigen auf, dass fast 70 Prozent aller Erkrankungen in der Allgemeinpraxis Befindlichkeitsstörungen ohne ernsten Hintergrund sind. Die Penetranz, mit der Patienten dafür ärztliche Hilfe reklamieren, ist jedem praktizierenden Arzt bekannt.
Wer jemals ärztlich gearbeitet hat, wird berichten können über die zunehmende Zahl der Patienten, die mit banalsten Beschwerden zu jeder Zeit die ärztlichen Praxen, die Ambulanzen und Erste-Hilfe-Stellen der Krankenhäuser aufsuchen oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst und die Rettungsdienste alarmieren. So verwundert es nicht, dass sich die Empathie der Ärzte

und Schwestern in Grenzen hält. Ganz nebenbei werden dafür Milliarden Versicherungsgelder vergeudet und stehen für dringend notwendige Behandlungen nicht mehr zu Verfügung.

Zunehmend werden von Patienten auch psychovegetative Störungen angeführt. Therapieresistent, Ressourcen verschlingend und schlicht unfinanzierbar werden hier weiter unbeirrt mit offizieller Unterstützung die finanziellen Grenzen der Krankenversicherung gesprengt. Es muss schon erschrecken, wenn allein in Berlin binnen Jahresfrist über 1000 Psychologen eine Zulassung zur Patientenbehandlung erhielten. Gefördert durch die Inkompetenz der Verantwortlichen und deren anbiederndes Verhalten an die eigenen Klientel droht hier das nächste Problem.

Je schlechter das Bildungsniveau und je niedriger der soziale Status desto lieber und häufiger wird der Arzt aufgesucht. Ärzte in sozialen Problembezirken kennen das Phänomen, das gerne verschwiegen wird. Bewusstes Negieren und Abwiegeln ist Zeichen von Ignoranz und fehlender sozialer Verantwortung. Unkontrollierter Chipkartentourismus, unreglementierter Zugang zu medizinischen Einrichtungen kosten jährlich Milliarden für überflüssige Untersuchungen und Therapie, ohne dass der Patient als Kostenverursacher zur Verantwortung gezogen würde. Niemand braucht sich über explodierende Kosten zu wundern, der den Patienten unkontrolliert die Verfügungsgewalt über die Verwendung der medizinischen Resourcen gibt. Die sich mit dem Slogan nach freier Arztwahl gegen eine Bevormundung des Patienten wehren, betreiben unkritische Sozialpoesie zulasten von Beitragszahlern und Steuerpflichtigen.

Selbst das angebliche Interesse der Patienten, die Kosten ihrer Behandlung durch Anforderung eines Leistungsnachweises in der Praxis zu erfahren und damit zur Kosteneinsparung im Gesundheitswesen beizutragen, wurde in den ersten Pilotphasen nicht bestätigt. Keine zehn Prozent interessieren sich tatsächlich für die Kosten ihrer Behandlung, solange nicht der eigene Geldbeutel belastet wird.

Dass unter diesen Voraussetzungen diejenigen, die wirklich ärztliche Hilfe und Zuwendung bräuchten zu kurz kommen, ist das Ergebnis einer Jahrzehnte langen inkompetenten Gesundheitspolitik. Dies ist entgegen den Behauptungen der Politik zutiefst unsozial und Sozialdarwinismus in seiner reinsten Form.

Die Politik ist unfähig, die notwendigen Reformen durchzuführen. Jahrzehntelange Misswirtschaft durch fehlenden Reformwillen sind Ursache der Misere und die genannten Expertenmeinungen tragen nichts zur Lösung der Probleme bei. Glücklich in diesem Land kann der sein, der nicht durch Zwangsrekrutierung an die gesetzliche Versorgung gebunden ist.

Dr. Klaus-Joachim Schilling, 10781 Berlin

Wo lassen Sie denken?

BERLINER ÄRZTE 6/2003

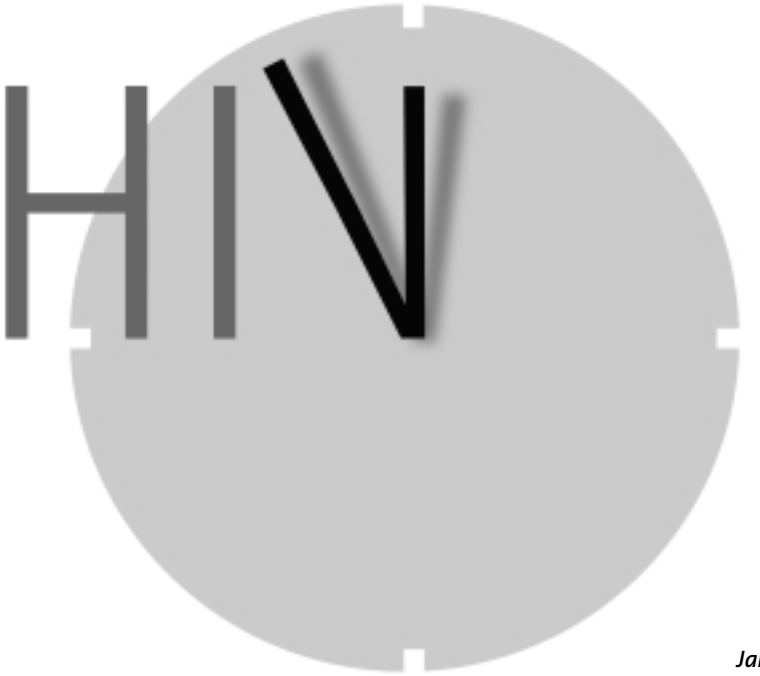
Zum Titelthema: Mit der „Halbwertzeit des Wissens“ ist das so eine Sache, auch wenn sie oft bemüht wird. Manches ändert sich eben auch nach 2000 bzw. ein paar hundert Jahren nicht. „Ich weiß, dass ich nichts weiß“ soll Sokrates von sich gesagt haben. „Ich denke also bin ich“ stammt von Descartes.

Ein schönes Beispiel, wie sinnvoll es ist, „eigenes Wissen immer wieder kritisch zu prüfen“.

Hiltrud Baur, Berlin

TEIL I: HIV

Bei bestimmten Symptomen sollten Sie



ZU SP

Seit 20 Jahren ist Berlin in besonderem Maße von der HIV-Epidemie betroffen. So starben allein in Berlin über 6000 Menschen. Zur Zeit leben etwa 52.000 HIV-Infizierte in der BRD, bei circa 2000 Neuinfektionen im Jahre 2002, davon etwa 500 allein in Berlin.

Diagnostik, Behandlung und Management der Therapiefolgen waren von Anfang an einem raschen Wandel unterworfen. Die Geschwindigkeit des Erkenntniszuwachses hat in den letzten Jahren noch deutlich zugenommen.

Zudem gibt es durch die längere Überlebenszeit der Menschen mit HIV und AIDS und die großen Erfolge der Präventionsmaßnahmen in Subgruppen – wie männlichen Homosexuellen mittleren Alters und intravenös Drogengebrauchenden – auch einen Wandel in der Verteilung auf die so genannten Risikogruppen. Die Berliner Situation ist zudem gekennzeichnet durch die bereits lange bestehende Migration aus Ländern Afrikas mit extrem hohen Infektionszahlen auch in der heterosexuellen Bevölkerung sowie – seit dem Fall der Ost-West-Grenzen – durch sich rasant ausbreitende HIV-Epidemien in den ehemaligen „Ostblockstaaten". Beides – die Entwicklung der medizinischen Möglichkeiten und der Wandel in der Struktur des Patientengutes - stellt niedergelassene Ärzte in Berlin vor die immer schwierigere Aufgabe, eine HIV-Infektion am Patienten zu erkennen und die richtigen Schritte der Diagnostik und Therapie einzuleiten. Dabei ist die Erfahrung des niedergelassenen Arztes mit den Komplikationen der HIV-Infektion und der HIV-Therapie sowie die reibungslose Zusammenarbeit mit einem ebenso erfahrenen klinischen Zentrum für den betroffenen Patienten nicht selten von lebensrettender Bedeutung.

Von Bernhard Bieniek und Keikawus Arasteh

an eine HIV-Infektion denken – Das Wichtigste zu Diagnostik und Therapie

ÄT ERKANNT?

Die HIV-Infektion zeichnet sich durch ein sehr mannigfaches Erscheinungsbild aus mit individuell sehr unterschiedlicher Geschwindigkeit des Verlaufs der jeweiligen Symptomatik. In der Praxis kann sie im Gewand der gesund und sportlich wirkenden jungen „Russlanddeutschen“ mit trockenem Husten (Pneumocystis Carinii Pneumonie) ebenso gut wie in dem der 63-jährigen Dame mit Magenschmerzen und Gewichtsabnahme (abdominelle Lymphknotentuberkulose) auftreten. (Anmerkung: Reale Fälle aus unserer Praxis.)

Alter, Hautfarbe, Genussmittelgewohnheiten oder sexuelle Präferenz sind seltener als in den frühen 80iger Jahren ausreichender Hinweis an eine HIV-Infektion zu denken. Denn die Angehörigen der so genannten Hochrisikogruppen, der Homosexuellen und der Drogengebraucher, sind ganz überwiegend gut informiert, wissen von ihrer HIV-Infektion seit langem oder begeben sich bei ihnen verdächtig vorkommenden Symptomen gleich in die Behandlung eines der stadtbekannten Spezialisten.

Die Menschen jedoch, die nicht einer der klassischen Risikogruppen angehören, stellen sich naiv ihrem Hausarzt mit den im Kasten auf S. 19 geschilderten Symptomen vor. An die Möglichkeit einer HIV-Infektion denken sie selbst nicht, ja weisen diese oftmals bei entsprechender Nachfrage des aufmerksamen Arztes auch weit von sich.

Gute Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich

Grundlage einer guten Diagnostik und Therapie im Rahmen der HIV-Infektion sowie der rechtzeitigen und angemessenen Prophylaxen opportunistischer Erkrankungen sind die langjährige Erfahrung des behandelnden Arztes mit den Problemen der HIV-Infektion und die ständige Fortbildung in diesem sich rasant entwickelnden multidisziplinären Problemfeld.

Diagnostik

Neben der ausführlichen Anamnese sollte bei Verdacht auf eine HIV-Infektion besonders die Symptomatik von Nachtschweiß, Gewichtsabnahme, Belastungsdyspnoe, retrosternalem Brennen, trockenem Husten, körperlicher Schwäche und Grippegefühle aktiv erfragt werden, da die Patienten bei allmählicher Entwicklung der Symptomatik oft daran adaptiert sind und deshalb aus eigenem Antrieb nicht immer darüber klagen.

Bei der körperlichen Untersuchung sollte besonderes Augenmerk auf die Inspektion der Haut, der Mundhöhle und die Palpation der cervikalen und axillären Lymphknoten gelegt werden. Beidseitige, symmetrische Lymphknotenschwellungen, quarkähnliche Stippchen oder Beläge in den Wangentaschen oder am harten Gaumen, weiße Hyperplasien am Zungenrand, schorfige ekzematöse Rötungen an den Wangen und unmittelbar seitlich der Nase können Hinweise auf eine Immundefizienz durch HIV-Infektion sein. Dagegen ist das berühmte Kaposi-Sarkom der Haut heute eher selten zu finden, die nicht minder berühmte Pneumocystis carinii Pneumonie zeigt in der Regel einen normalen perkutorischen und auskultatorischen Befund.

HIV-Verdacht – was tun?

Erhärtet sich der Verdacht auf das Vorliegen einer HIV-Infektion, sollte dies mit dem Patienten besprochen werden und ein HIV-Test nach (ausdrücklicher, am besten schriftlicher) Einwilligung des Patienten durchgeführt werden. Das Ergebnis des HIV-Tests sollte nur im persönlichen Gespräch mit ausreichender Zeit mitgeteilt werden. Der Hinweis auf die Möglichkeiten, sich beim HIV-Spezialisten oder bei der Berliner Aids-Hilfe tiefgehender beraten und möglicherweise auch psychologisch betreuen zu lassen, sollte nicht fehlen.

Zur Einschätzung der Schwere der Immundefizienz, der daraus folgenden Therapie- und Prophylaxe-Indikation muss in einem zweiten Schritt eine Reihe von Laborparametern untersucht werden. Die wichtigsten sind die Lymphozytendifferenzierung (CD4 T-Lymphozyten), die HIV-Viruslast, ein Blutbild, die Transaminasen, LDH, CRP, Toxoplasmose-Antikörper, Hepatitis-

Serologie (einschl. Hep C), Lues-Serologie.
Bei speziellen Fragestellungen kann sich hieran eine lange Reihe weiterer Labor-Diagnostik anschließen, wie Hepatitis-PCR, Cryptokokken-Serologie, Stuhl- und Liquor-Untersuchungen, CMV-PCR und -pp65, deren Interpretation und therapeutische Konsequenzen jedoch erfahrenen HIV-Behandlern vorbehalten bleiben sollte. Ebenso können weitere (Rö, CTs, NMRs) evtl. auch invasive Techniken (Leber-, Knochenmarkspunktion, Haut-, Darm-PEs, Endoskopien) erforderlich werden. Auch hier ist es wichtig, die Untersuchungen von einem HIV-erfahrenen Arzt durchführen zu lassen und das gewonnene Material entsprechenden Spezialisten mit HIV-Erfahrung vorzulegen.

Die Therapie der HIV-Infektion und die Einleitung von prophylaktischen Maßnahmen

...gegen opportunistische Erkrankungen wie der PCP und der Toxoplasmose richten sich in der Regel nach dem Grad der Immundefizienz (Anzahl der CD4-positiven T-Lymphozyten, so genannten T4-Helferzellen pro Mikroliter Blut) und

DREI BEISPIEL-KASUISTIKEN

Patientengeschichten wie die folgenden gibt es viele. Mit scheinbar harmloser Symptomatik stellen sich für HIV-Infektionen untypische Patienten bei ihrem Hausarzt oder beim Internisten vor. Wenn der eingeschlagene Therapiepfad nicht erfolgreich ist und neue Symptome hinzutreten (siehe Kasten S. 19), sollten Sie hellhörig werden. Scheuen Sie sich nicht, mit Ihrer Patientin/Ihrem Patienten über einen HIV-Test zu sprechen.

KASUISTIK 1

August 2002: *36-jährige Frau, verheiratet, 1 Kind, vor 6 Jahren aus Russland gekommen, Sekretärin. Leicht verminderter AZ, schlanker EZ, klagt beim Hausarzt über anhaltende leichte Diarrhoen; Therapie: Immodium*

Oktober 2002: *allmähliche Gewichtsabnahme, Schleim mit blutigen Schlieren defäkiert. Coloskopie: ausgeprägte Colitis, V.a. Colitis Ulcerosa;*
Therapie: Salufalk, Corticoide

November 2002: *Zunächst Besserung der Diarrhoen.*

Dezember 2002: *Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Nachtschweiß, Übelkeit, leichte Anämie und Leukopenie, zunächst interpretiert als Salufalk-NW.*

Januar 2003: *Breite Diagnostik in Richtung Malignom: OB-Sono, Rö-Thorax, KM-Stanze, Gastroskopie und gynäkologische Untersuchung weitgehend unauffällig. Erneute Coloskopie: weiter deutliche Colitis, Intensivierung der antientzündlichen Therapie mit Salufalk und Corticoiden.*

Februar 2003: *Wohnort-Wechsel. Zufällige Vorstellung in HIV-Schwerpunktpraxis zur Weiterführung der Colitis-Therapie.*

März 2003: *HIV-Test anlässlich zunehmender Panzytopenie, Schwäche und Nachtschweiß. HIV-Test positiv, Immunstatus mit T4 = 60/µl deutlich gemindert, VL = 1,5 Mio RNA-Kopien/ml Blut. CMV-Viruslast hoch, PP65 in Leukozyten positiv. In alter Colon-Biopsie nach erneuter Aufarbeitung des Materials jetzt Nachweis von CMV. Nachweis von Mycobacterium avium intracellulare in Blutkultur. Therapie: Absetzen von Salufalk und Corticoiden, Cymeven i.v., 4-fach-Therapie der atypischen Mykobacteriose, antiretrovirale Therapie mit Combivir und Crixivan/Ritonavir-geboostert. PCP-Prophylaxe mit Pentamidin-Inhalationen (Toxo-IgG negativ).*
Mögliches Risiko: sexueller Kontakt vor 8 Jahren in Russland mit damaligem Freund, der wohl sporadischen iv-Drogenkonsum hatte.

Mai 2003: *komplette Abheilung der Colitis, Gewichtszunahme, allmähliche Besserung des Immunstatus. Kind und Ehemann inzwischen HIV-negativ getest.*

KASUISTIK 2

Mai 2000: *63-jährige Frau, leicht verminderter AZ, normaler EZ, weiß, Mittelschicht, verrentet, klagt beim Hausarzt über Belastungsdyspnoe und belastungsabhängige retrosternale Schmerzen.*

Juni 2000: *Cardiologischer Ausschluss KHK mittels Belastungs-EKG, konservative antianginöse Therapie.*

August 2000: *WV beim Hausarzt, keine Besserung der Beschwerden. Jetzt auch Übelkeit. Therapie: MCP-Tropfen.*

Oktober 2000: *Zunahme der Übelkeit, jetzt häufig mit Magenschmerzen; Gastroskopie: leichte Gastritis, HP-positiv.*

November 2000: *HP-Eradikation, Omeprazol.*

Dezember 2000: *Beschwerden werden stärker, jetzt auch Gewichtsabnahme.*

Januar 2001: *Anämie. Haemoccult negativ.*

Februar 2001: *Coloskopie: unauffällig. Ferrosanol p.o.*

März 2001: *Krankenhausaufnahme wegen starker OB-Schmerzen und Erbrechen; Gastroskopie: Defekt im bulbus duodeni, histologisch HP-negatives Ulkus duodeni.*
Zunächst Malignitätsverdacht bei Lymphomen thorakal, abdominell und

der Höhe der Viruslast (auch virusload genannt, gemessen als Anzahl der HIV-RNA-Kopien pro ml Blut). Hierbei war die Indikation für eine antiretrovirale Therapie (ART) sowie die Auswahl und Reihenfolge der antiretroviralen Medikamente in den letzten 10 Jahren einem starken Wandel unterworfen. Es ist damit zu rechnen, dass der richtige Zeitpunkt für den Beginn einer ART sowie die Reihenfolge der einzusetzenden Präparate auch weiterhin von Jahr zu Jahr überarbeitet und den jeweils neuesten Erkenntnissen angepasst werden muss. Hierbei nimmt die Bedeutung der Viruslast (VL, in copy/ml) in den letzten Jahren eher etwas ab, die Entscheidung stützt sich in zunehmenden Maße auf die CD4 T-Lymphozyten (n/µl).

Kombinationen antiretroviraler Medikamente

Unumstritten ist, dass immer drei Wirkstoffe zum Einsatz kommen sollten. Dies soll die Entwicklung von Resistenzen möglichst weit hinausschieben. In den bisherigen Studien konnte nicht gezeigt

retroperitoneal, jedoch histologisch keine Malignität.

***April 2001:** Nachweis säurefester Stäbchen im Magensaft. Histologie aus retroperitonealem LK mit Lymphknotentuberkulose vereinbar.*

***Mai 2001:** HIV-Test positiv. Immunstatus mit 100 T4-Zellen/µl Blut deutlich vermindert, Viruslast HIV 600.000 RNA-Kopien/ml; 4-fach-Therapie der TB (anfangs zum Teil parenteral wegen Übelkeit), 3-fach-Therapie der HIV-Infektion mit Trizivir (wg. Inkompatibilität anderer antiretroviraler Medikation mit TB-Med.) PCP- und Toxoplasmose-Prophylaxe mit Cotrim. Mögliche Ansteckung: Afrika-Reise vor 10 Jahren.*

***Juni 2001 – Juni 2002:** Weiterbehandlung in HIV-Schwerpunktpraxis. Allmähliche Besserung von AZ, EZ, Immunstatus.*

***Juli 2002:** Ende der TB-Therapie, Erweiterung der antiretroviralen Therapie um einen NNRTI, Einschränkung der Prophylaxen auf PCP mit Pentamidin-Inhalationen, Immunstatus mit T4 = 200/µl, VL < 50/ml*

KASUISTIK 3

Ein international tätiger Geschäftsmann, 62 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, AZ massiv reduziert, EZ adipös bei stationärer Aufnahme.

Die Aufnahme erfolgte wegen neu diagnostizierter HIV-Infektion und seit 4 Monaten bestehender Luftnot und Reizhusten. Zusätzlich Gewichtsverlust von ca. 6 kg innerhalb der letzten 3 Monate. Eine HIV-Infektion war bisher nicht bekannt. Zoster thorakal 2001, sonst keine wesentlichen Erkrankungen in der Vorgeschichte.

Ambulant wurden mehrere Antibiotikadurchgänge mit immer weniger durchschlagendem Erfolg versucht, schließlich wurde der Patient in eine Klinik aufgenommen. Nach einer weiteren circa 14-tägigen Avalox-Therapie wurde bei sich weiter verschlechterndem Röntgen-Thorax-Bild ein HIV-Test durchgeführt. Nachdem dieser positiv ausgefallen war, wurde der Patient schließlich in ein anderes Krankenhaus mit HIV-Schwerpunkt aufgenommen. Die Verdachtsdiagnose Pneumocystis carinii Pneumonie (PCP) wurde noch am selben Tag mittels Bronchoskopie gesichert. Nachdem sich zunächst der Zustand des Patienten deutlich verbesserte, zeigte sich nach circa 14 Tagen eine erneute Ateminsuffizienz, die zunächst mit der inzwischen nachgewiesenen Mykobakteriose erklärt werden konnte. Trotz Ausweitung der antimikrobiellen Therapie konnte keine Verbesserung der Ateminsuffizienz nachgewiesen werden. In der dritten jetzt transbronchialen Biopsie konnte eine ausgeprägte Fibrose mit zum Teil muskulärem Umbau nachgewiesen werden.

Trotz intensiver Bemühungen auch mit experimentellen Therapieansätzen, der pulmonalen Hypertonie mit Ilomedin i.v., Ca- Antagonisten und Interferon, zeigte sich klinisch keine Verbesserung des Zustandes.

Insgesamt erschöpfte sich der Patient langsam durch die maximale Atemarbeit. Nach langen Gesprächen mit Patient und Angehörigen wurde der kurative Therapieansatz beendet. Der Patient verstarb nach 7 Wochen Klinikaufenthalt.

Antiretrovirale Therapie in Abhängigkeit von Immundefizienz und Viruslast

Derzeit gelten grob die in nebenstehender Tabelle aufgeführten Regeln (Adaptiert nach DAIG 2002):

CD4 (T4) /µl	VL copy/ml	ART	Prophylaxen	Untersuchungen
350 - Norm	nicht relevant	keine	keine	Status für Hepatitis erheben, alle notwendigen Impfungen durchführen, evtl. Hep B-, C-Therapie, Fettstoffwechsel- und Glucosestoffwechselkontrolle
200 – 350	über 100 000	eher ja	keine	
200 – 350	unter 100 000	eher keine	keine, rechtzeitig mit PCP beginnen	
< 200	nicht relevant	ja	PCP, Toxoplasmose	Funduskopie
0 -100	nicht relevant	ja (mit PIs)	PCP, Toxoplasmose, Mykobacteriose	Funduskopie

werden, dass der Einsatz von mehr als drei Wirkstoffen einen Vorteil diesbezüglich brächte. Dagegen ist eine Zweifachtherapie deutlich der Dreifach-Therapie unterlegen.

Mit den vier verschiedenen Arten der Virushemmung – Hemmung der viralen Enzyme Reversen Transcriptase (nucleosidisch oder nichtnukleosidisch) sowie Hemmung der Protease, dem neuartigen Prinzip der Fusionshemmung zwischen Virus und Zelle und demnächst wohl noch die Hemmung der Integrase – stehen viele grundsätzliche Möglichkeiten der Kombination der vorhandenen Medikamente zur Verfügung.

Für die gängigen Kombinationen kann man unterscheiden:

- Konvergente Kombinationen (3 NRTIs)
- Divergente Kombinationen (2 NRTIs + 1 NNRTI oder 2 NRTIs + 1 PI oder 1 NRTI + 1 NNRTI + 1 PI oder 1 NRTI + 2 PI oder 1 NNRTI + 2 PI)

Nicht bewährt haben sich bisher die Kombination mit 2 NNRTIs. Die Rolle der Fusionshemmer (T20) in den verschiedenen Kombinationen ist noch nicht geklärt. Zunächst bleiben sie wohl eher der komplizierten so genannten Salvage-Therapie vorbehalten. Dasselbe gilt derzeit auch für die Integrase-Hemmer.

Es ist bisher nicht klar, ob konvergente Kombinationen den divergenten grundsätzlich unterlegen sind, was sich für Trizivir im Vergleich mit Trizivir+Sustiva bzw. Combivir+Sustiva inzwischen herausgestellt hat, oder ob andere konvergente Kombinationen (z.B. Videx+Viread+ Epivir) solche Vergleichsstudien mit größerem Erfolg durchlaufen werden.

Die große Bedeutung der ersten Kombination

Jeder Einsatz von antiretroviralen Medikamenten setzt HIV unter „Selektionsdruck“, so dass einzelne Virus-Mutationen den Angriff der Medikamente überstehen und sich trotz der Anwesenheit der Medikamente vermehren können. Die Folge ist, dass diese resistenten Virusmutanten das vom Wildtyp befreite Schlachtfeld allmählich übernehmen und dann trotz Therapie ein Anstieg der Viruslast und ein Abfall der Helferzellen zu verzeichnen ist (allerdings anscheinend langsamer als beim Wildtypvirus).

Da zwischen vielen der vorliegenden Medikamente Kreuzresistenzen und überlappende Resistenzen bestehen, muss damit gerechnet werden, dass bei Versagen der ersten Therapie die zweite schwieriger auszuwählen und auch weniger gut wirksam sein wird.
Deswegen ist die Bedeutung der ersten Kombination so groß: Sie soll möglichst rasch wirken (also nur kurze Zeit Mutationen zulassen), sie soll möglichst lange wirken (also die Zeit bis zur schlechteren Therapieoption hinauszögern) und sie soll – wenn schon Resistenzentwicklungen unvermeidlich sind – möglichst viele weitere Therapieoptionen offen lassen.
Umstritten ist dabei, welchen Einfluss man der Einfachheit einer Therapie und der eventuellen Belastung durch Nebenwirkungen auf die Güte der Ersttherapie zugestehen soll.

So kann man zum Beispiel für Trizivir ins Feld führen, dass hier nur 2 Tabletten pro Tag genommen werden müssen und damit eine hohe Compliance erreicht werden kann, die für den Therapieerfolg ja von großer Bedeutung ist. Andererseits zeigt sich in jüngsten Studien, dass früher als bei anderen Kombinationen mit dem Auftauchen von Resistenzen zu rechnen ist und diese für die Folgetherapien wenig Spielraum lassen.

Ein anderes Beispiel für die Schwierigkeit, Vor- und Nachteile abzuwägen, wäre eine Kombination von 2 NRTIs (z.B. Videx +Epivir) mit Viracept: Zwar lässt ein Versagen einer solchen Therapie

viele Optionen für die Folgetherapien aufgrund der bekannten Resistenzmuster und der hohen Wirksamkeit dieser Substanzen erwarten, jedoch werden die relativ hohe Tablettenanzahl, doch recht häufig auftretende schwere Durchfälle und die erhöhte Gefahr der Entwicklung von Lipodystrophie viele abschrecken, eine solche Therapie anzufangen oder lange einzunehmen.

Änderung der Kombination

Trotz der hohen Bedeutung der Ersttherapie muss also bei jedem Einzelnen abgewogen werden, welche Vor- und Nachteile überwiegen werden. So kann zum Beispiel die einmal tägliche Einnahme für Menschen mit unstetem Lebenswandel das ausschlaggebende Kriterium, für andere die Tablettenanzahl entscheidend sein. Für wieder andere ist das weitgehend unverstandene Syndrom der Lipodystrophie so abschreckend, dass sie auf keinen Fall die hierfür besonders geeigneten Medikamente (mitochondriale Toxizität von Zerit, Videx, aber durch andere Mechanismen auch PIs) wählen werden.

Womit auch immer begonnen wird – es ist in etwa 50 % damit zu rechnen, dass innerhalb eines Jahres die gewählte Kombination verändert werden muss. Sei es, weil es zu nicht akzeptablen Nebenwirkungen kommt oder weil letztlich erst bei der regelmäßigen Einnahme mancher Nachteil einer Tablettengröße oder Kapselanzahl oder eines bestimmten Einnahmemodus wirklich spürbar wird.

Womit beginnen?

Die Datenlage hierzu ist im Fluss.
Für die Situation eines schweren Immundefektes (T4 deutlich unter 200) oder bereits aufgetretener AIDS-indikativer Erkrankungen (wie PcP, Toxoplasmose, MAI-Infektion, CMV-Retinitis usw.) gilt der Einsatz von Proteasehemmern als unbedingt erforderlich.

Auch eine sehr hohe Viruslast (deutlich über 100 000) wird als Argument für den Einsatz von Proteasehemmern ins Feld geführt.

Kombinationen aus Wirkstoffen, die nur die Reverse Transkriptase hemmen, scheinen divergenten Kombinationen unterlegen zu sein, was den alleinigen Einsatz von Trizivir fragwürdig macht.

Am beliebtesten sind derzeit bei nicht allzu fortgeschrittener Immunschwäche (s.o.) Kombinationen aus 2 NRTIs mit einem NNRTI.

Hierfür hat sich der Einsatz von Viramune oder Sustiva als gleich gut erwiesen; es sollten jedoch individuelle Besonderheiten, wie vorbestehende Leberschäden (Vorsicht mit Viramune!) oder Neigung zu Depression (Vorsicht mit Sustiva!), berücksichtigt werden.

Eine Präferenzliste unter den NRTIs kann kaum angegeben werden; eher schon eine Liste der zu vermeidenden Kombinationen (wie Videx mit Zerit oder Retrovir mit Zerit).

Neuere Medikamente stoßen aufgrund ihrer spezifischen Vorteile in die Linie der Ersttherapeutika vor: Viread (kaum Nebenwirkungen, Einmaleinnahme, günstiges Resistenzmuster), Amprenavir (Einmaleinnahme, günstiges Resistenzmuster).

Medikamente mit ganz neuen Ansätzen (Fusionshemmer, Integrasehemmer) sind noch weit davon entfernt, in der Ersttherapie eingesetzt zu werden.

Anschrift der Verfasser:

Bernhard Bieniek
Internist, HIV-Schwerpunktpraxis
Gubener Str. 37
10243 Berlin/Friedrichshain
Vorstandsmitglied im Arbeitskreis AIDS der Niedergelassenen Ärzte Berlins
E-Mail: b.bieniek@praxis-bieniek.de

Priv. Doz. Dr. med. Keikawus Arasteh
Direktor der Klinik für Innere Medizin/ Infektiologie/Gastroenterologie
VIVANTES-Auguste-Viktoria-Klinikum
Rubensstr. 125, 12157 Berlin
E-Mail: keikawus.arasteh@vivantes.de

Frühe Hinweise auf eine HIV-Infektion ohne konkrete Erkrankung

- Lange anhaltende körperliche Schwäche
- Nachtschweiß
- Lymphknotenschwellungen
- Ungewollte Gewichtsabnahme
- Seborrhoisches Ekzem der Gesichtshaut, häufig mit Mundwinkelrhagaden
- Verschlechterung bereits vorbestehender Hauterkrankungen wie Psoriasis

Häufige Symptome opportunistischer Erkrankungen bei HIV-Infektion

- Lange anhaltender trockener Husten mit anfangs langsamer, nach Wochen rasanter Zunahme von Belastungsdyspnoe > PCP
- Trockener Husten mit intrathorakalem Druckgefühl oder Schmerz > PCP
- Retrosternales Brennen und Gewichtsabnahme durch Verminderung der Nahrungsaufnahme > Soorösophagitis
- Gewichtsabnahme bei lang anhaltender leichter Diarrhoe > CMV-Colitis
- Magenschmerzen > CMV-Gastritis
- Unklares Fieber > Soorösophagitis, Non-Hodgkin-Lymphom, atypische Mykobacteriose
- Kopfschmerzen, Krampfanfall > cerebrale Toxoplasmose
- Brennen und weißliche, strichförmige Hyperplasien am Zungenrand > OHL

Es bleibt bei „Rostock“

Bericht vom 106. Deutschen Ärztetag in Köln, 20. bis 23. Mai 2003

In Rostock war sie geboren worden, die Idee, für verschiedene Fächer gemeinsame Basisweiterbildungen, so genannte „Common Trunks“ auf den Weg zu bringen. Der Deutsche Ärztetag in Köln bekräftigte diese Entscheidung und beendete damit den monatelangen Versuch einzelner Fachvertreter, dieses Prinzip wieder zu kippen. Vor allem zwischen der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin hatte es hierzu erhebliche Vorkämpfe gegeben. Darüber hinaus bot der Ärztetag in diesem Jahr viele sachliche Diskussionen. Der Außerordentliche Ärztetag im Februar hatte bereits einiges an Ärger über die Gesundheitspolitik der Bundesregierung verrauchen lassen. Und so war auch Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt bereit, den Dialog mit der Ärzteschaft fortzusetzen.

Von Daniel Rühmkorf

Bei der Eröffnungsfeier in der Kölner Philharmonie erteilte die Gesundheitsministerin der bisherigen Kostendämpfungspolitik im deutschen Gesundheitswesen eine Absage. Die Altersentwicklung, der medizinische Fortschritt und die anhaltende Wachstumsschwäche machten eine Reform deshalb mehr als notwendig. Dazu brauche es die integrierte und die hausärztliche Versorgung, die Gründung von Gesundheitszentren, Chronikerprogramme (Disease Management-Programme/ DMP) und das Deutsche Institut für Qualität in der Medizin. Schmidt forderte die Ärzteschaft auf, diese Reformen für mehr Effizienz und Qualität mitzutragen. Dafür stellte sie in Aussicht, die floatenden Punktwerte gänzlich abzuschaffen und in der ambulanten Versorgung Festpreise einzuführen. Allerdings dämpfte die Ministerin etwaige Erwartungen: „Ich kann Sie nicht alle zu Millionären machen“. Ulla Schmidt verschwieg in ihrer Festrede, dass mit dem jetzigen Entwurf des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) Kosten von über 15 Milliarden Euro jährlich zulasten der Versicherten verlagert werden und die freie Arztwahl eingeschränkt werden soll. Diese Punkte griff der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, auf: „Die Philosophie dieses Gesetzentwurfes ist die Rationierung ... Diese gewollte Rationierung aber soll verdeckt werden. Und das Instrument dafür ist die gesetzliche Implementierung von Misstrauen gegenüber den Leistungserbringern, besonders uns Ärztinnen und Ärzten!“ Hoppe ermahnte die Ministerin, das Vertrauen, das viele Menschen immer noch in die Ärzte haben, nicht weiter zu demontieren. Er signalisierte der Ministerin bei allen Meinungsverschiedenheiten aber weiterhin Gesprächsbereitschaft.

Die wichtigsten Beschlüsse des Ärztetages in Kürze:

Gesundheitspolitik

In einem Beschluss des Ärztetages wird das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) als insuffizientes Mittel zur Stabilisierung und Zukunftsfähigkeit des Systems bezeichnet. Das Problem der Einnahme-Erosion der gesetzlichen Krankenversicherung bliebe durch hohe Arbeitslosigkeit, Absinken der Lohnquote und Belastung der Kassen mit versicherungsfremden Leistungen weiterhin ungelöst. Stattdessen würden durch das GMG funktionierende Strukturen zerschlagen.

In der Debatte wurden die Pläne der Bundesgesundheitsministerin scharf kritisiert, neue Fachärzte für die integrierte Versorgung nur noch in Gesundheitszentren oder mit Einzelvertrag in der Niederlassung arbeiten zu lassen. Der Ärztetag forderte deshalb den Erhalt der ambulanten Versorgung durch freiberufliche Vertrags-Fachärzte und die Beibehaltung der kollektivvertraglichen Struktur unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Muster-Weiterbildungsordnung

Nachdem im Vorfeld des Ärztetages vehement um die Inhalte und Struktur der Weiterbildung Allgemeinmedizin und Innere Medizin gerungen wurde, zeigte sich die Bundesärztekammer umso zufriedener, dass dieser Streit nach eintägiger Diskussion und Dutzenden von Änderungsanträgen beendet wurde. Die Delegierten hatten sich schließlich mit einer großen Mehrheit für die neue Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) ausgesprochen. Zukünftig wird die Weiterbildung von Allgemeinmedizinern und Internisten, die als Hausärzte arbeiten, zusammengelegt. Erst nach drei Jahren gemeinsamer Weiterbildung beginnt die Spezialisierung. Der Hausarzt der Zukunft ist der „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“. Die Schwerpunkt-Internisten durchlaufen noch drei weitere Jahre in der Facharztweiterbildung und sind anschließend als Internisten mit Spezialisierung tätig, beispielsweise als Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie.

Allgemeinmediziner haben nach der gemeinsamen Weiterbildungszeit noch

weitere zwei Jahre, in denen sie optional verschiedene Fächer belegen können. Dr. Klaus Thierse (Berlin, Marburger Bund) bekannte: „Als Mitglied der Ständigen Weiterbildungskommission habe ich natürlich bis zum Ende bei der Weiterbildungsordnung gezittert". Heftig hatte der Orthopäde an den Ärztetag appelliert, weiter bei der in Rostock fixierten Linie zu bleiben. Dr. Matthias Albrecht (Berlin, Marburger Bund und Mitglied des Kammervorstands) zeigte sich froh, dass die MWBO abgesegnet worden ist. „Aber was waren das für unsinnige Spiegelstrichdiskussionen! Unerträglich finde ich es, dass die Fachlobby über die Hintertür versucht, in dieser Diskussion schon einmal abgelehnte Bezeichnungen wieder durchzudrücken", kritisierte er. PD Dr. Vittoria Braun (Berlin, BDA, ebenfalls im Vorstand) befürchtet in der neuen Musterweiterbildungsordnung eine Verschlechterung der hausärztlichen Ausbildungsqualität, da eine halbjährige chirurgische Ausbildung nicht mehr obligat, sondern nur noch fakultativ abgeleistet werden muss. Insgesamt aber zeigten sich die Berliner Delegierten mit dem jetzt gefundenen Kompromiss zufrieden.

Muster-Berufsordnung

Die Muster-Berufsordnung wurde bezüglich der „Zusammenarbeit von Ärzten mit Dritten" präzisiert. Unter anderem wurde festgelegt, dass Ärzte geldwerte Zuwendungen, die sie für die Teilnahme an wissenschaftlichen Fortbildungen bekommen, nur noch dann annehmen dürfen, wenn diese nicht mehr über den eigentlichen Zweck einer Fortbildungsveranstaltung hinausgehen. Im Klartext heißt das: Die Tagungskosten können weiter gesponsert werden, die Kosten für die Begleitperson oder das Rahmenprogramm dagegen nicht. An klinischen Studien dürfen Ärzte zwar weiterhin teilnehmen, allerdings nur gegen ein angemessenes Honorar. Kooperation zwischen Ärzten und der Industrie sollen möglich sein, aber ohne dass Einflussnahme auf den Arzt ausgeübt wird.

In diesem Zusammenhang wurde die Bundesärztekammer aufgefordert, sich im Gesundheitsministerium gegen eine „nichtsachgerechte Einschränkung" von sinnvollem Industrie-Sponsoring auszusprechen.

Freiwilliges Fortbildungszertifikat

Angenommen wurde von den Delegierten auch das von der Bundesärztekammer entwickelte Zertifikat, mit dem Ärzte gegenüber Patienten die Erweiterung und Aktualisierung ihres ärztlichen Wissens belegen können. Ursprünglich war die Zertifizierung nur ein Modellversuch, jetzt wird sie dauerhaft eingeführt. Mit diesem Schritt will die Ärzteschaft der im GMG vorgesehenen Pflichtfortbildung mit Rezertifizierung zuvorkommen. In Berlin sind in den vergangenen Jahren mit dem Instrument der freiwilligen Zertifizierung bereits gute Erfahrungen gemacht worden.

Palliativmedizin

Einstimmig haben sich die Delegierten dafür ausgesprochen, die Palliativmedizin in Deutschland auszubauen. Einer der zu diesem Thema vortragenden Referenten war Dr. Thomas Schindler von Home-Care-Berlin. Er betonte, wie problematisch es sei, dass konsiliarärztliche Projekte kein Bestandteil der Regelversorgung sind, obwohl sie stark von Kollegen und Patienten nachgefragt werden. Nur 20 % der Totkranken müssten in der Klinik sterben, wenn gut eingespielte Teams sie zuhause betreuen würden, so Schindler. Die Palliativmedizin könne für viele Menschen die Angst vor einem leidvollen Sterben mindern, erläuterte die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Ursula Auerswald. Sie machte darauf aufmerksam, dass sich in der Gesellschaft immer stärker der Ruf nach aktiver Sterbehilfe bemerkbar mache. Wenn aktive Sterbehilfe aber erst einmal gesetzlich erlaubt sei, werde aus der Möglichkeit des Sterbens auf Verlangen schnell eine Erklärungsnot für diejenigen Patienten, die trotz großer Schmerzen und erheblichem medizinischen und pflegerischen Aufwand noch bis zu ihrem natürlichen Tode weiterleben wollen.

Gehörten zur Berliner Delegation:

Fotos: Rühmkorf

Chirurg i.R. Hermann Brehme (re.) und Unfallchirurg Werner Wyrwich, ...

... Orthopäde Klaus Thierse (re.) und Psychotherapeut Roland Urban, ...

Ende des Arzt im Praktikum (AiP)

Zum wiederholten Male haben die Delegierten für ein Ende des AiP gestimmt. In

... Kammerpräsident Günther Jonitz und Internistin Maria Birnbaum, ...

... Kinderarzt und Vorstandsmitglied Matthias Albrecht, ...

ihrem Beschluss wird die Befürchtung geäußert, dass die für das Wintersemester 2004/2005 vorgesehene Beendigung nicht kommen werde, da bisher noch kein entsprechender Gesetzesentwurf vorliege.

Wahlen

Im Amt bestätigt wurde Präsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, Vizepräsidentin Dr. Ursula Auerswald und Vizepräsident Dr. Andreas Crusius. Dr. Frank Ulrich Montgomery, ehemaliger Kammerpräsident aus Hamburg und Vorsitzender des Marburger Bundes, unterlag mit 110 zu 130 Stimmen gegen den bisherigen Amtsinhaber, Dr. Andreas Crusius, den Präsidenten der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Bestätigt wurden außerdem die Vorstandsmitglieder Dr. Rudolf Henke und Dr. Astrid Bühren, die Präsidentin des Ärztinnenbundes. Auch die Berliner Dr. Maria Birnbaum und Prof. Axel Ekkernkamp wurden wieder in den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung gewählt.

und Radiologe Dietrich Banzer.

Berliner Delegierte mit Organisation unzufrieden

An der Durchführung des Ärztetages gab es innerhalb der Delegation heftige Kritik. Dr. Udo Schagen (Fraktion Gesundheit): „Ich kann nur jedem Arzt empfehlen, so selten wie möglich zu Ärztetagen zu gehen." Dr. Almut Tempka (Fraktion Allianz) explodierte: „Das war Lebenszeitverschwendung erster Ordnung! Die deutsche Ärzteschaft sollte sich nicht so präsentieren." PD Dr. Dietrich Banzer (Fraktion Allianz, Hartmannbund) regte sich über das undurchsichtige Abstimmungsgebahren auf: „Erst werden Dutzende Anträge an den Vorstand zur Beratung überwiesen, dann startet jemand einen Aufruf dazu, sich doch wieder selbst mit den Themen zu befassen. Und schon diskutieren und stimmen die Delegierten wieder selbst ab."
Dr. Matthias Albrecht (Marburger Bund) wollte sich in Ruhe ein Bild zu den Anträgen machen, aber das war schier unmöglich. „Es kann nicht angehen, Anträge erst zehn Sekunden vor der Abstimmung in den Händen zu halten."

Berliner Anträge

Von den Berlinern gab es insgesamt acht angenommene oder an den Vorstand verwiesene Anträge:

- **Dr. Maria Birnbaum** (Vorstandsüberweisung): Zusatzweiterbildung „Ernährungsmedizin";
- **Prof. Dr. Harald Mau** (Vorstandsübereisung): Zusatzweiterbildung „Kinderorthopädie";
- **Helmut Mälzer** (angenommen): Zusatzweiterbildung „Röntgendiagnostikfachgebunden";
- **Dr. Udo Schagen, Dr. Daniel Rühmkorf u.a.** (Vorstandsüberweisung): „Approbationsordnung für Ärzte" enthält in ihrer Neufassung nicht die vom Murrharter Kreis geforderterten Reformschritte. Die Verlagerung der Prüfungen zum 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung sollen wieder vor dem Praktischen Jahr (PJ) durchgeführt werden.
- **Prof. Dr. Harald Mau u.a.** (angenommen): Die „Öffnung der Krankenhäuser" für die Integrierte Versorgung wird abgelehnt, da unter den jetzigen Arbeitsbedingungen und der Einführung von Fallpauschalen (DRGs) eine Aufgabenerweiterung praktisch nicht zu ermöglichen ist.
- **Dr. Vittoria Braun u.a.** (angenommen): „Initiativprogramm Allgemeinmedizin fortführen" ist ein Aufruf an die Politik, das etablierte und weiterbildungsfördernde Initiativprogramm auch weiterhin durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen mitfinanzieren zu lassen.
- **Dr. Volker Pickerodt** (angenommen): „Kinderbetreuung auf Ärztetagen" soll nach der erfolgreichen Erprobung an den Delegiertenkindern in diesem Jahr auch Teilnehmern sowie Gästen der folgenden Ärztetage angeboten werden.
- **Dr. Klaus Thierse u.a.** (angenommen): „Elektronisches Abstimmungsverfahren". Auf den nächsten Ärztetagen soll ein elektronisches Abstimmungsverfahren eingeführt werden und die Sitzungsunterlagen elektronisch verfügbar gemacht werden. Damit solle der Papierflut Einhalt geboten werden.

Stritt heftig für die Qualität der Allgemeinmedizin, Vorstandsmitglied Vittoria Braun

Deutliches Plädoyer gegen ein Abrücken von Rostock: Udo Schagen

Dr. Werner Wyrwich (Marburger Bund) konnte das auch nicht nachvollziehen. „Wie sollen wir die Vielzahl von Anträgen überhaupt bewältigen, wenn die einzelnen Anträge schon abgestimmt werden, bevor sie überhaupt verteilt sind? Die Organisation des Ärztetages ist verbesserungsbedürftig."

Helmut Mälzer (Fraktion Allianz) machte sich Gedanken, wie sich diese Veranstaltung effektiver gestalten ließe: „Vielleicht würden wir mit nur halb so viel Delegierten auch nur die halbe Zeit brauchen, um Beschlüsse zu fassen. Ich bewundere den Präsidenten der Bundesärztekammer, mit welcher Ruhe er durch die Tage geführt hat. Die Zusammenarbeit der Berliner Delegierten gestaltete sich übrigens sehr harmonisch. Flügelkämpfe wie auf früheren Ärztetagen blieben aus.

Dr. med. Daniel Rühmkorf

Der Autor ist Medizinjournalist und war selbst Mitglied der Berliner Delegation. Er war für die Fraktion Gesundheit mit dabei.

Wo es knirschen kann

Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Ärzten und Pflegepersonal können sich lähmend auf den Stationsbetrieb auswirken. Unser Autor arbeitet neben dem Medizinstudium als Extrawache in der Pflege eines Berliner Krankenhauses. Während des Dienstes bekommt er mit, wo es „knirschen" kann. Sein Eindruck: Oft sind es die kleinen Gesten, die das Miteinander verschiedener Berufsgruppen am Krankenbett belasten können. (Lesen Sie hierzu auch unseren Beitrag auf Seite 26.)

„Der hat das Napoleonsyndrom."
„Das Napoleonsyndrom?", ich schaue die Krankenschwester verständnislos an. „Ja, Du wirst schon sehen." Augenblicke später schreitet ein kleinwüchsiger Mann im weißen Kittel ins Schwesternzimmer, blickt über die Nasenspitze in die Runde, holt sich eine Tasse Kaffee und verschwindet wieder. Am Vormittag erzählt mir eine andere Stationsschwester verärgert, sie habe den Stationsarzt schon mehrmals auf den schlechten Zustand der älteren Patientin aus Zimmer 65 hingewiesen, dieser habe sich aber bis jetzt nicht darum gekümmert. Bei der Visite zeigen wir dem Stationsarzt gemeinsam den seit Stunden unveränderten DK-Beuteleinhalt, der eine Nierenunterfunktion anzeigt. Der Angesprochene hält inne, wartet mit feiner Arroganz einen Augenblick und schreibt dann eine Medikation in die Patientenkurve. Schließlich weist er die anwesende Stationsschwester, die einen halben Kopf größer als er selbst ist, belehrend an, die entsprechende Infusion anzuhängen. Während er aus dem Zimmer stolziert, stelle ich fest, dass er nur noch seine Hand in Brusthöhe in die Knopfleiste seines Kittels stecken müsste, um einen Napoleon abzugeben.

„Wehe, wenn Du auch so wirst!"

„Wehe, wenn Du auch einer von dieser Sorte wirst!" Diesen Satz höre ich öfter. Pflegekräfte erzählen recht bereitwillig über Schwierigkeiten dieser Art, oft kann man sie bei der Arbeit miterleben. Offene Streitigkeiten gibt es selten, meist sind es kleine Nachlässigkeiten des Arztes, die diesem vielleicht noch nicht einmal bewusst sind. Diese Nachlässigkeiten führen aber oft zu Arbeit, die das Pflegepersonal zusätzlich verrichten muss. In einer Befragung in sechs Berliner Krankenhäusern, (Heft 12/1991 BERLINER ÄRZTE) gaben die Pflegenden an, dass 15% der Arbeitszeit mit Tätigkeiten aus dem ärztlichen Zuständigkeitsbereich verbracht werden. Gerade wenn es auf Station stressiger zugeht, führt die Summation von Mehrarbeit zu Unmut.

Ein Beispiel: So kommt es vor, dass Ärzte pflegebedürftige Patienten nach der Untersuchung ausgezogen im Bett zurücklassen, den Pflegekräften dies aber nicht mitteilen. Wenn die Patienten dann Besuch kriegen, kommen die Schwestern und Pfleger in Erklärungsnot. Für Verwirrung sorgt, wenn Anordnungen schriftlich aber nicht mündlich gegeben werden und der Stationsarzt vergaß, „den Reiter zu ziehen", das heißt der Krankenschwester einen Hinweis auf eine Änderung zu hinterlassen. Dieser fallen dann erst am Ende ihres Dienstes Arbeitsversäumnisse auf. Umgekehrt weiß der Nachtdienst bei mündlicher aber nicht schriftlicher Anordnung nicht mehr was dem Frühdienst gesagt wurde.

Hingelegte Unterlagen geflissentlich übersehen

Oder es passiert, dass Patienten entlassen werden sollen, der Transportdienst schon mit dem Koffer in der Hand im Fahrstuhl steht, Arztbrief und Entlassungspapiere aber noch nicht unterschrieben sind und man erst den Arzt suchen gehen muss. Dabei werden diese Papiere in der Regel sorgfältig vorbereitet und für die schnelle Abwicklung an eine bestimmte immer gleiche Stelle gelegt. Der Arzt müsste bei Betreten des Dienstzimmers darüber „stolpern", und gleich alle Unterschriften gesetzt haben.
Schlechte Laune und Missachtung der Fachkompetenz des Pflegepersonals werden von diesem leicht als „Arroganz" ausgelegt. 52% der in der oben genannten Untersuchung Befragten meinten, ihre fachliche Kompetenz werde unterschätzt und ein Drittel fühlte sich vom Arzt als „Mensch zweiter Klasse" behandelt. Krankenschwestern haben mir auch von einer gewissen „Resistenz" von Ärzten gegenüber Bitten und Ermahnungen diesbezüglicher Sorgfalt berichtet. Manche Krankenschwester nimmt es persönlich, wenn die Anordnungen des Arztes auch nach der fünften Erinnerung immer noch unleserlich sind.

Mangel an Anerkennung

Dabei geht die Unzufriedenheit des Pflegepersonals nicht so sehr auf Überforderung mit der Arbeit zurück; manchmal fehlt es einfach an Anerkennung. 32% der Pflegenden glauben, die Bedeutung ihrer Arbeit werde von den Ärzten nicht erkannt. Sie wollen nicht einfach „Erfüllungsgehilfe" sein, sondern als kompetenter Partner anerkannt werden, der ebenfalls einen wesentlichen Anteil an der Gesundung des Patienten hat und den Arzt bei der Entscheidungsfindung auch unterstützen kann. Dieses Gefühl zu haben, ist für die meisten Pflegekräfte wichtig.

Natürlich – auch das sei nicht verschwiegen – gibt es auch Kommunikationsprobleme in umgekehrter Richtung. Auch Pflegekräfte sind nicht immer Engel und können gerade jungen Ärzten das Leben sehr schwer machen. „Es gibt Pflegende in Funktionsbereichen (Rettungsstelle, OP, Anästhesie), die die Unkenntnis des AiP in der klinischen Praxis ganz schön ausnutzen", erinnert sich eine junge Ärztin im Praktikum auf Rückfrage von BERLINER ÄRZTE. Gerade für junge Ärzte ist es unangenehm, wenn sie von den Pflegekräften auf ihre fachliche Kompetenz hin ausgetestet werden.

Zuweilen kommt es auch vor, dass Pflegekräfte ÄiP einfach auflaufen lassen und ihnen Tätigkeiten „rüberschieben", die eigentlich sie selbst machen müssten. Beispiel: Der AiP erscheint samstags früh zur Visite, um dann anschließend ins Wochenende zu gehen. Weil ihm die Pflegekräfte die Hilfe versagen (z.B. hängen sie mit dem Verweis, dies wäre nicht ihre primäre Aufgabe, keine Infusionen an), muss der AiP alles alleine machen und kann erst nach 15 Uhr das Haus verlassen. Auch dies ein Fall, der uns von betroffenen ÄiP geschildert wurde.

Vorsicht mit „Besserwissen"

Junge Ärzte ecken schon mal an, wenn sie ihr Wissen in der Klinik anwenden wollen, in diesem Zuge aber seit Jahren eingespielte Stationsabläufe wenig einfühlsam ändern wollen. Dahinter verbirgt sich natürlich häufig Unsicherheit. Aus meiner Erfahrung sind ein „kleines Dankeschön" wie zum Beispiel ein Beitrag zur Kaffeekasse und Lob sehr förderlich für die „Moral". Auch kann man ruhig erwähnen, dass man mit seinen kleinen Unzulänglichkeiten den Krankenschwestern und -Pflegern Mehrarbeit zugemutet hat. Dies wird in der Regel positiv registriert.

Grundsätzlich gilt: Die meisten Pflegekräfte sind an einer professionellen Zusammenarbeit sehr interessiert und bemühen sich, die ÄiP bestens einzuweisen. Die von uns befragten Ärzte haben jedenfalls in der Regel verständnisvolle Unterstützung erfahren.

Fabian Scholz

Und hier noch einige Tipps für ÄiP

- Ehrlich zugeben, dass man neu ist und das Pflegepersonal in vielen Fragen kompetenter ist. Mit Offenheit und Freundlichkeit macht den Pflegenden die Arbeit mit einem „Neuling" Spaß.
- Schwestern und Pfleger bei Unsicherheit um Rat fragen, was auf der Station üblich ist.
- Sich der eigenen Abhängigkeit vom Pflegepersonal bewusst sein und Nähe zu ihm suchen. Bei Visite nicht auf die Anwesenheit von Pflegenden verzichten, und innerhalb der Kooperation die Pflegekräfte auch Verantwortung übernehmen lassen.
- Die Pflegenden müssen Vertrauen in die Arbeit des AiP haben, dafür muss der AiP umfassend mit den Stationsabläufen vertraut sein und die Pflegenden den eigenen Entscheidungsweg nachvollziehen lassen.
- Unsicherheiten nicht durch arrogantes Verhalten überspielen. Man wird gut angesehen, wenn man Arbeit schnell und sorgfältig erledigt. Allerdings muss man aufpassen, dass einem nicht dauerhaft fachfremde Arbeit „aufgedrückt" wird. Wenn das einmal passiert, ist das sicher kein Drama, aber die Arbeit des Pflegepersonals sollte nur im Notfall vom AiP verrichtet werden.

Was tun, damit es nicht mehr knirscht?

Modellprojekt entwickelte übertragbare Verfahren

Kinder leiden bekanntlich unter elterlichen Konflikten und häuslicher Disharmonie. Und Kranke in der Klinik? „Dass selbst die Patienten merken, dass hier das Klima nicht stimmt, hätt' ich nicht gedacht!" So überrascht waren die Beteiligten von den Ergebnissen der Erhebungen. Das Projekt „Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus (InterKIK)" wurde nach seinem Abschluss in Berlin vorgestellt.

Es schien zunächst „ein Abenteuer", erwies sich aber dann als „Meilenstein in der Entwicklung der Beziehungen zwischen den Pflegeberufen und den Ärztinnen und Ärzten", sagte, als Vorsitzender des Projektbeirats, Prof. Ingo Flenker, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Eine gute Kommunikation und Kooperation sei ganz wesentlich für die Qualitätssicherung und „die entscheidende Komponente für eine optimale patientenorientierte Versorgung". Auch in Hinblick auf die Einführung der DRGs hält Flenker eine Verbesserung des Organisationsablaufs für wichtig: Wenn der Arzt von den Pflegenden zum Beispiel nicht über Nebendiagnosen wie Dekubitus oder Inkontinenz informiert wird, bekommt die Klinik die damit verbundenen Leistungen nicht bezahlt.

Bundesärztekammer und Pflegerat betrauten mit dem – vom Bundesgesundheitsministerium finanzierten – dreijährigen Modellversuch in drei Krankenhäusern das Bielefelder Institut für Pflegewissenschaft (eine der Arbeitsgruppen der gesundheitswissenschaftlichen Fakultät) und die Abteilung für medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, die federführend ist. Ihr Leiter, der Arzt und Psychologe Uwe Koch, informierte in Berlin über Ziele, Studiendesign, Ablauf und Ergebnisse. Detailliert ist dies alles im Endbericht zum Projekt beschrieben. Hier nur soviel:
Aufnahme, Visiten und Entlassung: Auf diese besonders sensiblen Schnittstellen von Medizin und Pflege legte die Studie den Schwerpunkt. Man versuchte, „Schlüsselpersonen" für die aktive Mitarbeit zu gewinnen. Und man zielte von Anfang an darauf ab, praktikable und übertragbare Verfahren zu entwickeln.

Gegenstand des „kontrollierten Versuchs" waren je eine chirurgische und internistische Station sowie eine Vergleichsstation ohne Intervention in drei repräsentativ ausgewählten sehr unterschiedlichen Modellkrankenhäusern. Zur Erfassung des Ist-Zustandes wurden verschiedene Methoden oder Instrumente entwickelt und zunächst in einer Pilotphase erprobt. Hierzu gehörten ein Erhebungsbogen zu Struktur und Konzept des Krankenhauses, ein Leitfaden für die Beobachtungen von Aufnahme, Visiten und Entlassung, Fragebögen zur Analyse der Patientendokumentation, zur (anonymen) Befragung der Mitarbeiter über ihre Zufriedenheit mit der Arbeitssituation und zur (ebenfalls anonymen) Befragung der Patienten über ihre Einschätzung des Klimas und der Organisation auf der Station.

Nach diesem gründlichen „Assessment" wurden jeder Station in einem Treffen die Ergebnisse dargelegt. „Alle Stationen bestätigten, durch die Präsentation eine treffende Spiegelung ihrer Ist-Situation erhalten zu haben", heißt es im Schlussbericht. Teilweise diskutierte man gleich sehr lebhaft über Möglichkeiten zur Lösung der definierten Probleme.

Die methodischen Hürden waren schon in der Erhebungsphase hoch (z.B. Schwierigkeiten bei der Befragung alter und schwerkranker Patienten, Furcht der Mitarbeiter vor Identifikation). Noch hürdenreicher als die „Diagnostik" der Schwachstellen war dann aber die „Therapie" in der Interventionsphase des Modellversuchs.

Zwar wurden überall Qualitätszirkel gegründet, die an Lösungen der Probleme mangelhafter Zusammenarbeit und schlechter Organisation arbeiteten. Aber die vorgesehenen Kurse in Kommunikationstraining kamen kaum zustande. Und die Mitarbeit der Ärzte an dem Projekt ließ oft sehr zu wünschen übrig. Entsprechend moderat fielen die Ergebnisse aus. Schnelle Erfolge darf man offenbar nicht erwarten, weil sich ja die Haltung aller Beteiligten ändern muss. Da heißt es zum Beispiel über die Interventionsergebnisse auf einer Station: „Besonders fällt bei der Beurteilung des Stationsklimas ins Gewicht, dass Ärzte und Pflegende nicht als eingespieltes Team wahrgenommen wurden und nicht alle... über den Zustand der Patienten ausreichend informiert schienen."

Aus ihrer Projektarbeit folgern die Forscher: Die Kooperation von Ärzten und Pflegenden ist stark verbesserungsbedürftig, was auch für das Qualitätsmanagement eine große Rolle spielt. Ohne umfassendes Qualitätsmanagement und ohne das Engagement der Führungskräfte in der Medizin und der Pflege sind nachhaltige Verbesserungen nicht erreichbar.

Stolz sein können die Wissenschaftler auf die Ermöglichung eines praxisnahen Transfers der von ihnen entwickelten Methoden zur Beurteilung und möglichst auch Verbesserung der Kommunikation und Kooperation in allen Krankenhäusern. Alles, was man dazu wissen muss, enthält ein Handbuch mit CD-Rom:
Lecher, S., Klapper, B., Schaeffer, D. Koch, U.: InterKIK-Toolbox – Bewertung und Verbesserung der inter-professionellen Kooperation im Krankenhaus. Verlag Hans Huber, Bern 2003. Mit CD-Rom 198 Euro. ISBN 3-456-83889-1

Rosemarie Stein

Bestandene Facharztprüfungen Januar bis April 2003*

Allgemeinmedizin

Eva-Mirjam Bader-Holl	21. Januar 2003
Eike Bindernagel	25. Februar 2003
Dr. med. Christiane Coredes	4. März 2003
Frank Dörner	29. April 2003
Dr. med. Sabine von Eltz	25. März 2003
Qusai Al Farhan	1. April 2003
Jens Föll	12. März 2003
Ulrike Froneberg	21. Januar 2003
Dr. med. Ines Göbel	11. Februar 2003
Ursula Theresia Hackermeier	25. März 2003
Torsten Hasselberg	12. März 2003
Dr. med. Anke Herzog	25. Februar 2003
Anne Hoffmeyer	11. Februar 2003
Christian Janke	18. März 2003
Claudia Korbmacher	29. April 2003
Dr. med. Ariane Krekeler	4. März 2003
Dr. med. Julia Kröhn	18. März 2003
Dr. med. Stefan Kurek	25. Februar 2003
Olaf Meyer	1. April 2003
Andrea Mix	28. Januar 2003
Andreas Nagel	28. Januar 2003
Dr. med. Wolf-Richard Nickel	21. Januar 2003
Dr. med. Anke Pfannschmidt	18. März 2003
Dr. med. Klaus Rieger	12. März 2003
Henryk Sauer	29. April 2003
Dr. med. Bernhard Strasser	1. April 2003
Dr. med. Katrin Stroop	1. April 2003
Sophie Tangermann	25. Februar 2003
Dr. med. Stefanie Schupp	11. Februar 2003
Dr. Annette Schuricht	28. Januar 2003
Petra Söllner	25. März 2003
Elena Vojtechovic	29. April 2003
Dr. med. Arne Wasmuth	4. März 2003

Anästhesiologie

Dr. med. Sibylle Barz	29. Januar 2003
Stefan Bogatzki	19. März 2003
Dr. med. Robert Petzhold	19. März 2003
Dr. med. Heike Ritter	19. März 2003
Dr. med. Andrea Bettina Schmid	29. Januar 2003
Viola Simmank	19. März 2003

Arbeitsmedizin

Ulrich Marquard	27. März 2003

Augenheilkunde

Dr. med. Michael Ledergerber	15. Januar 2003
Marina Krol	15. Januar 2003
Dr. med. Claudia Mertens	9. April 2003
Dr. med. Valeska Müller	15. Januar 2003
Markus Tuppek	9. April 2003
Dr. med. Margot Wokalek	15. Januar 2003
Ingmar Zöller	9. April 2003

Chirurgie

Ariane Asmus	11. Februar 2003
Sven Bayer	11. Februar 2003
Dr. med. Frauke Fritze	1. April 2003
Annette Herrmann	11. Februar 2003
Dr. med. Hubert Hotz	11. Februar 2003
Ulla Huhn	11. Februar 2003
Dr. med. Frank Kandziora	11. Februar 2003
Dr. med. Tilo Kölbel	9. April 2003
Dr. med. Gerrit Matthes	1. April 2003
Maren Petzold	11. Februar 2003
Dr. med. Gero Puhl	11. Februar 2003
Dr. med. Irina Taurit	1. April 2003

Diagnostische Radiologie

Beate Bark	21. Januar 2003
Dr. med. Alexander Huppertz	21. Januar 2003
Dr. Ulf Kraemer	24. April 2003

Dr. Andrea Petersein	24. April 2003
Michael Pflästerer-Schönsiegel	13. März 2003
Dr. med. Annegret Prothmann	13. März 2003
Dr. Ralf Puls	24. April 2003
Dr. med. Ulf Teichgräber	24. April 2003

Frauenheilkunde- und Geburtshilfe

Cecilie Bischoff-Everding	2. April 2003
Dr. med. Christiane Dorn	29. Januar 2003
Dr. med. Julia Fischer	19. März 2003
Jessica von der Gablentz	2. April 2003
Dr. med. Kai Hertwig	2. April 2003
Dr. med. Anja Moser de López	19. März 2003
Dr. med. Betina Rau	19. März 2003
Dr. med. Stefan Skonietzki	29. Januar 2003
Dr. med. Ursula Weingarten	2. April 2003
Dr. med. Bettina Zieren-Ernhardt	29. Januar 2003

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. med. Wolfgang Hake	9. April 2003
Dr. med. Ovidiu König	9. April 2003
Claudia Koffroth-Becker	9. April 2003
André Zakarneh	12. Februar 2003

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. med. Marcus Baumann	9. April 2003
Dr. med. Yvonne Dullin	29. Januar 2003
Christine Maletz	29. Januar 2003
Dr. med. Nathalie Mandt	9. April 2003
Dr. med. Annett Milling	29. Januar 2003
Claudia Tschierschke-Kahriman	9. April 2003

Humangenetik

Dr. Petra Zschieschang	29. April 2003

Innere Medizin

Georg Baumgartner	29. Januar 2003
Dr. med. Sylke Boremski	26. Februar 2003
Angelika Bublak	30. April 2003
Dr. med. Jorinde Cirkel	26. März 2003
Dr. med. Anne-Kathrin Collisi	30. April 2003
Severin Daum	29. Januar 2003
Dr. med. Jan Droste	29. Januar 2003
Said El-Abed	26. März 2003
Dr. med. Eva Essers	26. Februar 2003
Dr. med. Thomas Fietz	29. Januar 2003
Dr. med. Jan Uwe Fleck	12. März 2003
Dr. med. Silvia Froehlich	26. Februar 2003
Sebastian Gosepath	26. Februar 2003
Dr. med. Michaela Heidrich	26. Februar 2003
Viktor Kimmel	26. März 2003
Dr. med. Frank-Werner Kirstein	30. April 2003
Cathrin Klaus	30. April 2003
Susanne von Lampe	26. März 2003
Dr. med. Christian Mickeler	29. Januar 2003
Dr. med. Klaus Pels	26. März 2003
Dr. med. Sebastian Philipp	26. März 2003
Dr. med. Anke Ribbeck	26. März 2003
Dr. med. Christoph Schäper	29. Januar 2003
Klaus-Dieter Schardt	26. März 2003
Dr. med. Kai Schorn	26. März 2003
Simone Schulz	26. März 2003
Dr. med. Joachim Seybold	30. April 2003
Dr. med. Joachim Spranger	29. Januar 2003
Dr. med. Christian Sticherling	26. Februar 2003
Dr. med. Peter Thuß	30. April 2003
Dr. med. Natascha Wiedemann	30. April 2003
Dr. med. Keno Wolbergs	30. April 2003
Cornelia Zerbin	29. Januar 2003
Katharina Zumbusch	30. April 2003

Kinderchirurgie

Wolfram Kluwe	11. Februar 2003

Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Bettina Borm	26. März 2003
Dr. med. Ira Brilla-Austenat	12. Februar 2003
Dr. med. Karsten Dick	12. Februar 2003
Ljudmila Krenina	26. März 2003
Dr. med. Renate Nickel	12. Februar 2003
Wiebke Wientgen	26. März 2003

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. med. Christian Michael	25. Februar 2003
Dr. med. Sibylle Winter	9. April 2003

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Cecilia Enriquez de Salamanca	9. April 2003

Klinische Pharmakologie

PD Dr. Hans-Peter Reusch	28. Januar 2003

Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Brigitta Schweikert	28. Januar 2003

Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

Dr. med. Katharina Alpers	3. März 2003

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Nadia Almoufti	10. April 2003
Dr. med. Gerhard Dressel	10. April 2003
Dr. med. Dr. med. dent. Thilo Franze	10. April 2003
Dr. med. Anette Strunz	10. April 2003

Neonatologie

Dr. med. Anne Katharina Niemann	26. März 2003

Neurochirurgie

Dr. med. Ferdinand Palowski	27. März 2003
Dr. med. Olaf Süss	27. März 2003
Dr. med. Marlon Touysserkani	27. März 2003

Neurologie

Diana Djouchadar	4. Februar 2003
Dr. med. Björn Hauptmann	8. April 2003
Dr. med. Ruth Jacob	4. März 2003
Dr. med. Sibylle Kasper	15. April 2003
Dr. med. In-Ha Kim	18. Februar 2003
Dr. med. Marcus Fabian Klostermann	8. April 2003
Ina Lücken	15. April 2003
Dr. med. Florian Masuhr	4. März 2003
Dr. med. Martina Müngesdorf	21. Januar 2003
Monika Ochs	21. Januar 2003
Dr. med. Klaus Schmierer	18. Februar 2003
Friedhelm Schmitt	15. April 2003

Nuklearmedizin

Manuela Michel	28. Januar 2003
Katja Thiele	28. Januar 2003

Orthopädie

Dr. med. Elke Borchardt	26. Februar 2003
Dr. med. Heike Gädt	26. Februar 2003
Hendrik Issaian	26. Februar 2003
Dr. med. Dirk Leutloff	26. Februar 2003

Pathologie

Dr. Martin Koch	25. März 2003
Petra Korbjuhn	25. März 2003
Dr. Glen Kristiansen	25. März 2003

Psychiatrie

Stephanie Gereke	1. April 2003
Dr. med. Martin Haase	11. Februar 2003
Dr. med. Peter Hellwege	1. April 2003
Dr. med. Dagny Luther	1. April 2003
Wolfram Schwalbe	29. April 2003
Dr. med. Bettina Simon	29. April 2003
Mirjana Stegmayer	28. Januar 2003

Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Georg Juckel	11. März 2003
Dr. med. (UMF Bukarest) Carmen-Iliana Kammler	28. Januar 2003
Dr.med. Ruth Kloocke	11. Februar 2003
Dipl.-Med. Nina Prokopi	28. Januar 2003

Spezielle Neurologische Intensivmedizin

Dr. med. Klemens Angstwurm	15. April 2003
Dr. med. Guy Arnold	15. April 2003

Strahlentherapie

Dr. Heike Krebs	4. März 2003

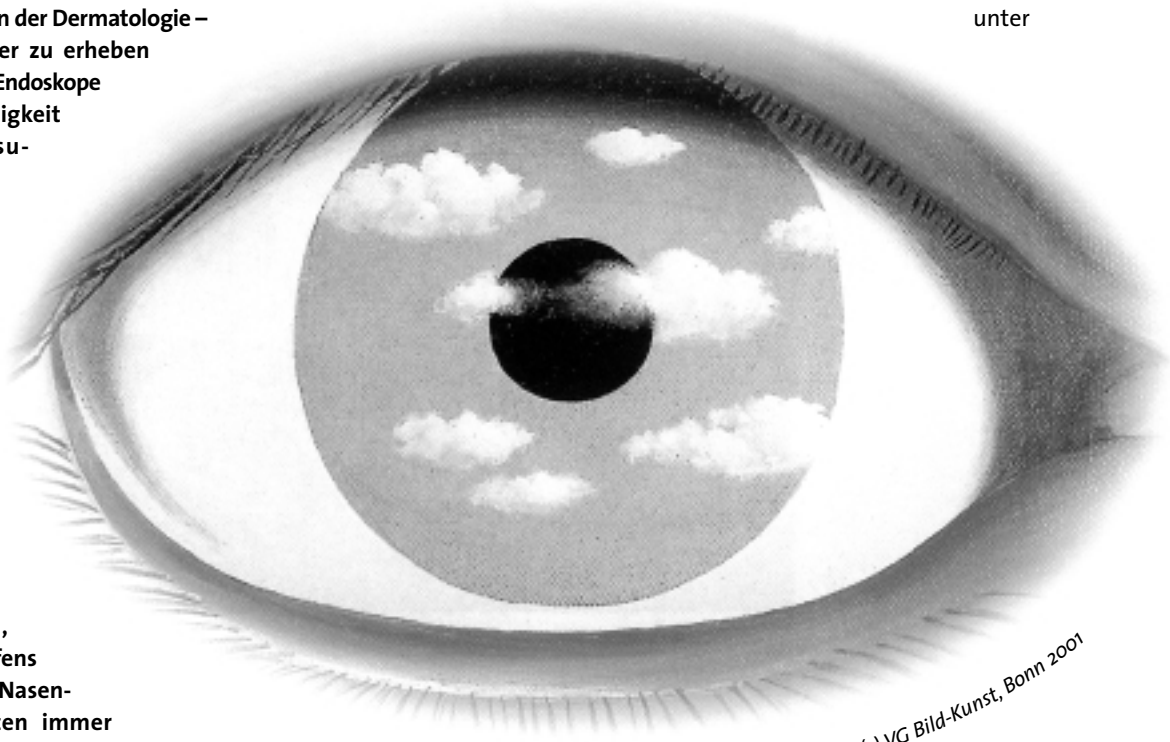
Transfusionsmedizin

Dr. Oliver Kadecki	29. April 2003
Dr. Carsten Schmitt	29. April 2003

* *Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert.*

Wir sollten wieder „sehen“ lernen

Visuelle Organbefunde stehen in vielen klinischen Fachgebieten am Anfang fast aller differenzialdiagnostischen und therapeutischen Überlegungen. Der Grund hierfür liegt darin, dass die Befunde – zum Beispiel des Trommelfells oder des Larynx in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, des Augenhintergrundes in der Ophthalmologie oder von Effloreszenzen der Haut oder Schleimhaut in der Dermatologie – heute schnell und sicher zu erheben sind. Starre und flexible Endoskope haben die Aussagefähigkeit traditioneller Untersuchungstechniken, zum Beispiel in der Gastroenterologie oder Pulmologie, revolutioniert. Dadurch gelang es in zunehmendem Maße, befundbezogene Krankheitsursachen aufzuspüren und zu behandeln. Behandlungskonzepte, die allein auf die Behandlung von Symptomen, wie etwa des Ohrenlaufens oder der behinderten Nasenatmung abzielen, treten immer mehr in den Hintergrund. Der Organbefund ist einerseits Ausgangspunkt und andererseits empfindlicher Indikator für die Verlaufsbeurteilung, das heißt deren Erfolg oder Misserfolg sowohl einer konservativen wie operativen Behandlung.



Ausschnitt aus: Magritte, René: The False Mirror, (c) VG Bild-Kunst, Bonn 2001

Neben der genauen Befunderhebung hat die Befundbewertung entscheidende Bedeutung für die therapeutischen Konsequenzen, zum Beispiel das Stellen der Indikation zu einer Operation. Der Arzt in Ausbildung erlangt diagnostische Sicherheit, indem er eine Vielzahl von Befunden sieht und unter Anleitung erfahrener Kollegen diskutiert und bewertet.

Dennoch müssen wir uns um den Stellenwert klinischer Befunde sorgen. Immer mehr setzt sich eine Mentalität durch, die den Wert des klinischen Befundes abwertet und auf eine generelle Absicherung, zum Beispiel durch aufwändige Verfahren, orientiert. In den Fällen, in denen die weiterführende Diagnostik offene Fragen beantworten kann, muss sie zweifellos erfolgen, andererseits muss man aber auch seiner Befunderhebung und der sich daraus ergebenden Diagnose vertrauen lernen, ohne sich durch überflüssige weitere Untersuchungen abzusichern.

Genau das fordert ja auch der Gesetzgeber (etwa für die gesetzliche Krankenversicherung), wenn er in § 28 Sozialgesetzbuch V feststellt, die ärztliche Behandlung müsse nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig erfolgen. Doch: Wann ist ein Befund typisch, wann pathognomonisch? Gibt es heute noch die Blickdiagnose oder ist sie schon in Verruf geraten? Welche Untersuchungen sind im Einzelfall notwendig, auf welche kann auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten verzichtet werden? Mehr Fragen als Antworten. Dennoch und gerade deshalb ist es wichtig und geboten, sich auf die Grundlagen der klinischen Medizin – die Befunderhebung und Befundbewertung – zurückzubesinnen.

Visuelle Befunde sind Bilder. Sie werden gesehen und aus einem äußeren entsteht ein inneres Bild. Dabei entsteht bei verschiedenen Betrachtern nicht zwangsläufig das gleiche Bild. Diese Bilder werden in einem „Befund-Archiv“ abgelegt. Gleichzeitig werden die Bilder beschrieben, verbalisiert. Begriffe werden Bildern zugeordnet. Auch hier können interindividuell durchaus Unterschiede bestehen.

Eine Voraussetzung für ein anwendbares Archiv innerer Bilder ist, dass der Untersucher einer wiederkehrenden Systematik bei der Befunderhebung folgt. Anders als ein eiliger Galeriebesucher, der nur Eindrücke erfasst, ist das Ziel der medizinischen Befunderhebung, eine Vielzahl von Merkmalen analytisch zu erfassen.

Später werden die Bilder einer Systematik folgend zugeordnet: Bestehen Zeichen einer Entzündung (Calor, Rubor, Tumor, Dolor)? Sprechen die Zeichen für einen akuten oder chronischen Verlauf, eine virale oder bakterielle Erkrankung?

Äußere Bilder werden zu inneren Bildern. Diese inneren Bilder werden dann mit äußeren Bildern verglichen, um Bekanntes wiederzuentdecken. Schrittweise wird abgeglichen, ob sich das äußere Bild auch tatsächlich mit dem in Betracht gezogenen inneren Bild deckt. Je genauer die inneren Bilder, desto schärfer ist der diagnostische Blick des Arztes. Je mehr innere Bilder der Arzt besitzt, desto größer ist seine klinische Erfahrung. Ein gut sortierter und abrufbarer „Bildspeicher" ist eine der Grundlagen für einen sicheren Weg zur Diagnose.

Befundworkshops

Seit 1999 läuft an der Park-Klinik Weißensee ein EbM-Projekt (Evidenz-basierte Medizin) gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin und der Techniker Krankenkasse Hamburg. Im Rahmen dieses Projektes finden für Ärzte der Fächer HNO, Allgemeinmedizin, Dermatologie und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie regelmäßig „Befundworkshops" statt. Die Workshops werden auch als Lehrveranstaltungen der Humboldt-Universität angeboten. Ziel dieser neuen Form der Fortbildung ist die konzentrierte und systematisierte Vertiefung von Grundlagen der Befunderfassung, -bewertung und -verarbeitung, also von entscheidenden Bausteinen der Evidenz-basierten Medizin.

Der nächste Befundworkshop findet statt am Samstag, 1. November 2003, 8-16 Uhr. Teilnahmegebühr: 60 € (ÄiP 30 €, PJ frei). Anmeldungen und Informationen unter: behrtsohm@park-klinik.com

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Hans Behrbohm
Chefarzt der Abteilung für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Hals- u. Gesichtschirurgie
der Park-Klinik Weißensee
Schönstraße 80
13086 Berlin

Rudolf Virchow – Das pathologische Museum

Geschichte einer wissenschaftlichen Sammlung um 1900

Angela Matyssek
Hrsg. Thomas Schnalke,
Steinkopf-Verlag, Darmstadt 2002,
182 Seiten, 91 Abb., 49,95 €

Das Museum für Rudolf Virchows mehr als 23.000 Präparate kostete den preußischen Staat vor einem Jahrhundert doppelt soviel wie sein neues Pathologisches Institut. Der berühmteste Arzt und Gelehrte seiner Zeit konnte Ansprüche stellen. Was die Musealisierung der Pathologie für Forscher und Fach bedeutete, untersuchte die Berliner Historikerin Angela Matyssek anhand vieler Quellen. Aus ihrer Magisterarbeit an der Humboldt-Universität entstand der erste Band der neuen Reihe: „Schriften aus dem Berliner Medizinhistorischen Museum", die dessen Direktor Thomas Schnalke herausgibt.

Das Buch ist bei aller Gelehrsamkeit gut lesbar, weil wissenschaftliche Belege und Quellennachweise im zweiten Teil zusammengefasst sind. Dort findet man auch zwei Texte Virchows über sein Museum, samt Auf- und Grundrissen. In den Kapiteln über Architektur, Sammlungen, Sammler und Objekte breitet die Autorin einiges Neue oder doch kaum Bekannte aus. So war die Sammlung zum Beispiel durchaus nicht so zugänglich wie es immer heißt. Die Mediziner durften die gehüteten Präparate selbst der Lehrsammlung meist nur durch das Vitrinenglas betrachten, obwohl Virchow immer die Wichtigkeit der Anschauung auch der „inneren Verhältnisse der Organe" für die ärztliche Ausbildung hervorhob. Und Laien hatten zur Schausammlung nur sonntags von elf bis eins Zugang – statt Kirche?

In der Tat: Angela Matyssek arbeitet heraus, dass das Museum als Aufklärungstempel konzipiert war, mit quasakralen Objekten. Sie nennt die Präparate wissenschaftliche Reliquien und zitiert Virchow, der einmal sagte, es sei „die Wissenschaft für uns Religion geworden". R.St.

Telithromycin

Vorsicht bei Myasthenia gravis

In einem Rote-Hand-Brief hat der Hersteller von Telithromycin (Ketek®), einem Antibiotikum der mit den Makroliden verwandten Gruppe der Ketolide, empfohlen, das Präparat bei Patienten mit Myasthenia gravis nicht anzuwenden. Fälle von Exacerbationen der Erkrankung (Verstärkung der Muskelschwäche, Dyspnoe, akute Ateminsuffizienz) bis hin zu einem letalen Ausgang sind bekannt geworden. Der Hersteller empfiehlt beim Einsatz von Telithromycin bei Atemwegserkrankungen eine sorgfältige Überwachung der Patienten mit Myasthenie sowie eine Aufforderung an die Betroffenen, bei Verschlechterung der Symptome ihrer Erkrankung sofort einen Arzt aufzusuchen.

Quelle: Pharm. Ztg. 2003; 148: 1421

Anmerkung: Telithromycin kam erst im Oktober 2001 in den Handel. Über die Risiken dieses Arzneistoffes können daher noch keine genauen Angaben gemacht werden, sie dürften grundsätzlich denen der Makrolide ähnlich sein. Auffällig sind Leberschäden und QT-Zeit-Verlängerungen (Cave Interaktionen mit anderen, die QT-Zeit verlängernden Arzneimitteln wie zum Beispiel Terfenadin und anderen, über das Zytochrom P 450-3A4 metabolisierten Stoffen wie Simvastatin). Antibiotika wie Amoxicillin und Erythromycin sollten in der Praxis weiter Mittel der ersten Wahl bei Atemwegsinfektionen sein.

Pantoprazol

Hepatitis

Eine 46-jährige Frau wurde nach einer 8tägigen Einnahme des Protonenpumpeninhibitors (PPI) Pantoprazol (Pantozol®, rifun®) wegen krampfartiger Oberbauchbeschwerden stationär aufgenommen. Fehlende Hinweise auf andere Ursachen der stark erhöhten Leberwerte führten zur Diagnose einer medikamentös-toxischen Hepatitis. Symptomatische Therapie über circa 8 Tage normalisierte die Laborbefunde und das Befinden der Patientin. Die Autoren empfehlen bei unklaren Hepatitiden eine Überprüfung der aktuellen Medikation, insbesondere auch der Medikamente, die „allgemein als gut verträglich" bezeichnet werden.

Quelle: Dtsch.med.Wschr. 2003; 128: 611

Anmerkungen: Bei allen PPI , die in den empfohlenen Tagesdosen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit keine Unterschiede aufweisen, wird auf mögliche Leberenzymerhöhungen hingewiesen. Derzeit im Handel sind: Esomeprazol (Nexium®), Lansoprazol (Agopton®, Lanzor®), Omeprazol (Antra®, viele Generika), Rabeprazol (Pariet®).

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

Anti-Aging-Hormone

Anwendung medizinisch fragwürdig

In einem Vorsymposium des diesjährigen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin wurde die Gabe von Hormonen oder hormonähnlichen Substanzen im Alter diskutiert. Grundsätzlich gilt, dass der Einsatz von Hormonen im Alter keine Substitution, sondern eine Pharmakotherapie bedeutet, mit allen Risiken einer derartigen Therapie. Nachfolgend die Ergebnisse der Vorträge und Diskussionen:

DHEA: Prohormon für die Synthese u.a. von Testosteron und Estrogenen, bei Frauen Besserung der Befindlichkeit abhängig vom Gesundheitszustand und Körpergewicht möglich, bei Männern mit grenzgradig niedrigem DHEA-Spiegel keine Wirkung. Keine arzneimittelrechtliche Zulassung in Deutschland. Risiko einer Induktion hormonabhängiger Tumoren, Veränderung der Stimmlage bei Frauen.

Postmenopausale Hormontherapie bei der Frau: Bedarf einer medizinischen Indikation und sollte bei beschwerdefreien Frauen und Frauen ohne Osteoporoserisiko nicht generell zum Einsatz kommen. Weitere Warnhinweise siehe frühere Folgen dieser Serie (Rheinisches Ärzteblatt 12/2002 und 4/2003).

Melatonin: Sinnvolle Indikationen sind Verkürzung des so genannten Jet-lags und Schlafstörungen (z.B. bei Blinden). Keine arzneimittelrechtliche Zulassung in Deutschland.

Testosteron beim Mann: Nur bei nachgewiesenem Testosteron-Serumspiegel am Morgen unter der Norm, d.h.< 12 nmol/l, wobei tages- und jahreszeitliche Schwankungen zu beachten und unterschiedliche Messwerte je nach Labor möglich sind. Ein Testosteronmangel durch zusätzliche Grunderkrankungen und medikamentöse Therapien muss ausgeschlossen werden. Weiterhin darf die Gabe von Testosteron nur in Kombination mit klinischen Symptomen eines Androgenmangels (Hypogonadismus) erfolgen. Eine regelmäßige Überwachung des Hämatokrits und Kontrolle der Prostata ist notwendig.

Wachstumshormon: Die Gabe von Wachstumshormon im Alter entbehrt einer wissenschaftlichen Grundlage und ist nicht durch eine zugelassene Indikation gedeckt. Als unerwünschte Wirkungen können auftreten: Carpaltunnelsyndrom, Gynäkomastie, mögliche Tumoraktivierung.

Quelle: Therapie mit Hormonen und Antihormonen, Symposium des 109. Kongresses der DGIM 2003

Anmerkungen: Bei anderen Hormonen, die als Anti-Aging-Kandidaten in Frage kommen könnten (z.B. Schilddrüsenhormone, Cortisol), liegen lange Erfahrungen mit physiologischen und supraphysiologischen Dosen vor. Sie werden daher in den fraglichen Indikationen nicht eingesetzt.

Aufgrund aktueller Informationen wird insbesondere darauf hingewiesen, dass es nach der Berufsordnung (§ 34,1) Ärztinnen und Ärzten nicht gestattet ist, für eine Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln vom Hersteller eine Vergütung zu fordern oder anzunehmen (z.B. eine prozentuale Beteiligung am verordneten Umsatz).

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt, Heft 6/2003

Wieder ärztliches Eigentum:

Das Langenbeck-Virchow-Haus

Endlich wurde den Ärzten ihr Langenbeck-Virchow-Haus zurückgegeben. Schmuck sieht es wieder aus, das Gebäude in der Luisenstraße 58/59, nur einen Steinwurf vom Charité-Hochhaus entfernt. Schlicht aber nobel wirkt der leicht antikisierende märkische Putzbau. Das einzig Auffällige ist die Tafel neben der Mitteltür. Sie erinnert daran, dass Wilhelm Pieck hier zweimal zum DDR-Präsidenten gewählt wurde. Denn im nahezu einzigen funktionsfähigen Saal des östlichen Nachkriegs-Berlin tagte die „Volkskammer“ bis zum Umzug in den Palast der Republik 1978. Als die Luisenstraße, die zu DDR-Zeiten nach Piecks erstem Stellvertreter Hermann Matern hieß, rückbenannt wurde, war die Tafel zeitweise abgeschraubt. Nun ist sie wieder dran – auch ein Fall von Denkmalschutz. Aber von Anfang an: Als Bernhard von Langenbeck 1887 starb, wollte die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie „dem verklärten Meister“, ihrem langjährigen Vorsitzenden, ein „würdiges Denkmal“ errichten. Kaiserin Augusta schlug statt eines Standbildes ein Haus der Chirurgie vor, wie Langenbeck es sich immer gewünscht hatte. Dieses erste Vereinshaus einer deutschen wissenschaftlichen Vereinigung wurde 1892 in der Ziegelstraße eröffnet, finanziert mit Spenden aus dem Kaiserhaus, der internationalen Ärzteschaft, der Bevölkerung (besonders des jüdischen Bürgertums), durch eine Hypothek und dank der Kooperation mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft.

Das „Langenbeck-Haus“ wurde aber rasch zu klein, denn allein zwischen 1902 und 1910 vervierfachte sich die Mitgliederzahl der Chirurgie-Gesellschaft. Sie verkaufte es an die Stadt, die es zur Erweiterung der benachbarten chirurgischen Universitätsklinik nutzte (erst in den achtziger Jahren riss man die Kriegsruine ab). Den Neubau in der Luisenstraße errichteten die Chirurgen wieder zusammen mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft, die eigentlich ein eigenes „Virchow-Haus“ geplant hatte.

Der Bau entstand – gemessen an heutigen Erfahrungen – erstaunlich schnell, obgleich gerade der Krieg begann. Hans-Jürgen Peiper berichtet in seinem materialreichen und üppig illustrierten Buch „Das Langenbeck-Virchow-Haus im Spiegel der Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ (Einhorn-

Foto: R. Stein

Presse-Verlag, Reinbeck, 2001), erst im März 1914 seien die verfallenen Altbauten auf dem erworbenen Grundstück abgerissen worden, und schon im Frühjahr 1915 konnte man mit dem Einzug beginnen. Dabei waren viele Handwerker im Feld, ebenso der Architekt Hermann Dernburg. Sein Vertreter Wähnelt blieb sogar unter dem Kostenanschlag. Das zweckmäßig ausgestattete und klimatisierte Haus bot Platz für Büros und Säle sowie die 200.000 Bände umfassende Bibliothek. In die vermietbaren Räume zur Straße zog sofort Siemens & Halske ein. Der Symbolcharakter kam dennoch nicht zu kurz: Die Seitenrisalite mit ihren beiden Toren schmückten Büsten Langenbecks und Virchows. August Bier verglich das Haus der beiden „Fürsten der Wissenschaft“ mit dem Denkmal der „Dichterfürsten“ Goethe und Schiller in Weimar.

Nur gut zwei Jahrzehnte konnten die Ärzte das Haus nutzen, obwohl es den zweiten Weltkrieg fast unbeschädigt überstand. Dann besetzten es die sowjetischen Militärbehörden, entfernten den Fassadenschmuck, weideten es aus und transportierten die Bibliothek ab. 1949 sahen die Ärzte sich gezwungen, ihr Langenbeck-Virchow-Haus dem Staat zu verpachten. Später enteignete er sie ohne ordentliche Rechtsgrundlage und ohne Entschädigung. Für die Volkskammer halbierte man die Zahl der 900 Sitze des schönen Oberlicht-Saales mit den neoklassizistischen Reliefs. Als das Haus später von der Akademie der Künste genutzt wurde, hieß er „Konrad Wolf Saal“. Jetzt ist er baupolizeilich gesperrt. Die Charité, die vor ein paar Jahren ihre Bibliothek in diesem Hause einrichten durfte, wollte ihn zum Lesesaal umbauen und eine Zwischendecke einziehen.

So bald wie möglich soll der Saal im Zuge geplanter Umbauten in den ursprünglichen Zustand versetzt und vielseitig genutzt werden, sagt Wilhelm Hartel, langjähriger Generalsekretär der Deutschen Chirurgischen Gesellschaft. Ihm und Helmut Kewitz ist es zu verdanken, dass die Ärzte ihr Haus nach anfangs zögerlichen Versuchen, nach manchen Widerständen und langem Rechtsstreit doch noch zurückbekamen – zehn Jahre später als das Haus der benachbarten Kaiserin-Friedrich-Stiftung.

Deren Geschäftsführer, Jürgen Hammerstein, schrieb in Heft 7/2001 dieser Zeitschrift, das Langenbeck-Virchow-Haus drohe der Ärzteschaft „unwiederbringlich verloren zu gehen, wenn die ursprünglichen Eigner...nicht endlich aktiv werden“. Sie wurden es, zogen auch schon vor Jahren vorerst als Mieter ein, ebenso andere ärztliche Organisationen, und sind nun wieder Herr im eigenen Hause.

Rosemarie Stein

Hemmungslose Forschungsfreiheit

Vom Knie bis zur Ferse sah sie ihren Knochen „völlig frei liegen und zu beiden Seiten zwei Rollen grünen, mit stinkendem Eiter bedeckte Fleisches". So erinnert sich Eugenia Mikulska-Turowska an einen Verbandswechsel in Ravensbrück. Und Jadwiga Kaminska berichtet: „Ungefähr eine Woche nach meiner ersten Operation kam (der KZ-Arzt) Rosenthal in betrunkenem Zustand in unser Zimmer. Wir fragten ihn, warum wir operiert waren, und er antwortete, „weil ihr junge Mädchen seid und polnische Patrioten".

Dass es sich um kriegschirurgische Versuche mit dem Gasbranderreger an 74 jungen polnischen Widerstandskämpferinnen handelte, erfuhren die Überlebenden erst im Nürnberger Ärzteprozess 1946/47, wo einige von ihnen als Zeuginnen der Anklage aussagten. „Gewissenlos – gewissenhaft. Menschenversuche im Konzentrationslager" heißt die noch bis Ende Juli gezeigte Ausstellung, die das Berliner Medizinhistorische Museum jetzt – um einen eindrucksvollen Gedenkraum für die Opfer erweitert – aus Erlangen übernahm. Das dortige Universitäts-Institut für Geschichte der Medizin hatte sie samt dem sehr informativen Katalog für den internationalen IPPNW-Kongress „Medizin und Gewissen" erarbeitet.

Der Schwerpunkt liegt auf vier Themen: den Fleckfieberversuchen in Buchenwald, Mengeles tödlicher Zwillingsforschung in Auschwitz, den als „terminal" geplanten Unterdruckversuchen in Dachau und, hier exemplarisch herausgegriffen, den Gasbrandexperimenten im Frauen-KZ Ravensbrück. Dabei schnitt man den Opfern die Unterschenkel auf und infizierte die teilweise mit Holzsplittern und Glasscherben verunreinigten Wunden mit Gasbranderregern. Die Hälfte der „Kaninchen", wie sie sich selbst nannten, wurde mit Sulfonamiden behandelt, die damals noch heftig umstritten waren. Als Versuchsleiter freiwillig gemeldet hatte sich der Sauerbruch-Schüler Karl Gebhardt, Berliner Ordinarius für orthopädische Chirurgie und Sportmedizin, ärztlicher Leiter der Olympiade, Chefarzt der orthopädischen Heilanstalt Hohenlychen und Himmlers Leibarzt. Denn er wollte, wie im Katalog nachzulesen, die septische Chirurgie vor Kompetenzverlust bewahren. Im Nürnberger Ärzteprozess gab er an, als „sehr bekannter Chirurg" habe er es sich verbeten, „dass ein Internist hineinredet", und daher selbst die Leitung der Versuche übernommen.

Im Medizinhistorischen Museum kann jetzt eine neue Ärztegeneration erfahren, was schon die Ausstellung „Der Wert des Menschen" deutlich gemacht hatte, die auf Initiative der Ärztekammer Berlin zum Ärztetag 1989 zustande gekommen war: Die erschreckende Normalität derer, die unfassbare medizinische Verbrechen begingen. Das war nicht eine Handvoll Sadisten, von denen man sich distanzieren kann. Vielmehr waren die Täter ehrgeizige Karrieristen und hoch qualifizierte Forscher, die sich von der Menge der Kollegen nur in einem Punkt unterschieden: Sie profitierten von der grenzenlosen Forschungsfreiheit in den Konzentrationslagern: der Freiheit, ohne moralische Hemmungen Versuche an „Untermenschen" statt an Tieren zu machen.

„So hat mir, wie ich mich bemühte zu zeigen, das Dritte Reich auf ärztlichem Gebiete eine große Chance gegeben. Ich habe die Chance genutzt", sagte Gebhardt im Prozess. Keiner der 23 Angeklagten äußerte ein Schuldgefühl. Sie waren aber keine Monster, keine abnormen Persönlichkeiten, und sie beteuerten, nichts Außergewöhnliches getan zu haben. Die Ausstellung zeigt den „Nürnberger Ärztekodex", der daraufhin formuliert wurde. Er verlangt die Zustimmung des gut informierten einwilligungsfähigen Probanden („informed consent") vor jedem Versuch – eine Forderung, die seither immer wieder relativiert wurde. Es ist das ständige Risiko von Rezidiven, wenn auch in sublimierter Form, was diese Ausstellung so aktuell macht.

R. Stein

Medizinhistorisches Museum der Charité, Schumannstr. 20/21.
Noch bis 27. Juli, Di-So 10-17, Mi 10-19 Uhr.
Katalog: 8 Euro.

Prozesse gegen Ärzte der türkischen Menschenrechtsstiftung

Die türkische Menschenrechtsstiftung (HRFT) hat seit ihrer Gründung 1990 Behandlungszentren für Folteropfer in Istanbul, Ankara, Izmir, Adana und Diyarbakir aufgebaut. Die dort arbeitenden Ärzte haben sich weltweit in der Entwicklung neuer Methoden zum forensischen Nachweis von Folterspuren einen Namen gemacht*. Sie gehören auch zu den Initiatoren eines Handbuchs für Ärzte, Psychologen und Juristen zur effektiven Untersuchung und Dokumentation von Folter, das 1999 als offizielles UN-Dokument, als das so genannte „Istanbul-Protokoll" veröffentlicht wurde. Die Kollegen der HFRT, die politisch Verfolgte behandeln, geraten immer wieder selbst in das Visier der türkischen Justiz. Unter vielen anderen wird seit Jahren der Psychiater des HFRT-Zentrums in Izmir, Dr. Alp Ayan, mit Gerichtsverfahren überzogen, zuletzt mit einem Verfahren wegen Beleidigung von Staatsorganen nach Art. 159 des türkischen Strafgesetzbuches.

Er hatte im Januar 2001 auf einer Pressekonferenz gegen den brutalen Einsatz von Sicherheitskräften gegen Hungerstreikende in mehreren Gefängnissen protestiert, bei denen zahlreiche Gefangene umgekommen waren. Dabei kritisierte er auch die unmenschliche Isolationshaft in den modernen F-Typ-Gefängnissen, die Auslöser der Hungerstreiks gewesen waren. In seiner Erklärung hatte er das Justizministerium und die Gendarmerie für die Menschenrechtsverletzungen verantwortlich gemacht, was ihm eine Anzeige nach Art. 159 durch den Generalstaatsanwalt von Izmir einbrachte.

Nach mehreren Prozessterminen, die aus fadenscheinigen formalen Gründen geplatzt waren, hatte man zur erneuten Verhandlung vor dem Strafgerichtshof in Izmir am 24. April 2003 gehofft, dass nun endlich eine Entscheidung gefällt und es zu einem Freispruch kommen werde. Jedoch vergeblich: Unter Anwesenheit zahlreicher internationaler Beobachter erklärte das Gericht sich nicht für zuständig und verwies das Verfahren an eine andere Instanz.

Es war unverkennbar, dass der Richter unter politischem Druck von oben handelte. Der dänische Europaabgeordnete Torben Lund erklärte, diese Entscheidung demonstriere das Versagen der türkischen Justiz in der Einhaltung rechtsstaatlicher Prinzipien. Der Art. 159 sei ein Maulkorbparagraph und die Chancen der Türkei auf eine Aufnahme in die EU würden dadurch weiter gemindert. Dr. Waltraut Wirtgen von Amnesty International/München erinnerte daran, dass der Kollege Alp Ayan lediglich seinem ärztlichen Gewissen gefolgt sei und in Sorge um seine Patienten – die Hungerstreikenden in den Gefängnissen – gehandelt habe. Im Auftrag der Ärztekammer Berlin beobachten Kollegen des Behandlungszentrums für Folteropfer Berlin seit Jahren aufmerksam die Verfahren gegen Ärzte und Menschenrechtler in der Türkei und werden das auch weiterhin tun.

Dr. Christian Pross
Arzt für Allgemeinmedizin/
Psychotherapie
Leiter des Behandlungszentrums
für Folteropfer
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin

** Veli Lök, Coskun Üsterci; Die Kampagne gegen Folter in der Türkei. In: A. Birck, C. Pross, J. Lansen (Hrsg.); Das Unsagbare – die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, Springer Verlag Berlin 2002.*

Stellenwechsel? Umzug? Neuer Name?

Ändert sich Ihre Adresse, Ihr Arbeitgeber oder Ihre Tätigkeit? Dann schicken Sie bitte dieses Formular ausgefüllt an:

Ärztekammer Berlin
– Meldestelle –
Friedrichstraße 16

10969 Berlin

Familienname, Vorname: .....

NEUE DIENSTANSCHRIFT

Bezeichnung der Dienststelle: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: .....

Genaue Dienstbezeichnung: .....

Namensänderung: .....

Promotion/Habilitation am: .....

NEUE PRIVATANSCHRIFT:

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: .....