Keine Gewerbesteuer für Ärzte!

Foto: Archiv

Dr. med. Elmar Wille

ist Vizepräsident der Ärztekammer Berlin und niedergelassener Augenarzt in Tempelhof

Die Bundesärzteordnung von 1961 (letzte Änderung April 2002) beginnt mit I. Der Ärztliche Beruf, Abs. 1: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes." Und Abs. 2 lautet: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe, er ist seiner Natur nach ein freier Beruf."

Wenn ich daraus bisher etwas naiv abgeleitet habe, für mich als Arzt könne es in meiner Praxis keine Gewerbesteuer geben, so habe ich wohl den Erfindungsreichtum und die Begründungsphantasie der Politiker unterschätzt. Mit der Begründung, der Arztberuf sei kein Gewerbe, wird unserer Berufsgruppe eine Fülle von Beschränkungen auferlegt: Extrem eingeschränktes Werberecht, ein sehr begrenztes Niederlassungsrecht, persönlich zu erbringende Leistung, sprich Beschäftigungsverbot von Kollegen mit dem Ziel der „Lohnausbeutung", staatlich begrenzte Honorare sogar im privatärztlichen Bereich, ganz zu schweigen von den Gesetzesrepressionen für den GKV-Sektor mit über 90 Prozent des – gewerberechtlich gesprochen – möglichen „ärztlichen Marktes".

Nein, nein! Die Profitmaximierung als Leitlinie ärztlicher Tätigkeit kann und darf nicht via Steuerrecht auch nur anscheinend ins ärztliche Berufsverständnis inkorporiert werden!

Was hat diese Regierung nur geritten, eine ohnehin antiquierte Steuer jetzt auch noch auf über 700.000 Ärzte, Zahnärzte, Rechtsanwälte, Architekten etc. ausdehnen zu wollen. Die oben angegebenen Unterschiede und viele weitere Gründe, Freiberufler und Gewerbeunternehmen nicht in einen Topf zu werfen, sollten doch auch einer Regierung bekannt sein, die mehrheitlich aus Lehrern besteht. Bund und Länder sind nicht fähig die Steuereinnahmen auf die Gebietskörperschaften aufzuteilen, entsprechend ihrem Anteil an den Staatsaufgaben. Darum und nur darum muss eine neue Steuer her für über 700.000 Freiberufler (meist Kleinunternehmer oder gar neudeutsch „IchAGs", eben solche, wie die Regierung sie zur Entlastung des Arbeitsmarktes heiß herbeisehnt).

Diese Zusatzsteuer wird in Berlin bei einem Hebesatz von 410 Prozent durchaus eine erhöhte Abgabenpflicht mit sich bringen. Grob gerechnet, je nach Detailausgestaltung, bedeutet ein Hebesatz von 410 Prozent, dass alle Kollegen in freier Praxis, die ein Nettoeinkommen vergleichbar einem angestellten Facharzt oder Oberarzt erzielen, von der neuen Steuer betroffen sein werden. Für viele freilich gibt es Dank Freibetrag und komplizierter Verrechnungsmöglichkeiten bei relativ geringen Einkünften per Saldo ein Nullsummenspiel. Aber ein weiterer Höhepunkt an Bürokratie in unserem Steuergesetz-Dschungel mit entsprechender Bürgerverdrossenheit ist der Regierung sicher. Noch weniger Freizeit für Freiberufler und noch mehr Arbeit für Steuerberater und Finanzämter sind ja auch ein Ergebnis. Warum nur noch einen Rest an Klarheit bei der Einnahmeüberschussrechnung des freiberuflichen Arztes, wenn es doch so schön kompliziert geht?

Nach dem derzeitigen Stand der Planung heißt das: bitte alle Ärztinnen und Ärzte in Zukunft kaufmännisch bilanzieren! Frau Ulla Schmidt will ja die ohnehin von der Berufsordnung geforderte Fortbildungspflicht im SGB V festschreiben. Da wäre dann wohl zuerst einmal Buchhaltung angesagt. Sonst geraten noch mehr Ärztinnen und Ärzte in den Verdacht der „Liebhaberei". So lautet tatsächlich der Vorwurf der Finanzbehörden, wenn in einem Gewerbebetrieb mit (gesetzlich geforderter) Gewinnerzielungsabsicht diese anhaltend ohne Erfolg bleibt. Nein noch einmal, es gibt keinen vernünftigen Grund, eine Gewerbesteuer für Ärztinnen und Ärzte einzuführen!

Ihr

DIE OFFIZIELLE ZEITSCHRIFT DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

40. JAHRGANG

BERLINER ÄRZTE

NR 9/2003

TITELTHEMA

Was fühlt mein Patient?

Wie wir alle wissen, hängt der Erfolg einer Behandlung nicht nur vom primär medizinischen Wirken des Arztes ab, sondern auch von der Interaktion, die zwischen Arzt und Patient abläuft. Ärzte brauchen ein gesundes Maß an Empathie und professioneller Distanz, um ihre Patienten richtig zu verstehen. Das ist nicht immer einfach.

Von Antje Müller-Schubert 14

MEINUNG

Keine Gewerbesteuer für Ärzte!
Von Elmar Wille 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell* 6

Mitteilungen aus dem Bundesinstitut für Risikobewertung 12

Leserbriefe 13

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Programm zum Tag der offenen Tür in der Ärztekammer Berlin ...19

Das erste „EBM-Krankenhaus“
Die Parkklinik Weißensee bietet niedergelassenen Ärzten einen besonderen Service. In den Arztbriefen zur Entlassung sind bereits evidenzbasierte Empfehlungen mit Hinweis auf die einschlägigen Publikationen enthalten. Welche Erfahrungen wurden damit gemacht?
Von Rosemarie Stein 20

Evidenzbasiertes Wissen: Im klinischen Alltag störend?
Von Rosemarie Stein 22

Follow-up zur Dekubitus-Studie
Anhand einer Stichprobe bei der 2. Leichenschau untersuchte das Institut für Rechtsmedizin der FU verstorbene Patienten. Das Ergebnis: In Berlin leiden am Ende ihres Lebens offenbar weit mehr alte Menschen an einem Dekubitus als in Hamburg und Hannover. Zudem ist der Befund gravierender. Gibt es ein Pflegedefizit?
Von Volkmar Schneider und Wolf-Gunther Troike 23

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen 28

Neuer Kurs Ernährungsmedizin 2004
Von Christian Barth 29

PERSONALIEN

Kurt Samuel wird 75 11

FEUILLETON

Die medizinische Beichte – Leibniz als Gesundheitsreformer

Gottfried Wilhelm Leibniz‘ Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung sind zwar 300 Jahre alt... aber heute wieder topaktuell: Ein Beichtbüchlein schlug der berühmte Denker vor, in dem die Bürger ihre Gesundheitssünden auflisten sollten.
Von Rosemarie Stein 30

Buchbesprechung
„Akademie für Ärztliche Fortbildung“ von Bodo Mros unter Mitarbeit von Günter Jäschke und Horst Spaar
Von Udo Schagen 31

Impressum 38

Neuwahl

Berliner Krankenhausgesellschaft hat neuen Vorsitzenden

Foto: privat

Hans-Jürgen Reinecke vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband ist seit Ende Juli der neue Vorsitzende der Berliner Krankenhausgesellschaft.
Der Diplom-Verwaltungswirt löst in dieser Funktion Prof. Dr. Hans-Jochen Stolpmann ab, der das Amt Anfang Juni niederlgeegt hat.

Hans-Jürgen Reinecke war von 1981 bis 1992 Bezirksstadtrat für Finanzen und Wirtschaft in Wilmersdorf. Seit 1993 ist er beim Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin für den Krankenhausbereich zuständig und ist auch stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Brandenburgischen Krankenhausgesellschaft.

Tauschmöglichkeiten

Vivantes testet freiwillige Weiterbildungs-Rotation

Vivantes eröffnet Weiterbildungsassistenten jetzt die Möglichkeit zu einer freiwilligen Rotation durch Stellentausch. Weiterbildungsassistenten, die Interesse daran haben, befristet in eine andere Abteilung zu wechseln, können dies seit Juli auf einem Formblatt anmelden. Günstig ist es, wenn sie bereits einen Tauschpartner nennen, der über ein ähnliches Qualifikationsniveau wie sie selbst verfügt, damit die freiwerdende Lücke in der eigenen Abteilung besser geschlossen werden kann. Allerdings muss der Tausch vom Klinikdirektor und auch vom zuständigen Medical board (Fachgremium, in dem alle Chefärzte des betreffenden Faches Vivantes-weit vertreten sind) genehmigt werden.

Mit dieser Möglichkeit will Vivantes das Interesse an Rotation im eigenen Hause austesten und Erfahrungen sammeln, erläuterte Konzernsprecherin Fina Geschonneck. Eine Übersicht, wieviele Ärzte bereits Interesse an einem Tausch geäußert haben, gab es bis Redaktionsschluss allerdings noch nicht.

Landesbeamtengesetz

Kammer lehnt pauschale Absenkung von Privatrechnungen ab

Innensenator Ehrhart Körting hat eine Änderung des Landesbeamtengesetzes angekündigt. Danach sollen die Beihilfestellen des Landes Berlin den Beamten bei der Erstattung von Privatrechnungen künftig nur noch abgesenkte Gebührensätze erstatten. Geplant ist, den Beamten statt des 2,3-fachen Gebührensatzes nur noch den 1,8-fachen Satz zu erstatten und statt des 1,8-fachen Satzes nur den 1,4-fachen.
Körting appellierte in einem Schreiben an die Ärztekammer Berlin, in der Ärzteschaft dafür zu werben, dass beim Ausstellen von Privatrechnungen von vornherein nur noch die abgesenkten Sätze berechnet werden. Dieses Anschreiben flatterte der Kammer übrigens erst am 6. August ins Haus. Erfahren hatte sie es – ohne zuvor von der Innenverwaltung informiert worden zu sein – zunächst aus der Presse. Der Gesetzentwurf soll dem Abgeordnetenhaus nach der Sommerpause zur Entscheidung vorgelegt werden.
Die Kammer weist Körtings Ansinnen entschieden zurück. „So klar uns der Hintergrund – die schwierige Haushaltslage des Landes Berlin – auch ist, so kann ein Landesinnensenator dennoch nicht einfach mit einem Bittbrief ein Bundesgesetz aushebeln“ sagte Kammer-Vizepräsident Dr. med. Elmar Wille. Ärztinnen und Ärzte müssen bei der Ausstellung von Privatrechnungen die „Gebührenordnung für Ärzte“ (GOÄ) anwenden, die der Bundesgesetzgeber beschließt. Die Frage, welchen Satz ein Arzt in Rechnung stellt, richtet sich nach der Schwierigkeit des Falles und dem dafür nötigen Aufwand und nicht nach der Höhe dessen, was dem Patienten von seiner Beihilfestelle zurückerstattet wird.
Die Entscheidung über die Höhe des in Rechnung gestellten Gebührensatzes im Rahmen der GOÄ liegt demnach einzig im Ermessen des behandelnden Arztes. Die Ärztekammer Berlin empfiehlt ihren Mitgliedern deshalb, sich weiter an der bestehenden GOÄ zu orientieren. Das schließt natürlich die Möglichkeit nicht aus, wie auch bisher im Einzelfall einmal niedriger zu liquidieren als dies eigentlich erforderlich wäre. Ein solches Abweichen sollte aber nicht pauschal gelten.
„Innensenator Körting sollte seinen Beamten gegenüber ehrlich zugeben, dass er sie mit dem neuen Gesetzentwurf einer Unterversicherung aussetzt“, so Wille weiter. Beamte werden diese Lücke entweder aus eigener Tasche finanzieren oder auf eigene Kosten eine Zusatzversicherung abschließen müssen.
In einer Presseerklärung verdeutlichte die Kammer die Absurdität des Vorschlags aus der Innenverwaltung mit einem Beispiel: Körtings Bittschreiben an die Ärzteschaft kommt dem Ansinnen gleich, dass Beamte künftig an der Tankstelle oder im Kaufhaus ein Schreiben des Dienstherrn vorlegen, in dem gefordert wird, die Ware billiger abzugeben, weil sie jetzt weniger Geld bekommen.

Druckfehlerteufel

Ausschüsse der Ärzteversorgung

In unserem Heft 8 hat sich bei der Ankündigung der beiden Ausschüsse der Berliner Ärzteversorgung ein Fehler eingeschlichen. Die Mitglieder beider Ausschüsse erschienen versehentlich noch in der alphabetischen Reihenfolge der DV-Vorlage. Während der Korrekturphase gab es eine Panne in der Redaktion; die Reihenfolge wurde nicht entsprechend den inzwischen stattgefundenen Wahlen verändert. Dies möchten wir hier nachholen.

DIE AUSSCHÜSSE SETZEN SICH WIE FOLGT ZUSAMMEN:

Verwaltungsausschuss – Ärzteversorgung

Vorsitzender: Dr. med. Elmar Wille
Stellvertreter: Dr. med. Wolfgang Kreischer
Mitglieder: Dr. med. Rüdiger Brand, Tanja Gerhardus
Helmut Mälzer, Dr. med. Stefan Hochfeld

Aufsichtsausschuss – Ärzteversorgung

Vorsitzender: Dr. med. Günther Jonitz
Stellvertreter: Dr. med. Dietrich Bodenstein
Mitglieder: Dr. med. Matthias Albrecht,
Dr. med. Sabine Krebs, Dr. med. Harald Lazar,
Dipl. Med. Dieter Schwochow

DIE INSEL e.V.

Benefizkonzert

Ende September feiert DIE INSEL e.V. für chronisch kranke Kinder ihr 15-jähriges Bestehen mit einem Benefizkonzert. Der Verein bietet Beratung, Information und Kontakte für chronisch kranke Kinder und Jugendliche, deren Familien und betreuende Fachkräfte.
Auf dem Programm stehen unter anderem das Berliner Ärzteorchester mit Werken von Bach und Grieg.

Das Konzert findet statt am

Samstag, 27. September 2003
um 18 Uhr in der Auenkirche, Wilhelmsaue 188 in Wilmersdorf (U7 Blissestraße).

Karten zum Preis von 10 € erhalten Sie im Vorverkauf oder an der Abendkasse.

Der Erlös kommt ausschließlich der gemeinnützigen Arbeit des Vereins zugute.

Vorverkauf und Information bei:
DIE INSEL e.V.,
Fechnerstraße 18,
10717 Berlin, Tel. 862 12 13,
E-Mail: beratungsstelle@die-insel-berlin.de, Internet: www.die-insel-berlin.de

Brustkrebs

Erste Verträge für Brustkrebs-DMP's abgeschlossen

Für das strukturierte Behandlungsprogramm mit dem Namen „DMP Brustkrebs Berlin" sind nun Verträge mit drei Kliniken unter Dach und Fach. Charité, Waldkrankenhaus Spandau und Vivantes haben bereits Brustzentren eingerichtet und mit den Krankenkassen einen entsprechenden Vertrag unterschrieben. Neben den stationären Brustzentren können sich auch niedergelassene Spezialisten und Gynäkologen in das DMP einschreiben lassen.

Sowohl für die beteiligten Kliniken, als auch für die niedergelassenen Ärzte gelten spezielle Qualitätsstandards. Niedergelassene müssen zum Beispiel an einer regelmäßigen Fortbildung teilnehmen und verpflichten sich zur Überweisung der Brustkrebs-Patientinnen an die teilnehmenden Brustzentren. Zudem übernehmen sie die strukturierte Nachsorge und die Dokumentation des Behandlungsverlaufs. Dafür bekommen sie eine zusätzliche Vergütung. Niedergelassene Ärzte, die sich für eine Teilnahme interessieren, können sich unter Tel. 01801/3672255 (4,6 Cent/Min.) bei der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen melden. Die Teilnahmebedingungen und Formulare sind bei den Krankenkassen abfragbar. Die AOK hat sie auf ihrer Homepage unter www.aokberlin.de (programme für chronisch Kranke) eingestellt.

Chefs in die Berufsschule

Tag der Ausbilder im OSZ I

Das Oberstufenzentrum I Gesundheit, die Berufsschule für einen großen Teil der Arzthelferinnen-Azubis, veranstaltet am 24. September einen Tag der Ausbilder. Im vergangenen Jahr war das Interesse der ausbildenden Ärzte an Unterrichtshospitationen und Informationsmöglichkeiten am Oberstufenzentrum so groß, dass der Tag in diesem Jahr wiederholt wird.

Ab 9.00 Uhr können Ausbilder am Unterricht teilnehmen, an Informationsständen Wichtiges über die Arbeit des Oberstufenzentrums erfahren und in Diskussionsrunden direkt Fragen stellen. Mit dieser Veranstaltung soll der Dialog der beiden Partner in der dualen Ausbildung gefördert und die Zusammenarbeit im Sinne der Auszubildenden verbessert werden.

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes-Klinikum Neukölln

Dr. med. Reinhold Laun ist ab Oktober neuer Chef der Klinik für Chirurgie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie in Neukölln. Zuvor hat er als Oberarzt am Unfallkrankenhaus Berlin gearbeitet. Sein Vorgänger, **Prof. Dr. Hermann Voß-Stumpf,** geht in den Ruhestand.

Vivantes Wenckebach-Klinikum

Seit Mitte Juli ist **Dr. Rudolf Henzgen** neuer Direktor der „Klinik für Innere Medizin – Allgemeine Innere Medizin" am Wenckebach-Klinikum. Henzgen ist damit der erste Vivantes-Oberarzt, der Klinikdirektor in einem anderen Haus geworden ist. Mit dem neuen Chef geht eine über ein Jahr währende Spagat-Lösung am Wenckebach-Klinikum zuende, bei der **Prof. Dr. Klaus-Peter Schüren** vom Auguste Viktoria-Klinikum die Leitung der Abteilung mitübernommen hatte. Schüren ist jetzt wieder ausschließlich am AVK tätig.

Universitätsklinikum Benjamin Franklin

Auch am Universitätsklinikum Benjamin Franklin gibt es jetzt ein „Interdisziplinäres Brustzentrum". Es steht unter der Leitung von **Prof. Dr. Wolfgang Kühn**, Frauenklinik. Die Brustsprechstunde wird von Oberärztin **Dr. Christine Richter-Ehrenstein** geleitet (Tel. 8445-2456). Kontakt zum Brustzentrum über das Sekretariat: Tel. 8445-2544.

DRK-Kliniken Berlin

Am 1. August 2003 haben die DRK-Kliniken Berlin ein Zentrum für Oberflächenersatz des Hüftgelenkes eingerichtet. Geleitet wird es von **Prof. Dr. med. Michael Faensen**, dem bisherigen Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Vivantes Wenckebach-Klinikums. An allen drei Standorten bietet Faensen nun in Zusammenarbeit mit den dort bestehenden chirurgischen und unfallchirurgischen Kliniken so genannte BHR-Schalenprothesen an. Kontakt über Tel. 30 35 39 80.

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

Niederlassung

Berlin wird ein einziger Planungsbezirk

Der Gang in die Neu-Niederlassung wird in Berlin schwieriger. Wie berichtet, werden die ambulanten Planungsbezirke des Landes Berlin – sie orientierten sich bislang an den Stadtbezirken – nun zusammengelegt. Ein entsprechender Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen wurde nun auch vom Landesausschuss bestätigt. Mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger – bis Redaktionsschluss lag diese noch nicht vor – tritt die neue Regelung in Kraft.

Mit Ausnahme der Anästhesisten und der ärztlichen Psychotherapeuten dürften dann Zulassungssperren für Ärzte all der Fachgebiete ausgesprochen werden, die der Bedarfsplanung unterliegen. Davon betroffen wären die Fachgruppen Augen, Chirurgie, Gynäkologie, HNO, Kinder, Nerven, Orthopädie, nichtärztliche Psychotherapeuten, Röntgen, Urologie und die Hausärzte. Bislang gab es in vielen Bezirken noch Niederlassungsmöglichkeiten, weil die Bedarfsplanung nicht überall bis zur Obergrenze ausgeschöpft war.

Ärztinnen und Ärzte, die sich in Berlin neu niederlassen möchten, können dann nur noch einen bereits bestehenden Arztsitz übernehmen. Wer bereits eine Praxis hat, für den vergrößern sich allerdings die Bewegungsmöglichkeiten, denn nun darf der Sitz auch innerhalb Berlins verlegt werden. Allerdings bedarf es hierfür der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Verstöße werden entsprechend sanktioniert. Rückfragen zu diesem Thema beantwortet die KV Berlin.

Arzthelferinnen-Azubis

Seit August neue Geringverdienergrenze

Im Frühjahr diesen Jahres wurden Minijobs als sozialabgabenfreie Beschäftigung und eine Geringverdienergrenze bis zu einem Entgelt von 400 € eingeführt.
Diese Geringverdienergrenze bedeutet, dass ein Auszubildender mit einer Vergütung unter 400 € seinen Lohn sozialabgabenfrei erhält. Die Sozialabgaben waren allein durch die Ausbilder zu entrichten.

Diese Mehrbelastung betraf vor allem Ärzte, die eine Praxis im Ostteil der Stadt betrieben und dort Arzthelferinnen-Auszubildende im ersten Lehrjahr beschäftigten, deren Tariflohn 388 € beträgt. Aufgrund zahlreicher Proteste wurde die Geringverdienergrenze für Auszubildende von der Bundesregierung nun auf 325 € abgesenkt. Damit entfällt die Mehrbelastung der Ausbilder.

Steuerreform

Ärzte jetzt plötzlich „Gewerbetreibende“?

Bundesärztekammer und Ärztekammer Berlin lehnen das Vorhaben der Bundesregierung, auch Freiberufler wie Ärzte mit der Gewerbesteuer zu belegen, strikt ab. „Es kann nicht angehen, dass Ärzte jetzt zur Finanzierung der klammen Kommunen herangezogen werden, weil sich Bund und Länder nicht einigen können, wer von ihnen etwas von seinem Budget an die verschuldeten Gemeinden abzweigen soll“ sagte Kammer-Vizepräsident Dr. med. Elmar Wille. Der Arzt ist kein „Gewerbetreibender“, sondern schon qua Berufsordnung zum Dienst am kranken Patienten verpflichtet. Wie bei allen freien Berufen, steht auch beim Arztberuf kein Gewinnstreben im Mittelpunkt der Tätigkeit. Hier eine Gewerbesteuer einführen zu wollen ist nachgerade zynisch.

Belastungsneutral würde die Steuer nur dann sein, wenn sie vollständig mit der Einkommenssteuer verrechnet werden könnte. Das wäre nur bei einem Hebesatz von bis zu maximal 350% und einem gleichzeitigen Einkommenssteuer-Spitzensatz von 48,5% der Fall. Ärzte mit kleinen Praxen, die in Ballungsgebieten wie Berlin wirtschaften (hier liegt der Hebesatz bei 410%) und unter hohen Mieten zu leiden haben, würde die Steuer über Gebühr belasten.

Zur Einschätzung, was auf Ärzte zukommen würde, hat die Ärztezeitung in ihrer Ausgabe vom 8. Juli 2003 eine Modellrechnung aufgemacht: Bei Freiberuflereinkünften von 100.000 € und einem Freibetrag von 24.500 € ergibt sich nach geltendem Berechnungsmodus ein Gewerbesteuermessbetrag von 2575 €. Bei einem Hebesatz von 380 Prozent beträgt die Gewerbesteuer 9785 €, die voll von der Einkommenssteuerschuld abgezogen werden kann. Liegt der Hebesatz jedoch zum Beispiel bei 500%, so beläuft sich die Gewerbesteuer auf 12.875 €; davon abgezogen werden können bei der Einkommenssteuer aber nur 9785 €. In einem solchen Fall bliebe eine zusätzliche Steuerbelastung von 3090 €. (Lesen Sie hierzu auch die Meinungsseite 3).

Gesundheitssystem

Podiumsdiskussion

„Was macht gesund, ist gerecht und finanzierbar?“ lautet die Leitfrage einer Veranstaltung des Bundestagsabgeordneten Swen Schultz (SPD). Zu Gast bei der Diskussionsrunde ist auch Gudrun Schaich-Walch, die stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagfraktion. Ärztinnen und Ärzte sind herzlich zur Teilnahme eingeladen. Die Veranstaltung findet statt am Dienstag, dem 23. September 2003, 20 Uhr im Deutschen Bundestag. Die Anmeldung unter Tel. 227 70 187 ist erforderlich.

Kurt Samuel wird 75

Wer 1928 als einziger Sohn eines jüdischen Arztes im Öffentlichen Gesundheitsdienst und einer katholischen Mutter in Berlin geboren wurde, dem standen scheinbar alle Wege des beruflichen und gesellschaftlichen Werdeganges offen. Die Reichstagswähler von 1932, die tonangebenden Eliten und die von beiden etablierten Machthaber wollten anderes.

Die Berufsausübung jüdischer Ärzte wurde schrittweise – wie wir inzwischen wissen: unter aktiver Mithilfe so genannter „Kollegen" – unterbunden. Die Mutter wurde zur Strafe für den „Rassenverrat" als Arbeiterin bei Gillette zwangsverpflichtet. Der Sohn verlor seine jüdische Schule und fand in einer „arischen" keine Aufnahme. Der Großvater wurde in Theresienstadt ermordet – die kleine Familie überlebte unter dem fragwürdigen Schutzmantel der „privilegierten Mischehe".

Wer dieses alles durchgemacht und erlebt hatte, dessen späteres Engagement für die Gesellschaft dürfte sich zu einem guten Teil hieraus erklären: die Welt, wiewohl Gottes Schöpfung, ist der Verbesserung bedürftig, und jeder ist aufgerufen, daran mitzuwirken.

Kurt Samuel konnte das Abitur mit 19 Jahren absolvieren, studierte Medizin, wurde Facharzt für Chirurgie und übernahm 1965 die väterliche Praxis als praktischer Arzt, die er, später als Arzt für Allgemeinmedizin, bis 1993 führte. 1958 heiratete er, der Ehe entstammen drei Kinder. Schon als Assistenzarzt mit eigener Liste 1963 in die DV der Ärztekammer Berlin eingezogen, blieb er jahrzehntelang deren Mitglied.

Kurt Samuel nahm an Ärztetagen teil, bekleidete, zuletzt bis Anfang diesen Jahres, Vorstandsposten und förderte von dieser Position aus die Weiterbildung der Ärzte und der Allgemeinmedizin im besonderen (als Vorsitzender und/oder Mitglied des WB-Ausschusses I bzw. II und als Mitglied der Akademie für ärztliche Fortbildung, als Lehrbeauftragter der FU Berlin, als Weiterbilder in der eigenen Praxis und als Mitglied im Ausschuss Allgemeinmedizin).

Der Presseausschuss der Ärztekammer und die Redaktionsetage des Berliner Ärzteblattes (Rotes Blatt) boten ihm Plattformen für publizistisches Wirken. Zahlreiche Artikel zu berufspolitischen Themen, versteckte und offene Polemiken,

Foto: Hemme

Laudationes und Nachrufe, Reisebeschreibungen, Tätigkeits- und Kongressberichte bezeugen das hochkarätige, weit gespannte journalistische Naturtalent des Jubilars.

Langfristige Mitgliedschaft in der VV, im Vorstand, Sicherstellungs- und Zulassungsausschuss und Beschwerdekommission der KV Berlin, leitende Positionen im Landes- und Bundesverband der Allgemeinärzte (BPA, jetzt BDA), Mitgliedschaft in der Deutsch-Chinesischen Medizinischen Gesellschaft, ehrenamtlicher Richter am Arbeitsgericht Berlin, ... – dem Laudator beginnt schwindlig zu werden ob der Vielzahl und Fülle dessen, was hier aufgeführt werden müsste. Unbedingt erwähnt werden aber muss seine Mitarbeit im Beirat für den Abschiebungsgewahrsam, in dem er sich jahrelang für die Verbesserung der Lebensbedingungen der mit fehlgeleiteten Hoffnungen hier Gestrandeten einsetzte. In Konsequenz hierzu wird er demnächst im neuen Ausschuss für Menschenrechte mitwirken.

Bei all diesen Aktivitäten nähme es nicht wunder, wäre der Laudandus ein abgehobener Neunmalkluger und Besserwisser. Indes: Er, den man, ohne sich des Byzantinismus verdächtig zu machen, als „elder statesman" der deutschen Ärzteschaft bezeichnen kann, ein Mann von kräftiger, nicht massiger Statur, begabt mit ausdrucksstarker Mimik und Gestik und sonorer, modulationsfähiger Stimme, ist ganz einfach jemand, in dessen Gegenwart man sich sicher und geborgen fühlt: ein Grandseigneur im besten Sinne.

Möge er, der sich vor fünfzehn Jahren einer fünffachen coronaren Bypassoperation und erst kürzlich einer mehrfachen Stentimplantation unterziehen musste, trotz dieser körperlichen Beeinträchtigung seiner Familie und uns noch recht lange in gewohnter geistiger und seelischer Frische erhalten bleiben. Am 3. September wird Kurt Samuel 75.

Dr. med. Hans Herrmann

Vorsicht beim Verzehr von geräuchertem Butterfisch!

Nach dem Verzehr größerer Mengen von „Butterfisch" oder „Buttermakrelen" kann es bei besonders empfindlichen Personen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie Durchfällen, Krämpfen, Kopfschmerzen und Erbrechen kommen. Das Bundesinstitut für Risikobewertung rät deshalb zur Vorsicht beim Verzehr solcher Produkte.

Über gesundheitliche Probleme nach dem Verzehr von Butterfisch bzw. Buttermakrelen der Spezies Lepidocybium flavobrunneum (englische Bezeichnung „escolar") und Ruvettus pretiosus („oil fish" oder „escolar") haben die australischen Gesundheitsbehörden berichtet (www.health.gov.au/pubhlth/cdi/cdi2603/html/cdi2603k.htm).

Als Ursache vermuten die Fachleute schwer oder gar nicht verdauliche Wachsester: Nach Literaturangaben beträgt der Ölgehalt im Muskelfleisch dieser Fischarten 18-21 % des Frischgewichtes; das Öl besteht zu 90 % aus Wachsestern. In diesen Wachsestern, auch als Gempylotoxine bezeichnet, sind C14- bis C22-Fettsäuren mit Fettalkoholen ähnlicher Kettenlänge verestert.

In einer Fallbeschreibung hatten 44 Personen „Escolar"-Fisch verzehrt. 20 Personen (46 %) erkrankten vorübergehend an öligen Diarrhoen (80 %), Krämpfen (50 %), Kopfschmerzen (35 %) und Erbrechen (25 %). Die Untersuchung von zwei Proben der verzehrten Fische mit einem Ölgehalt von 21,7 bzw. 22,4 % des Frischgewichtes ergab einen Wachsestergehalt von 96,4 bzw. 97,6 % im öligen Anteil. Mitgetestete Referenzöle von „Escolar" enthielten 90,1 bis 96,9 % Wachsester.

Ungeklärt ist, ob die Wachsester allein für derartige Erkrankungen verantwortlich oder ob noch andere Faktoren beteiligt sind. Denkbar wären bestimmte, allergen wirkende Fischproteine oder biogene Amine (u.a. Histamin), die bei längerer Lagerdauer im frischen Fisch gebildet werden können. Unbekannt ist auch, welche Mengen an Fisch bzw. Wachsestern aufgenommen werden müssen, um solche Gesundheitsstörungen hervorzurufen. Außerdem scheinen individuelle Unterschiede in der Empfindlichkeit zu bestehen, da einige Personen weniger stark oder gar nicht betroffen waren.
In Deutschland wurden bislang keine Gesundheitsstörungen nach dem Verzehr solcher Fischprodukte gemeldet. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass empfindliche Personen mit ähnlichen Symptomen reagieren wie die Betroffenen in Australien.

Weitere Informationen zum Thema finden Sie auf der Homepage des BfR unter www.bfr. bund.de (Menüpunkt Lebensmittel/ Lebensmittelsicherheit/ Stoffliche Risiken)

Befundanforderungen der Arbeitsämter

Information des Ärztlichen Dienstes der Arbeitsämter in Berlin

Wir möchten Sie über geänderte Vorgehensweisen der Arbeitsämter im Zusammenhang mit der Einschaltung der Ärztlichen Dienste in den Arbeitsämtern informieren:

Im Zusammenhang mit der Umgestaltung der Bundesanstalt für Arbeit und aufgrund der geltenden Bestimmungen, unter anderem durch das Job-AQTIV-Gesetz, wurden grundlegende Änderungen des bisherigen Verfahrens notwendig:
„Die Verpflichtung zur Chanceneinschätzung und verbindlichen Vereinbarung der Vermittlungsbemühungen des Arbeitsamtes, der Eigenbemühungen des Arbeitslosen oder Ausbildungssuchenden sowie der zukünftigen Leistungen der aktiven Arbeitsförderung erfordern auch eine rasche Feststellung, ob und in welchem Ausmaß vom Arbeitslosen bzw. Ausbildungssuchenden geltend gemachte gesundheitliche Einschränkungen bei der Feststellung der Vermittlungsstrategie von Bedeutung sind."

Es soll zukünftig die Eigenverantwortlichkeit der Kunden verstärkt werden, die anlässlich ihrer Vorsprache beim Arbeitsamt gesundheitliche Einschränkungen geltend machen. Sie werden daher zunehmend erleben, dass Patienten in der Praxis/ Klinik vorsprechen und um Aushändigung von relevanten Befundunterlagen/Befundberichten bzw. Übersendung an den Ärztlichen Dienst des Arbeitsamtes bitten. Ihre Patienten haben hierzu ein dreiseitiges Schreiben erhalten (Anforderung, Rückantwort und Liquidation), welches sie in Ihrer Praxis/ Klinik abgeben.

Eine rasche Aushändigung bzw. Übersendung ist für Ihre Patienten von großer Wichtigkeit, da nach einer Frist von 14 Tagen die Arbeitsamtärzte mit den zuständigen Vermittlern gemeinsam die Fälle beraten und eine Vermittlungsstrategie erarbeiten.

Wir bitten um Ihre volle Unterstützung im Interesse Ihrer Patienten und bedanken uns für Ihre Bemühungen im voraus.

Nachfolgend eine Liste der Ansprechpartner in den Ärztlichen Diensten der Arbeitsämter:

- **Mitte,** Friedrichstr. 34, Bürosachbearbeiterin Frau Blumberg Tel. 030/555599 1720
- **Südwest,** Friedrichstr. 34, Bürosachbearbeiterin Frau Semmo Tel. 030/555599 1687
- **Nord,** Storkower Str. 118, Bürosachbearbeiterin Frau Heuer Tel. 030/555585 2910
- **Ost,** Ernst-Bloch-Str. 33, Bürosachbearbeiterin Frau Suárez Tel. 030/555589 2910
- **Süd**, Sonnenallee 282, Bürosachbearbeiterin Frau Schoßtag, Tel. 030/555577 3110

„Systemfehler“
BERLINER ÄRZTE 7/2003

Der Leserbrief von Dr. Spiering in Heft 7/2003 über den „Systemfehler“ hat die Schlichtheit der Wahrheit. Diese Schlichtheit hat dazu geführt, dass niemand über diesen Systemfehler redet. Die Pharmafirmen dürfen (müssen) Dividenden erwirtschaften, die Banken, welche auch die Ärzte finanzieren, dürfen daran verdienen, die Gerätehersteller dürfen saftige Preise nehmen, die Angestellten des Arztes dürfen Tariferhöhungen aushandeln, der Vermieter der Praxisräume darf ständig die Miete steiger. Nur der Arzt darf seinen Umsatz nur im Rahmen strenger Qualitätskriterien – und das heißt nur durch mehr Eigenleistung – steigern. Er ist einem übergeordneten wissenschaftlichen Prinzip der Diagnostik- und Therapieangemessenheit verpflichtet und darf der dicken Frau Krüger keine Abführpillen auf Kasse aufschreiben, damit sie abnimmt. Dabei bittet sie doch so schön und außerdem geht sie demnächst sowieso zu einem anderen Arzt, der gefälliger ist und den Schein noch nötiger braucht.

Was soll denn der arme Arzt machen, besonders wenn er sich frisch niedergelassen hat und riesige Schulden auf sich geladen hat? Er muss Umsatz machen und deshalb muss er Frau Krüger die Pillen aufschreiben und wenn man das mal Hunderttausend nimmt, dann hat man einen großen Teil der Kosten des Gesundheitswesens erklärt.

„Verurteilt“ man den Arzt, besonders den jungen Arzt, der aus seiner Angestelltentätigkeit im Krankenhaus kommt, bei der Niederlassung plötzlich knallhart betriebswirtschaftlich denken zu lernen, so darf man sich nicht wundern, wenn alles Unmögliche getan und verschrieben wird, nur um den Kopf über Wasser zu halten. Denn machen wir uns doch nichts vor – eine Medizin streng „lege artis“ hat noch nie ihren Mann und ihre Frau ernährt. Das war früher vor Einführung der sozialen Sicherungssysteme noch viel ausgeprägter: der Arzt, der überleben wollte, musste auch Scharlatan sein.

Ich sehe aus all diesen Gründen für einen niedergelassenen Arzt nur eine Anstellung in einer kommunalen Trägerschaft für die Lösung des Problems. Der Arzt muss befreit werden von den Bürden der Selbstständigen-Tätigkeit.

Dr. med. Gottfried Klamroth, 12277 Berlin

„Kathederweisheiten“
BERLINER ÄRZTE 7/2003

Herr Kollege Schilling hat recht.

Dr. med. Burkhardt Müller, 13051 Berlin

Was fühlt mein Patient?

Die Droge Arzt und wie sie wirkt

Von Antje Müller-Schubert

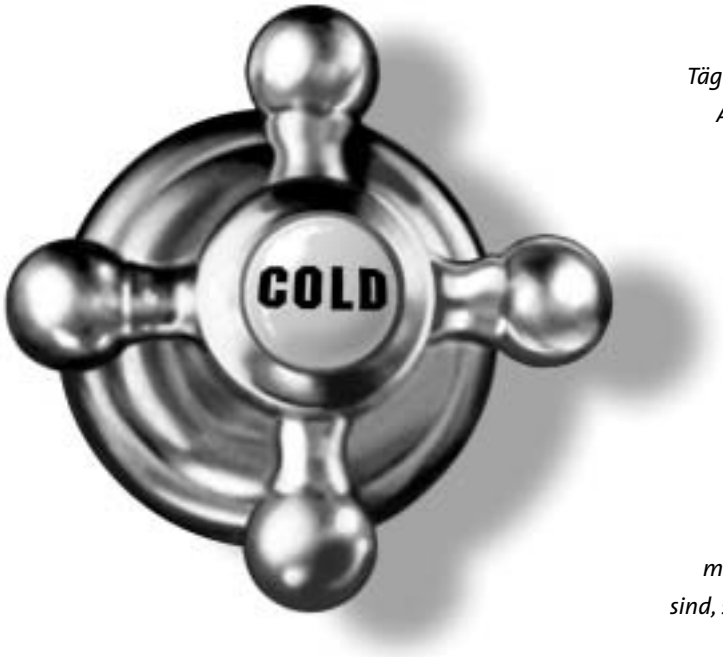
Ob eine Arzt-Patienten-Beziehung überhaupt tragfähig ist, sprich von Behandlungserfolg gekrönt sein wird, entscheidet sich oft schon in den ersten Minuten. Denn neben der Krankheit an sich, dem „Gegenstand", der Arzt und Patient zusammenführt, spielt sofort der „Beziehungsaspekt" in den Kontakt hinein. Für den Patienten stellt sich die Ausgangssituation wie folgt dar: Durch das Erleben von Krankheit ist er aus seiner gewohnten Bahn geworfen. Er empfindet diese Situation oft als unangenehm, entweder weil er durch Schmerzen verunsichert oder ihm die eigene Schwäche peinlich ist. So erlebt er seinen Arzt gleichzeitig auf mehreren Ebenen: Als den Helfer, der ihn aus dem Jammertal der Beschwerden herushelfen kann/soll – aber auch als einen Eindringling in seine Autonomie, der seine Akzeptanz als Erwachsener mit definierter gesellschaftlicher Rolle in Frage stellte.

Der Arzt muss deshalb ständig auf zwei Ebenen präsent sein: Auf der inhaltlichen, die seine Kompetenz gegenüber dem Kranken ausmacht, und auf der Ebene des Umgangs.

Wie der Patient seinen Arzt beurteilt, hängt nicht nur von der richtigen therapeutischen Entscheidung ab, sondern auch davon, dass er mit seinem Anliegen ernst genommen wird. Hier ist der Arzt als Mensch gefragt. „Der Patient, der heute durch verschiedene Medien gut informiert ist, will präzise und verständlich beraten werden, insbesondere der chronisch kranke oder alte Patient braucht die Zuwendung, die Empathie des Arztes", so Berlins Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz.

„Die Arzt-Patienten-Beziehung beherbergt ein Potenzial, das dem Arzt – richtig genutzt – ein wichtiges Handwerkszeug sein kann. Jeder Mensch, dem man zu einer Stunde X begegnet, erscheint einem zwar als Momentaufnahme, als flüchtige Begegnung, doch ist er zugleich wesentlich mehr: Er ist die Summe all seiner Erfahrungen, seiner guten wie schlechten, und ist die Summe all seiner Erwartungen und Enttäuschungen", sagt Dr. Dorothee Kress, Chefärztin an der Wiegmann-Klinik in Berlin. Dabei wirkt sich besonders der Lebensabschnitt der ersten Jahre prägend auf das körperliche Reaktionsmuster des Erwachsenen aus. „Wenn der Patient zum Arzt kommt, bringt er eine im Kontext seiner Beziehungen entstandene Körper-seelische Erfahrung mit. Die ist ihm selbst im Allgemeinen nicht bewusst."

Davon ist auch Professor Gerd Rudolf vom Lehrstuhl für Psychosomatik aus Heidelberg überzeugt. Er vertritt die These, dass sich das frühe Gedächtnis, also die frühen Beziehungserfahrungen, nur zum ganz geringen Teil mental niederschlagen. Säuglingen und Kleinkindern steht zu diesem Lebenszeitpunkt



Täglich begegnet der Arzt Patienten, die dauerhaft unter den Auswirkungen ihrer Erkrankungen leiden. Dabei muss es sich nicht immer um primär medizinisch therapierbare Beschwerden handeln: In vielen Fällen besteht die Haupttherapie aus menschlicher Zuwendung. Schon Hippokrates schrieb, dass einige Patienten einfach über die Zufriedenheit durch die ärztliche Behandlung genesen. So plausibel das – besonders aus der Sicht der Patienten – klingen mag, so schwierig gestaltet sich die Umsetzung. Nicht selten prallen beim Zusammentreffen von Arzt und Patient ganz verschiedene Zustände aufeinander, die den Umgang miteinander erschweren. Zwischenmenschliche Interaktionen, so schwer sie auch zu fassen sind, spielen im Arztalltag eine bedeutende Rolle.

noch keine Sprache und Symbolisierungsfähigkeit zur Verfügung. Diese Erfahrungen setzen sich stattdessen körperlich-vegetativ fest. Mimik, Gestik, Körperhabitus, die Art wie wir in die Welt gehen, wird in diesen frühen Lebensabschnitten geprägt – und damit auch ganz früh die individuelle psychosomatische Krankheitsbereitschaft.

Emotionale Präsenz öffnet das Gegenüber

Besonders Langzeitpatienten entwickeln im Laufe ihrer Krankheit ein feines Gespür für die Echtheit der ärztlichen Haltung. Binnen weniger Augenblicke entscheiden sie über Glaubwürdigkeit und Überzeugungsfähigkeit des Arztes. Wer sich dessen bewusst ist und dies auch umsichtig einsetzt, hat ein bedeutendes Werkzeug für sich entdeckt. Schon die Beobachtung, wie dieser Patient herein kommt und auf mich zugeht, kann die Weichen für die zukünftige Beziehung zum anderen stellen. Der umsichtige Arzt wird hier mit Einfühlungsvermögen und Akzeptanz mehr erreichen als der Kollege, der mit steriler Professionalität und einem zur Schau gestellten inneren Unbeteiligtsein zwar medizinisch korrekt, aber quasi am Patienten vorbei behandelt.

Der Münchener Neurophysiologe und Medizinpsychologe Professor Ernst Pöppel äußerte kürzlich gegenüber der Ärztezeitung, dass Ärzte es ermöglichen müssen, einen Vertrauensanker zu werfen. Denn neben dem Glauben sei Vertrauen für die Heilung notwendig. Außerdem gebe es im Gehirn keine stark voneinander getrennten Entitäten wie Ratio und Emotionen. Hinzu komme die enge Verbindung der zentralnervösen Prozesse mit dem immunologischen und dem endokrinologischen System. So sei es neurophysiologisch nachweisbar, warum die positiven Worte des Arztes in vielen Fällen ausreichten, um eine Heilung einzuleiten. Es erkläre aber auch, warum ein einziges verletzendes Wort der Gesundung im Weg stehen kann.

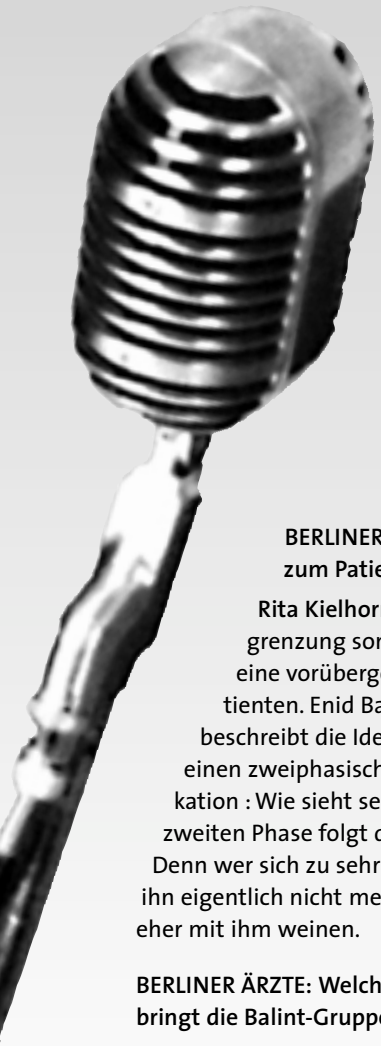
Fühlt der Kranke sich angenommen, verbessert sich seine Mitarbeit. Wenn zum Beispiel der Arzt zu einem Patienten mit einem sichtbaren Befund sagt: „Das muss Sie aber sehr belasten“, muss dieser nicht mehr klagen. Er kann bestätigen. Hier liegt eine große Chance, schnell nachzufassen: „Was haben Sie denn selbst schon gemacht? Wissen Sie denn, was für Möglichkeiten es gibt?“ Mit Hilfe einer offenen Kommunikation sind beide miteinander im Dialog und finden im Idealfall eine optimale Lösung, bei der jeder seinen Teil übernimmt. In kleinen, leicht verdaulichen Schritten kann der Arzt seinen Patienten zur Krankheitsakzeptanz führen.

Patentrezepte gibt es aber genauso wenig, wie es einen „typischen Patienten“ gibt. Die Gesprächsführung will erlernt

sein. Zwar gehört das Fach Psychosomatik seit den Siebzigern obligatorisch zur Medizinerausbildung. Doch ist der Weg bis zur gangbaren Umsetzung im Alltag lang. Besonders bei schweren Erkrankungen wie Diabetes oder Krebs ist es oft schwierig, einen intensiven Kontakt aufzubauen. Der umsichtige Arzt wird sich also jedes Mal neu orientieren. Unterstützung und kollegialen Austausch findet er dabei in Balint-Gruppen. Seit den Siebzigern gibt es diese Gruppen, in denen sich Ärzte über einzelne Patientengeschichten austauschen (siehe Interview auf dieser Seite). Dabei erfüllt die Balint-Gruppe gleich zwei wichtige Funktionen: Zum einen, das Optimale für den Patienten zu finden, aber auch, den Arzt bei der Einschätzung seiner eigenen Interaktion mit dem Patienten zu unterstützen.

Neben Organbefund auch die Lebenssituation abfragen

Ein somatisch fixierter Patient muss in erster Linie somatisch untersucht werden. Der Beziehungsaspekt kommt hinzu, wenn zum Beispiel die Untersuchung nicht im Stück durchgeführt wird, sondern wenn drei, vier Sätze zur Orientierung ausgetauscht werden: „Wo wohnen Sie? Leben Sie alleine? Haben Sie Kinder? Sind Sie berufstätig?“ Diese Fragen, die bei jeder körperlichen Untersuchung gestellt werden können, sind viel wert. Beinahe nebenbei lassen sich so die funktionellen Magenstörungen eines Patienten vielleicht mit dessen beruflicher Situation in Verbindung bringen: „Wir wissen, dass funktionelle Magenstörungen besonders im Zusammenhang mit Stress entstehen und dass sie genau so schmerzhaft sein können, auch wenn es keine organischen Befunde gibt.“ Quasi im Nebensatz nimmt man dem Patienten mit dieser Formulierung gleichzeitig die Angst, ein eingebildeter Kranker zu sein, und verabreicht ihm das entsprechende Medikament. Beim nächsten Termin erkundigt sich der Arzt nach der aktuellen beruflichen Situation.



Was macht der Patient mit mir?

Balint-Gruppen beleuchten die Interaktion

INTERVIEW MIT DR. MED. RITA KIELHORN-HAAS, ALLGEMEINMEDIZINERIN UND FACHÄRZTIN FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN. SEIT 1976 IST SIE IN DER BALINT-GRUPPEN-ARBEIT TÄTIG, DAVON SEIT 1981 ALS GRUPPENLEITERIN.

Foto: R.Stiebitz

BERLINER ÄRZTE: Schult Balint die Abgrenzung zum Patienten?

Rita Kielhorn-Haas: Balint vermittelt nicht Abgrenzung sondern ein besseres Verstehen über eine vorübergehende Identifikation mit dem Patienten. Enid Balint, die Ehefrau von Michael Balint, beschreibt die Identifikation mit dem Patienten als einen zweiphasischen Verlauf: Zuerst die totale Identifikation : Wie sieht sein Leiden, sein Umfeld aus? In der zweiten Phase folgt das Sich-wieder-Herausnehmen. Denn wer sich zu sehr mit dem Patienten identifiziert, kann ihn eigentlich nicht mehr behandeln. Der müsste eher mit ihm weinen.

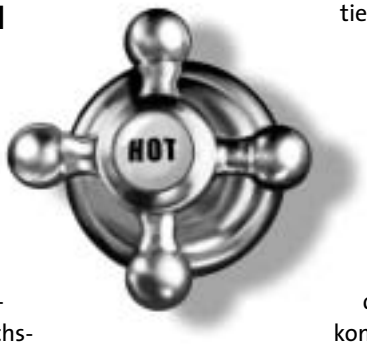
BERLINER ÄRZTE: Welchen gesundheitspolitischen Nutzen bringt die Balint-Gruppenarbeit?

Rita Kielhorn-Haas: In einer Untersuchung am UKBF wurde signifikant nachgewiesen, dass Patienten weniger Medikamente benötigen, wenn ihr behandelnder Arzt Balintgeschult ist gegenüber einem höheren Arzneimittelverbrauch bei Patienten, deren Ärzte nicht an Balint-Gruppen teilgenommen haben. Hier spielt die „Droge Arzt“ doch eine große Rolle.

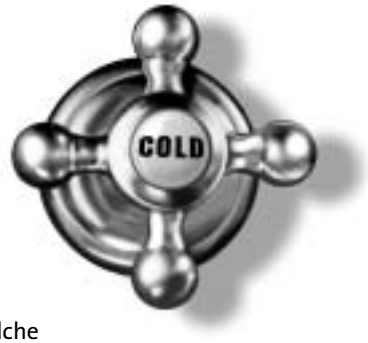
BERLINER ÄRZTE: Zu welcher Mitarbeit ist der Patient bereit, wenn er sich als Mensch angesprochen fühlt?

Rita Kielhorn-Haas: Grundsätzlich sind Patienten zur Mitarbeit bereit, aber genauso gibt es auch immer wieder Ausnahmen. Ebenso gibt es genügend Beispiele, dass Ärzte sich bemühen, etwas Psychosoziales zu erfragen, und der Patient antwortet: „Was geht Sie das an? Behandeln Sie meine Magenschmerzen!“ Es gehören immer zwei dazu, damit es

Zwischen Herz und Kommerz



So sehr das im Grunde nach einer Binsenweisheit klingt, so anders gestaltet sich oftmals der Praxis-Alltag. So beschreibt eine niedergelassene Internistin ihren „Gesprächsetat“ gegen ihren Wunsch als von vornherein derart beschnitten, dass sie bereits ab der Hälfte des Quartals ihre Gespräche gewissermaßen „ehrenamtlich“ durchführe. Ein Problem, das viele kennen und fürchten. „Meine Patienten spüren das hoffentlich nicht, wenn ich dann Gespräche manchmal schneller beende.“ Gleichzeitig betont sie, dass sie nicht auf die Uhr schaue, wenn es sich um wirklich wichtige Bereiche handele. „Irgendwie bekommt man ohnehin sehr schnell das Gefühl, den Beruf nicht gut auszuüben, wenn man nicht ständig das Ohr am Patienten trägt.“ Eine Ursache dafür liegt in der täglich neuen Herausforderung, seine Organisation aufrecht zu erhalten, ganz gleich



welche Patientenschicksale und -geschichten zu bewältigen sind. Die Balance zwischen Herz und Kommerz ist für nicht wenige ein Dauerspagat. Oft scheinen beide Seiten unvereinbar miteinander.

zu einer tragfähigen Beziehung kommt und zur Erstellung einer Gesamtdiagnose im Sinne von Balint.

BERLINER ÄRZTE: Was leistet da die Balint-Gruppe?

Rita Kielhorn-Haas: Das Ziel der Balint-Gruppe ist die Erforschung der Arzt-Patienten-Beziehung: Was macht der Arzt mit dem Patienten, was macht der Patient mit dem Arzt? Wie passiert das? Genaues Hinsehen und Zuhören sind wichtig. Ziel ist es auch, die Möglichkeiten des Patienten im Umfeld innerhalb der Gruppe entweder zu erahnen oder zu fantasieren. In der Balint-Gruppe kommt man vom Schienen-Denken weg und sieht die Krankheit des Patienten nicht mehr isoliert, sondern man sieht den kranken Menschen vor seinem biopsychosozialen Hintergrund.

BERLINER ÄRZTE: Wie sieht der „typische Patient“ bei den Balint-Gruppen-Gesprächen aus?

Rita Kielhorn-Haas: In der Regel werden der Gruppe Problempatienten vorgestellt. Das sind nicht etwa solche Patienten, zu denen der Arzt eine sehr distanzierte Beziehung hat, sondern es sind solche, die ihm am Herzen liegen, bei denen er sich besonders eingesetzt hat: Mit Hausbesuchen, mit umfassender Diagnostik, mit dem Resultat, dass der Patient dennoch unzufrieden ist. Da hat sich trotz des Einsatzes kein gegenseitiges Vertrauen aufgebaut und keine Besserung der Beschwerden eingestellt.

BERLINER ÄRZTE: Gehen unglückliche Patienten öfter zum Arzt?

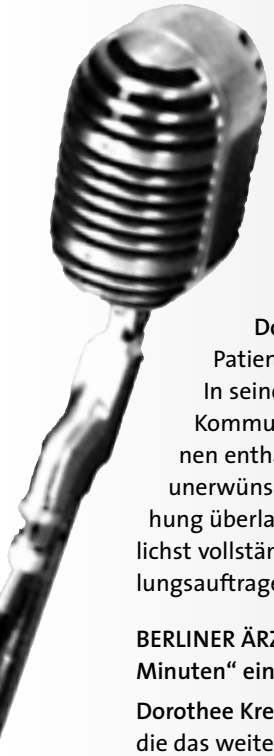
Rita Kielhorn-Haas: Vor allem gehen unzufriedene Patienten öfter zum Arzt. Oft handelt es sich um iatrogen verursachte Ängste, oder es sind von Natur aus ängstliche Menschen, und solche mit mechanistischer Vorstellung vom eigenen Körper. Oder es sind Menschen mit Leidensdruck, also psychosomatisch Erkrankte, die jedoch ihre Erwartungen auf die Organschiene projizieren und fest daran glauben, dass dort etwas zu finden sein muss. Es beginnt dann oft ein Circulus vitiosus der unendlichen Organdiagnostik: Sie suchen einen Arzt nach dem anderen auf und finden keine Linderung ihrer Beschwerden. Auf der anderen Seite nützt es nichts, dem Patienten zu sagen „Sie brauchen eine Psychotherapie“, da dieser zu diesem Zeitpunkt noch nicht motiviert ist.

BERLINER ÄRZTE: Wie soll sich hier der Arzt verhalten?

Rita Kielhorn-Haas: Es ist wichtig, dass Ärzte nicht mitagieren, also dem Verlangen der Patienten nach einer wiederholten Untersuchung standhalten können. Das hat auch eine Bedeutung für den Patienten: Denn wenn dieser erlebt, dass der Arzt immer wieder eine Untersuchung durchführt, kommt er auf die Idee, dass sich auch der Arzt nicht ganz sicher ist, ob da nicht doch etwas Organisches vorliegt. Das verunsichert letztlich noch stärker.

BERLINER ÄRZTE: Wie sähe das günstigste Verhalten aus?

Rita Kielhorn-Haas: Wenn der Patient über bestimmte organische Symptome klagt, muss zunächst das Organische ausgeschlossen werden. Es können sich nur ganz Erfahrene leisten, dass sie im Sinne eines Präcox-Gefühls wissen, hier ist nichts Organisches, das müsste eher psychosomatisch bedingt sein. Aber es ist ja allein aus rechtlichen Gründen wichtig, dass sich die Ärzte absichern. Dass sie im Falle eines Falles auch sagen können, sie haben die notwendigen Untersuchungen durchgeführt.



Versteckte Informationen

INTERVIEW MIT DR. MED. DOROTHEE KRESS, CHEFÄRZTIN DER KLINIK FÜR PSYCHOGENE STÖRUNGEN, DR. WIEGMANN-KLINIK.

BERLINER ÄRZTE: Was passiert, wenn Arzt und Patient sich zum ersten Mal begegnen?

Dorothee Kress: In den ersten Minuten des Gesprächs teilt der Patient neben der Symptomatik auch sein dazugehöriges Erleben mit. In seiner Art der zunächst unbefangenen verbalen und a-verbalen Kommunikation oder Interaktion sind krankheitsrelevante Informationen enthalten, die noch nicht durch Erfahrungen wie erwünschte oder unerwünschte Befunde oder Fixierungen in der Art der Patientenbeziehung überlagert sind. Beide, Arzt und Patient, bemühen sich um ein möglichst vollständiges Erfassen des Krankheitsgeschehens und des Behandlungsauftrages.

BERLINER ÄRZTE: Welche Mechanismen setzen nach diesen ersten „offenen Minuten" ein?

Dorothee Kress: Es entwickelt sich eine Dynamik zwischen Arzt und Patient, die das weitere Vorgehen in Bezug auf Krankheitshypothese, Diagnostik und Krankheitsverständnis beeinflusst. Beim somatisch-Kranken bleibt der Arzt in der Rolle des Bestimmenden und unmittelbar Handelnden. Bei einer psychosomatischen Erkrankung wird die Interaktion selbst ein Teil des therapeutischen Vorgehens. Es werden Zusammenhänge zwischen seelischem Erleben und körperlicher Befindlichkeit hergestellt.

BERLINER ÄRZTE: Was verliert der Arzt, wenn er diese Beziehungsdynamik außer Acht lässt?

Dorothee Kress: Wenn der somatische Befund aus dem „So-Sein" des Menschen herausgelöst betrachtet wird, können psychische und somatische Komponenten der körperlichen Störung oder Krankheit weder gleichzeitig noch aufeinander bezogen beachtet werden. Darin liegt das Risiko für Arzt und Patient: Wenn trotz Hinweis auf psychosomatische Hintergründe die vom Patienten oft eingeforderte Diagnostik wiederholt und ohne wesentlichen Erkenntniszuwachs betrieben wird, zumal diese in der Regel kostenaufwändig und zeitintensiv ist wie z.B. die kardiale Diagnostik bei Herzphobikern.

BERLINER ÄRZTE: Wie hoch liegt der Anteil psychosomatisch bedingter Störungen?

Dorothee Kress: Zwischen 25 und 30 Prozent der Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens an einer psychosomatischen beziehungsweise psychogenen Erkrankung. Der Untersucher einer psychosomatischen Diagnose muss sich zur Spezifizierung dieser Diagnose auf einen Prozess einstellen, der sich unter anderem auch in der aktuell erlebten Beziehung zwischen Arzt und Patient abbildet. Hierzu zählen Aspekte wie Konfliktsituationen, Charakterstruktur, Einstellungen und Haltung ebenso wie körperliche Reaktionsmuster und genetische Dispositionen.

Foto: Müller-Schubert

Unter ökonomischen Gesichtspunkten kann dies nur bedeuten, dass ein Arzt mit durchschnittlichem beruflichen Engagement generell kürzere Gespräche führen muss, um sie vollständig bezahlt zu bekommen. Diese Haltung passt nicht jedem, und vor allem passt sie auch nicht in das Bild, das der Patient von „seinem Arzt" hat: „Ich verlange schon, dass mein Hausarzt sich die paar Minuten Zeit nimmt für mich. Ich meine, man sieht sich ja nicht so oft, und wenn man schon mal krank ist, dann habe ich meine festen Erwartungen", sagt eine ältere Diabetes-Patientin.

Positives Feedback ist wichtig beim Heilungsprozess

Es gibt viele Beschwerden, deren Ursache man mit medizinischer Diagnostik allein nicht auf die Spur kommt. Krankheitsbilder, die in diesem Zusammenhang häufig genannt werden, sind Schmerzsyndrome, irritable Darmsymptome, das Fatigue-Syndrom, Brustschmerzen, die an eine Herzsymptomatik denken lassen (ca. 20-30 % aller akuten Herzbeschwerden). Ein psychisch bewusstes Handeln, ohne dass der Patient als psychiatrisch auffällig eingestuft wird, ist beim Management derartiger Symptome besonders wichtig.

Fazit: Es muss wieder mehr Gewicht auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient als ein Schlüsselereignis zur Reduktion von Krankheitsstress, zum Aufbrechen der Immunsuppression und für ein Anstoßen der Selbstheilungsprozesse im Erkrankten gelegt werden. Ob man das der heilenden „Energie", der „Droge Arzt" zuschreiben möchte oder einer nachweisbaren Neuropeptidausschüttung, die von einigen Forschergruppen beobachtet wurde, ist letztlich unwichtig. „Wenn Ärzte in der Lage sind „bei ihrem Patienten zu sein" genauso wie sie „für ihn handeln und entscheiden", haben wir vielleicht zur Seele der Medizin zurückgefunden." (Stephen Wright, St. Martin´s College, Manchester).

Dr. med. Antje Müller-Schubert
(Medizinjournalistin)

Wir laden alle Berliner Ärztinnen und Ärzte herzlich zu unserer Einweihungsfeier mit Tag der offenen Tür in das neue Kammergebäude ein.

Kommen Sie vorbei! Hier können Sie sich nach Herzenslust umschauen und uns Fragen über Fragen stellen. Neben Getränken und kleinen Snacks gibt's viel Musik im Foyer.

Samstag, 13. September 2003, ab 13 Uhr
Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16
10969 Berlin/Kreuzberg

TAG DER OFFENEN TÜR

Wegen knapper Parkplätze (zeitgleich feiert das benachbarte Jüdische Museum sein 2-jähriges Bestehen) empfehlen wir die stressfreie Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Die Kammer liegt zwischen U-Bhf. Kochstraße (U 6) und U-Bhf. Hallesches Tor (U 1 und U 6)

PROGRAMM

Eröffnungsansprachen, umrahmt vom Quartett des Berliner Ärzteorchesters (13 Uhr)

New Orleans Hot Peppers, am Piano: Prof. Dr. med. Roland Schiffter (ab 13.30 Uhr)

The Ghost Town Saints (ab 15 Uhr)

Zwischen den Live-Bands: D-Jane Piazolla

Durchs Programm führt: Ben Posener

Zu jeder vollen Stunde: Architekturführungen durchs Haus

Im Haus unterwegs: Die Berliner Klinikclowns

Für alle Fragen offen: Die Mitarbeiter der Ärztekammer Berlin

Das erste „EBM-Krankenhaus“

Die Park-Klinik Weißensee macht gesichertes neues Wissen allen Patienten nutzbar, und das funktioniert immer besser: Die Mitarbeiter sind EbM-geschult, benutzerfreundliche klinikinterne Leitlinien verbinden die Ergebnisse hieb- und stichfester Studien mit praktischen Tipps, und die einweisenden Ärzte werden auch einbezogen.

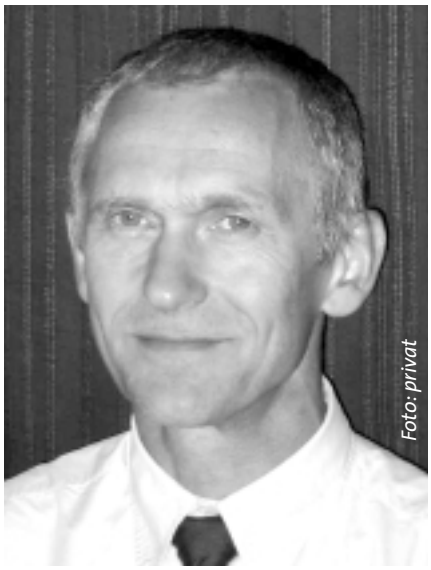


Foto: privat

Entwickelt mit Kollegen benutzerfreundliche, EBM-gestützte Handlungshilfen. Dr. Stefan Müller-Lissner, der Inititator des Projektes.

Ärzte, die im Einzugsgebiet der Park-Klinik Weißensee im Bezirk Pankow niedergelassen sind, können sich freuen. Den Arztbrief bekommen die internistischen Patienten ganz überwiegend gleich bei der Entlassung mit. Und alle Empfehlungen für die bruchlose Weiterbehandlung samt Nennung der Medikamente (als Generika) sind durch Hinweise auf die einschlägigen Publikationen belegt. Angegeben ist sogar der Evidenzgrad der Studien, auf die sich die Handlungsempfehlungen stützen.

In dieser detaillierten Form können die Kliniker sie natürlich nicht für jeden einzelnen Patienten neu formulieren. Sie haben vielmehr einen wohlgeordneten Fundus von „Textbausteinen“ für die häufigsten Krankheiten angelegt. In den brauchen sie nur „hineinzugreifen“, und dann können sie den passenden – ständig aktualisierten Text – dem individuellen Entlassungsbrief anhängen. Mittlerweile nutzen die Klinikärzte diese knappen, rasch abrufbaren Informationen gern auch selbst, um sich ins Gedächtnis zu rufen, was man in einem bestimmten Fall zu tun hat, und zwar nach dem neuesten Stand des gesicherten Wissens. (Lehrbücher sind ja oft schon beim Erscheinen veraltet.)

Dass man das Gesuchte wirklich in Sekundenschnelle findet, demonstriert Stefan Müller-Lissner, Chefarzt der Inneren Abteilung, an seinem PC, auf dem er so virtuos spielt wie ein Pianist auf dem Konzertflügel. Aber nicht nur diese Textbausteine sind im Intranet der Park-Klinik gespeichert. Neben vielem anderen Nützlichen wie etwa der Roten Liste enthält es vor allem auch klinikinterne Leitlinien. Die fachspezifischen werden in den betreffenden Abteilungen formuliert, die interdisziplinären in den Arbeitsgruppen des „Leitlinien-Kolloquiums“. Das ist ein regelmäßig tagendes Gremium unter Leitung des Ärztlichen Direktors, dem alle Chefärzte angehören, außerdem die Pflegedirektorin, die Leiterin des Diagnostiklabors, der fürs Qualitätsmanagement verantwortliche Arzt und andere an der evidenzbasierten Medizin (EbM) interessierte Mitarbeiter.

Denn wir befinden uns hier im ersten „EbM-Krankenhaus“ – wahrscheinlich nicht nur Berlins, sondern Deutschlands, ungeachtet zahlreicher Ansätze in anderen Kliniken. Schon 1999 startete hier ein Projekt mit dem Ziel, die evidenzbasierte Medizin konsequent in den Versorgungsalltag einzuführen, das heißt: Jedem Patienten die neuesten medizinischen Erkenntnisse nutzbar zu machen, soweit sie in einwandfreien Studien gewonnen wurden. Gefördert wurde das ehrgeizige Vorhaben von der Ärztekammer Berlin. Ihr Präsident Günther Jonitz stärkte den Promotoren mächtig den Rücken und ihre EbM-Beauftragte Regina Kunz beriet sie. Auch die Techniker-Krankenkasse Hamburg war anfangs mit von der Partie.

EbM macht sich im klinischen Alltag nützlich

Im wesentlichen aber trieb die Park-Klinik das Projekt aus eigener Kraft voran. Und es funktioniert immer besser. Geschäftsführer Joachim Baumgarten weiß auch, warum: Es entstand nicht am Grünen Tisch der Verwaltung, wurde nicht „von oben“ dekretiert. Es wuchs vielmehr aus der täglichen Arbeit heraus. Und Baumgarten hebt hervor, dass so etwas nur geht, wenn engagierte Persönlichkeiten sich aktiv dahinterklemmen, nicht nur zu Anfang, sondern immer und immer wieder. Ausdrücklich nennt er hier den Chef der Anästhesie, Michael Goldstein, und vor allem den Initiator und geistigen Vater des Projektes Stefan Müller-Lissner. Dessen Innere Abteilung wurde zur Keimzelle des evidenzbasierten Denkens und Handelns in diesem Krankenhaus.

Parallel zu den Bestrebungen in der Medizin entwickelte sich gleichzeitig, seit 1999, auch in der Pflege systematisches Reflektieren der eigenen Arbeitsabläufe und ihrer Verbesserung. Domenica Bandmann, Stationsschwester in der Inneren, erzählt davon im Schwesternzimmer sachlich und doch mit spürbarem Stolz: Arbeitsgruppen fingen an, für die besonders typischen Krankheiten jeder Fachrichtung Pflege-Diagnostik- und -Therapiepläne zu entwerfen. Die Pflegekräfte selbst waren die treibende Kraft, sie luden aber auch Ärzte, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten zum Mitmachen ein, und alle kamen miteinander ins Gespräch. Was ist zum Beispiel zur Diagnostizierung der Pankreatitis nötig, wie sieht die Therapie aus und welches ist der Anteil der Pflege? Was bemerkenswerterweise nicht vergessen wurde: Welche Tipps gibt man den Patienten bei der Entlassung mit auf den Weg? Zum Beispiel

den Rat, sich an eine Selbsthilfegruppe zu wenden. Außerdem wurden Pflegestandards erarbeitet, etwa über Körperpflege und das hierzu nötige Personal: Was darf wer, wie und wann machen? Sie werden regelmäßig revidiert, genauso wie die Pflegepläne und die medizinischen Leitlinien. Als Ärzte und Schwestern merkten, dass sie praktisch dasselbe wollten, führten sie beide Vorhaben zusammen. „Wichtig ist, dass jeder im Haus weiß: Wo finde ich welche Informationen?“ sagt Schwester Domenica.

Die Bestrebungen beider Berufsgruppen gehören ohnehin in einen größeren Rahmen. Die Park-Klinik Weißensee – wie ihr Partner-Krankenhaus, die Schloßpark-Klinik, für Besonderheiten bekannt – ist zum Beispiel nicht nur als „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ anerkannt, sie strebt auch nach dem Zertifikat der „Kooperation für Qualität und Transparenz im Krankenhaus (KTQ)“, das in Berlin bisher nur das Deutsche Herzzentrum erhielt.

Projekt aus fünf Bausteinen

Das EbM-Projekt besteht im Prinzip aus fünf Bausteinen oder Modulen. Der erste: EbM-Training der Ärzte und anderer Mitarbeiter. Zuerst nahmen sie an den Kursen der Ärztekammer Berlin teil, inzwischen gibt es klinikeigene Schulungen. Das hat den Vorteil großer Nähe zu den Realitäten des Hauses. Man lernt mit dem Material im klinikinternen Intranet, und man gewöhnt sich daran, Leitlinien und Textbausteine bei Bedarf ad hoc auf den Bildschirm zu zaubern. Dort kann man aber auch Grundwissen über EbM repetieren.

Der zweite, eng mit dem ersten verbundene Projektbaustein: Unbegrenzte Möglichkeiten der EbM-Recherche. Intranet-Arbeitsplätze wurden überall in der Klinik eingerichtet (zur Zeit sind es rund 260), und Internet-Arbeitsplätze gibt es in allen Fachabteilungen, mit Zugang zu Datenbanken wie zum Beispiel Medline und Cochrane-Library.

Der dritte Baustein, Herzstück des ganzen EbM-Projektes, ist das schon erwähnte hausinterne Leitlinien-System, am weitesten entwickelt in Müller-Lissners Innerer. Hier entstanden die meisten Leitlinien, bis jetzt etwa hundert. Zunächst stieß das Programm in der Klinik zum Teil auf Befremden bis Ablehnung: Leitlinien gibt’s ja schon jede Menge! Dies ist doch kein Forschungszentrum und keine Universitäts-Klinik (immerhin Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité), sondern nur ein 350-Betten-Krankenhaus der Regelversorgung – also was soll’s? Das etwa war der Tenor.

Was mache ich, wenn ...

Aber bald überzeugten sich viele Mitarbeiter vom praktischen Nutzen der klinikinternen Leitlinien. Denn, so Müller-Lissner, die überregionalen Leitlinien – nur ein Teil davon ist evidenzbasiert – wurden kritisch gesichtet und, soweit brauchbar, auf wenige Bildschirmseiten „eingedampft“. So ließ man beispielsweise die in der Klinik gar nicht angewandten Verfahren weg. Diese knappen, stichwortartigen, oft tabellarischen Handlungshilfen sind sehr benutzerfreundlich und lassen sich im konkreten Fall rasch zu Rate ziehen. Zusätzlich enthalten sie praktische Hinweise, etwa Telefonnummern.

„Auch nachts und in Eile kann man hier Antwort auf die Frage finden: Was mache ich, wenn...“, sagt Müller-Lissner. Diese klinikinternen Leitlinien gelten in der Regel zwei Jahre lang, werden aber auch schon vor dem Verfallsdatum aktualisiert, wenn neue relevante Studienergebnisse bekannt werden. Oder auch, wenn zu erwarten ist, dass sich schnell etwas ändert, ergänzt Rüdiger Berndt. Der Assistenzarzt ist verantwortlich für das Qualitätsmanagement in der Park-Klinik und damit auch für das EbM-Projektmanagement.

Trotz besonders günstiger Voraussetzungen ist es auch hier noch nicht für alle selbstverständlich, die hausinternen Leitlinien zu benutzen, wie eine Studie zeigte. Und das, obwohl viele Mitarbeiter aktiv in das Programm eingebunden sind, weil sie jeweils für einige Leitlinien, für ihre Beobachtung und Aktualisierung, verantwortlich gemacht werden. „Bei seltenen Problemen sieht man eher nach“, sagt Berndt aus Erfahrung. Die Leitlinie über die Hydrierung bei Kontrastmittelgabe niereninsuffizienter Patienten wird zum Beispiel gut befolgt. Was dagegen, laut Leitlinien, bei Operationen von Patienten mit dem häufigen Nebenbefund „Diabetes“ zu beachten ist, darum kümmert sich kaum jemand, wie eine Evaluations-Studie ergab. Zu alltäglich? Mit ein paar spielerischen Tricks bringt man die Klinikärzte dazu, neue Leitlinien zumindest zur Kenntnis zu nehmen. Sie sollen beispielsweise in einem Frage-Antwort-Spiel Detail-Probleme nennen, berichtet Berndt.

Den vierten Baustein des EbM-Projektes hatten wir schon vorweggenommen: Die Handlungsempfehlungen, die als Textbausteine den Klinikbriefen an die einweisenden und nachbehandelnden Ärzte beigefügt werden. Sie aktualisieren deren Wissensstand und tragen dazu bei, die Zusammenarbeit von stationär und ambulant tätigen Kollegen zugunsten des gemeinsamen Patienten zu verbessern.

Demselben Zweck dient Projektbaustein Nummer fünf: Gemeinsame „evidenzbasierte“ Informations- und Fortbildungsveranstaltungen von und für Klinik und Praxis. (Am 24. September findet bereits das 47. „Weißenseer Kollo-

quium“ statt, über den Stand der Empfehlungen zur Hormonersatztherapie.)

Schneeball-Effekt

All diese Aktivitäten sind geeignet, das Denken der evidenzbasierten Medizin im Schneeballsystem zu verbreiten: Die EbM-geschulten Ärzte verlassen nach abgeschlossener Weiterbildung meist das Haus und tragen diese Denk- und Arbeitsweise in die Praxis oder in andere Krankenhäuser. Die Arztbriefe aus der Inneren vermitteln den freipraktizierenden Kollegen konkrete, fallbezogene evidenzbasierte Fortbildung, die Kolloquien systematisieren und vertiefen dies. Und der ärztliche Nachwuchs ist begeistert davon, dass in dieser Klinik das Praktische Jahr auf eine wissenschaftliche Basis gestellt wird. Als die Berichterstatterin Professor Müller-Lissner samt seinem überwältigend gut gefüllten Computer wieder verlässt, lagert vor seiner Tür schon eine junge weiße Wolke ungeduldig wartender PJler.

Rosemarie Stein

Evidenzbasiertes Wissen: Im klinischen Alltag störend?

Im klinischen Alltag geht das meiste ganz selbstverständlich seinen gewohnten Gang. Stört da „evidenzbasiertes Denken“ nur? Anhand zahlreicher Beispiele wurde diese Frage in einer Vortragsreihe des „Haupstadtkongresses Medizin und Gesundheit“ untersucht.

Wenn ein Patient Sie fragt, ob er sich die Gallenblase konventionell oder besser laparoskopisch entfernen lassen soll, was raten Sie? Dass das moderne Verfahren schonender ist, klingt ja plausibel. Vorsicht! „Plausibilität ist der Feind der Erkenntnis“, urteilte ein kluger Pharmakologe (Ernst Habermann).

Zu fundierten Erkenntnissen kommt man durch Studien. In diesem Falle ergab sich: Die laparaskopische Cholezysektomie bringt keinen Vorteil, sagte Ulrich Kania, Chirurgie-Chef in Mönchengladbach. „Viele Methoden werden aber gar nicht überprüft, weil ihr Vorteil offensichtlich ist“, fuhr er fort. Also „evident“. Das Wort bedeutet auf deutsch ja leider das Gegenteil des englischen „evident“, das soviel wie „sicher erwiesen“ heißt. Und als „evidence based“ – unzulänglich als „evidenzbasiert“ eingedeutscht – gelten Erkenntnisse, die durch methodisch saubere Studien gewonnen wurden.

Man lernt vom Chef und fertig?

Die machen in der Chirurgie besondere Schwierigkeiten, nicht nur, weil das Resultat eines Eingriffs so stark von der Expertise des Operateurs abhängt. Gibt es schließlich dennoch hieb- und stichfeste Studienergebnisse, werden sie oft nicht zur Kenntnis genommen, klagte Kania und nannte als Beispiel die Drainage bei selektiven Kolonresektionen: „Sie bringt nichts – und trotzdem nehmen die Drainagen eher noch zu!“

Passen die Studienresultate nicht ins Weltbild? Die Lymphadenektomie beim Magenkrebs zum Beispiel wurde in der Deutschen Magenkarzinom-Studie nur für eine ganz kleine Untergruppe als sinnvoll angesehen. Hingegen hat sie sich in zwei sehr guten randomisierten, kontrollierten Studien sogar als nachteilig erwiesen. „Dennoch gehört sie nach wie vor zum guten Ton – mehr als 85 Prozent machen’s, konstatierte Kania und zitierte die „Vier-D-Regel“: „Das war schon immer so. Das war noch nie so. Da könnte ja jeder kommen. Damit haben wir beste (unkontrollierte!) Ergebnisse.“

Ärztliches Handeln im Krankenhaus ist noch immer vielfach „eminenzbasiert“, sagte Martin L. Hansis (Med. Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen). Es bilden sich lokale Schulen, man lernt vom Chef, und der sagt schlimmstenfalls noch heute: „Das will ich so haben“ – ohne Begründung. In der perioperativen Hygiene zum Beispiel, mit der er sich 20 Jahre lang beschäftigte, beobachtete Hansis alle möglichen Dogmen und ein extrem unterschiedliches Vorgehen. „Und jeder ist überzeugt, dass er selbst das absolut Richtige tut und dass alles andere zur Katastrophe führt!“

Statt Einzelmeinung lieber klinikinterne-evidenzbasierte Standards

Jedoch wächst die anfänglich kleine Zahl der Kliniker, die ihr Handeln auf eine sichere wissenschaftliche Basis stellen wollen. Nur: Wie funktioniert das im Alltag? Die 301 Publikationen eines Jahres über gute chirurgische Studien in 65 Zeitschriften kann keiner finden und selbst lesen, sagte Kania. Eine Pilot-Studie, über die er berichtete, zeigt: Sucht man in der Cochrane Library und anderen elektronischen Datenbanken nach kritisch aufbereiteten Studienergebnissen für einen aktuellen Fall, dann findet man Antworten nur auf drei von vier Krankenhaus-Fragen, und es dauert eine Stunde – viel zu lange im Alltag. „Klinische Medizin muss machbar bleiben und verlässlich sein“, fordert Kania.

Ein gangbarer Weg: Klinikinterne Standards, die ständig mit neuen externen Leitlinien verglichen und wenn nötig angepasst werden – wobei allerdings „die Unterstellung falsch ist, dass Leitlinien immer auf evidenzbasiertem Wissen beruhen“, warnte Kania. Im Krankenhaus Maria Hilf in Mönchengladbach geht man so vor, aber ohne

die Standards absolut zu setzen. „Nur wer die eigenen Standards kennt, kann – begründet – davon abweichen“, sagte der Chirurg.

Nicht alle Ärzte kennen ihre Klinik-Leitlinien

Auch in der Essener Universitätsklinik für Unfallchirurgie, so berichtete deren Direktor Dieter Nast-Kolb, hat man klinikinterne Leitlinien entwickelt; die meisten gehören allerdings nur der untersten Evidenzklasse an. Ein Beispiel: Bei Kopfverletzungen verzichtet man jetzt auf die normale Röntgenaufnahme des Schädels und nur, wenn es notwendig scheint, macht man ein CCT. Interdisziplinäre Leitlinien wurden im Essener Traumazentrum von Qualitätszirkeln in 18 Treffen erarbeitet. Sie betreffen auch organisatorische Veränderungen der Arbeitsabläufe – und sie haben sichtbare Erfolge. So wurde beispielsweise das Multiorganversagen bei Blutungsschock von zehn auf zwei Prozent reduziert, weil die Patienten jetzt schneller zur Notoperation kommen.
Aber: Eine Umfrage ergab, dass viele Ärzte die klinikinternen Leitlinien gar nicht kennen. Und von denen, die sie kennen, wendet ein reichliches Viertel sie nicht an. Ein Problem der Vermittlung? Der Motivation? Der Umgewöhnung? Nast-Kolb, der in Essen auch Studiendekan ist, tut alles, um das Denken der evidenzbasierten Medizin schon in der Ausbildung der Studenten zu verankern.

In der Diskussion sprach er sich auf eine entsprechende Frage dafür aus, in die Erarbeitung klinikinterner Leitlinien auch die Pflege und die Krankengymnastik einzubeziehen, wo es sinnvoll ist. Dann werden Standards etwa zur Thromboseprophylaxe besser eingehalten. Die Zahl der Leitlinien sollte nach seiner Meinung überschaubar sein, und man sollte sie so vermitteln, dass die damit verbundene Arbeitserleichterung deutlich wird und dass die Mitarbeiter sich mit ihnen identifizieren.

Ein weitverbreitetes Missverständnis kam auch in dieser Diskussion zur Sprache: Ein frei praktizierender Arzt verwechselte Leitlinien mit verbindlichen Richtlinien und sprach gar von „Richt-Schnüren, an denen man aufgehängt wird“. Hansis stellte nochmals klar, das man einen gewissen Entscheidungsspielraum behält. Das heißt, man muss einer Leitlinie nicht bedingungslos folgen – aber man muss überzeugende Argumente dafür haben.

Rosemarie Stein

Follow-up zur Dekubitus-Studie

In Berlin leiden am Ende ihres Lebens offenbar weit mehr alte Menschen an einem Dekubitus als in Hamburg und Hannover. Dies ist eines der wichtigsten Ergebnisse einer Follow-up-Studie des Instituts für Rechtswissenschaft an der FU Berlin. Untersucht wurde eine Stichprobe verstorbener Patienten bei der 2. Leichenschau. Zudem, so fanden die Autoren heraus, sind in Berlin die gefundenen Dekubitalulcera zu einem größeren Anteil hochgradig als in den beiden Vergleichstädten. Und bei der Geschlechterverteilung fällt auf, dass Frauen häufiger davon betroffen sind als Männer. Zu fragen bleibt: Lässt das alles auf ein Pflegedefizit schließen oder zeigen sich hier die Konsequenzen sozialer Desintegration alter Menschen in den großen Städten? (Die Red.)

Von Volkmar Schneider und Wolf-Gunther Troike

Im Jahre 2000 wurde in Berlin eine erste orientierende Stichprobe zur Erfassung der Häufigkeit von Druckliegegeschwüren bei der 2. Leichenschau in den damals noch drei Berliner Krematorien durchgeführt (siehe BERLINER ÄRZTE Heft 12/2000). Dabei waren in Berlin im Vergleich zu ähnlichen Erhebungen in Hamburg und Hannover etwas höhere Zahlen bei der Häufigkeit tiefer und ausgedehnter Decubitalulcera aufgefallen. In einer follow-up-Studie sollte dieser Sachverhalt nun über die Jahre 1999 – 2002 in einer erweiterten Stichprobe auf einer breiteren Basis überprüft werden. In Berlin wurden in den Jahren 1999 bis 2002 insgesamt 58.143 Leichen der nach dem Berliner Bestattungsgesetz vorgeschriebenen Krematoriumsleichenschau unterzogen. Nicht begutachtet wurden staatsanwaltschaftlich beschlagnahmte oder freigegebene Leichen (bei denen die 2. Leichenschau entfällt) und die Erdbestattungen, für die ebenfalls keine 2. Leichenschau vorgeschrieben ist. Wie hoch die Gesamtzahl der in Berlin in diesen Jahren verstorbenen Personen ist, kann nur geschätzt werden, da die statistischen Zahlen für 2000, 2001 und 2002 noch nicht veröffentlicht sind. Zudem werden in den Krematorien auch zum Beispiel aus dem Land Brandenburg stammende Leichen eingeäschert, wenn auch nur zu einem geringen Teil (Tabelle 1).

Insgesamt wurde bei der 2. Leichenschau in zwischen 9,2 und 18,5 % der Fälle ein Liegedruckgeschwür nachgewiesen . Die Decubitalulcera wurden nach SHEA in die Grade I (Rötung) bis IV (Arrosion des Knochens) eingeteilt. Richtet man das Augenmerk besonders auf die hochgradigen Decubitalulcera, also die Liegedruckgeschwüre mit Beteiligung der Muskulatur und/ oder des Knochens (IV°), so ergibt sich ein erheblicher Anteil von fast 50 % aller festgestellten Decubitalulcera. Tabelle 2 gibt Auskunft über die Verteilung der Grade und die Geschlechterverteilung innerhalb der Gruppen. Es zeigte sich, dass Frauen weitaus überrepräsentiert sind, was allerdings auch an ihrem insgesamt höheren Anteil liegt. Eine diesbezügliche Änderung war über die Jahre nicht festzustellen.

Setzt man diese Zahlen in Bezug zu den anderen verfügbaren Erhebungen aus Hamburg und Hannover, ergibt sich

Tabelle 1

Gefundene Decubitalulcera bei einer Stichprobe der 2. Krematoriumsleichenschau 1999 – 2002 in Berlin

	1999	2000	2001	2002	gesamt
Alle in Berlin Verstorbene	34.996	?	?	?	–
2. Leichenschau gesamt	16.371	14.226	13.834	13.712	58.143
Umfang der Stichprobe	1.033	2.838	5.807	3.995	13.673
Anzahl der nachgewiesenen Decubitalulcera	95	526	598	557	1.776
% der Stichprobe	9,2	18,5	12.0	13,9	13,0

Tabelle 2

Geschlechterverteilung nach Graden

	1999		2000		2001		2002		gesamt	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
I°	8	16	30	57	21	55	13	33	72	161
II°	8	20	89	116	84	136	82	120	263	392
III°	5	15	47	113	62	138	79	159	193	425
IV°	3	20	24	50	20	82	17	54	64	206
Summe	24	71	190	336	187	411	191	366	592	1184
%	25,3	74,7	36,1	63,9	31,3	68,7	34,3	65,7	33,3	66,7
Summe III° + IV°	8	35	71	163	82	220	96	233	257	631
% aller Decubital-ulcera	8,4	36,8	13,5	31,0	13,7	36,8	17,2	41,8	14,5	35,5

Tabelle 3

Angabe „Decubitus“ auf dem Leichenschauschein

1999	2000	2001	2002
23	7	3	51

kein wesentlicher Unterschied zwischen den Großstädten Hamburg, Hannover und Berlin. Auffällig ist lediglich, dass in der Hamburger und Hannoveraner Studie die viertgradigen Decubitalulcera mit je 0,9 % des Untersuchungskollektivs angegeben sind, während sie in Berlin knapp 2 % aller untersuchten Leichen ausmachen, was 15,2 % aller Leichen mit einem Decubitus entspricht. Auch beim Grad III-Decubitus liegt Berlin an der Spitze.

In insgesamt 30 Fällen (1999 – 2002) führte dies zur Meldung des Verdachtes auf einen nicht natürlichen Todesfall an die Staatsanwaltschaft mit nachfolgender Obduktion und Beschlagnahme sowie Auswertung der Patientenunterlagen. Die Angabe, es läge ein Decubitus vor, fand sich allerdings sehr viel öfter. Diese Eintragung des ausstellenden Arztes auf dem Leichenschauschein ließ sich jedoch nicht immer verifizieren. Auffällig ist, dass die Bereitschaft, einen Decubitus auch zu vermerken, offenbar angestiegen ist (s. Tabelle 3).

Natürlich wurden Leichenschauscheine nicht allein wegen eines Decubitus (D) unter dem Verdacht eines Pflegefehlers angehalten, sondern auch zum Beispiel wegen des Verdachtes einer Straftat, eines Unfalls oder Suizids. Jedoch wurde ein gewisser, allerdings kleiner, Teil von der Polizei auf dem Wege der Unbedenklichkeit und von der Staatsanwaltschaft als Freigabevermerk weiteren Untersuchungen entzogen. Dies betraf vereinzelt auch wegen eines Decubitus angehaltene Leichen mit teilweise ganz erheblichen Befunden.

Bei der Auswertung der beschlagnahmten Patientenakten ergab sich, wie schon vermutet, dass in nahezu allen Fällen die Verstorbenen zuvor nicht in derselben Einrichtung gepflegt worden waren, in dem auch der Tod eintrat. Ärzte und Pflegepersonal des letztbehandelnden Krankenhauses konnten somit exculpiert werden, da die Einlieferung bereits mit einem Decubitus erfolgt war. Nach Aktenlage war deutlich, dass alle Beteiligten größte Anstrengungen unternommen hatten, den vorhandenen Decubitus zu lindern oder zur Abheilung zu bringen. Ein häufig von Angehörigen vorgetragener Einwand richtet sich allerdings gegen den angeblich zweifelhaften Wahrheitsgehalt und die Vollständigkeit der Pflegeprotokolle, die Bestandteil der Patientenunterlagen waren. Aus gutachterlicher Sicht stößt man hier naturgemäß an Grenzen, trotzdem waren nur in einem Fall zweifelhafte Eintragungen zu bemängeln, die dann aber zufriedenstellend erklärbar waren.

2002 war im Akteneingang eine leichte Häufung der Gutachtenaufträge (ohne Sektion) bezüglich des Verdachtes auf einen Pflegefehler festzustellen. Vermehrt erstatteten Angehörige oder Betroffene selbst Anzeige bei Polizei und Staatsanwaltschaft. Vor diesem Hintergrund kommt den erhobenen Zahlen schon eine Bedeutung zu. Darüber hinaus war eine Tendenz feststellbar, dass auch die Polizei von sich aus häufiger den Antrag auf eine Obduktion stellte, wenn Liegedruckgeschwüre offenbar waren. Das war in 2002 allein viermal der Fall, während dies in den davor liegenden Jahren nur ganz vereinzelt vorgekommen war.

Die Kausalkette Grunderkrankung – Decubitus – Sepsis lässt für sich genommen

schon den Verdacht auf einen Pflegefehler aufkommen. Hier wird zu überprüfen sein, ob tatsächlich in ausreichendem Maß Vorsorge getroffen wurde, einen Decubitus nicht erst entstehen zu lassen. Dies schließt naturgemäß auch die Begutachtung der Ein- und Ausfuhrprotokolle, der Lagerungsprotokolle und der durchgeführten Pflegemaßnahmen (Pflegenachweis) ein.

In der Vergangenheit wurden mehrfach Krankenakten im Rahmen eines von der Staatsanwaltschaft angeforderten abschließenden Gutachtens ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass die Pflegedokumentation mitunter lückenhaft war und auch sonst Anlass zur Beanstandung gab. Dies führt begreiflicherweise immer wieder auch zu Rückfragen seitens der Polizei und der Staatsanwaltschaft. Letztlich führte die Begutachtung aber fast immer zu dem Ergebnis, dass eine schwere Grunderkrankung in Verbindung mit hohem Lebensalter schicksalhaft zwangsläufig zum Tode geführt hat.

Zu warnen ist in diesem Zusammenhang vor der unkritischen Verabreichung von Analgetika, insbesondere von Morphin. In einzelnen Fällen waren in den Leichenasservaten Konzentrationen nachzuweisen, die an eine Überdosierung denken ließen. In solchen Fällen kann leicht der Verdacht aufkommen, dass, aus welchen Gründen auch immer, vorsätzlich gehandelt worden ist (aktive Sterbehilfe? Tötung auf Verlangen? Totschlag?). Es kann sich dabei natürlich auch um Suizide handeln. In diesen Fällen kann dann der Vorwurf im Raume stehen, dass die Medikation nicht sorgfältig überwacht worden ist. Auch sollte stets daran gedacht werden, dass bei hochbetagten, multimorbiden Patienten die Nierenausscheidung gestört sein kann mit der Folge, dass dann Medikamente, die sonst in therapeutischer Dosierung gegeben werden, im konkreten Fall zu einer Überdosierung führen.

Auch wenn kaum je ein todesursächlicher Behandlungsfehler mit der im Strafrecht erforderlichen mit an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit zu beweisen sein dürfte, wird man aber das Leiden der Patienten nicht außeracht lassen können, das mit einem Druckliegegeschwür mitunter verbunden ist. Und von daher käme forensisch gesehen eine Körperverletzung gemäß § 223 StGB durchaus in Betracht (wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft). Auf der anderen Seite und dies ist – eine immer wieder bestätigte klinische Erfahrung – lässt sich ein Decubitus nicht in allen Fällen verhindern, das heißt, wie auch sonst bei der rechtsmedizinischen Begutachtung in anderen Fällen bei einem behaupteten Behandlungsfehler, wird es ganz entscheidend auf den Einzelfall und dessen Umstände ankommen. In dem hier in Rede stehenden Zeitraum (1999 – 2002) ist am Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin kein einziger Fall bekannt geworden, bei dem es zu einer Gerichtsverhandlung gekommen wäre.

Diese Beobachtung schließt aber für die Zukunft solche Fälle keineswegs aus. Im Gegenteil: Bei der zunehmenden Sensibilisierung in diesem Bereich wird man durchaus mit Fällen zu rechnen haben, in denen es zu einer Anklageerhebung und gegebenenfalls dann auch zu einer Verurteilung kommen wird. Bei sehr ausgedehnten und tief greifenden, sonst schwer erklärbaren Druckgeschwüren wäre es auch vorstellbar, dass sich die Beweislast umkehren könnte. Um das Risiko der behandelnden Ärzte und des Pflegepersonals nicht zusätzlich zu erhöhen, kann nur angeraten werden, die ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen bezüglich ihrer Anordnung und Durchführung sehr sorgfältig zu dokumentieren. Gerade im Hinblick auf die Druckliegegeschwüre kann eine Fotodokumentation (Verlaufskontrollen) später bei der gutachterlichen Beurteilung sehr hilfreich sein.

Fazit

Sicher ist es sinnvoll, die Entwicklung im Pflegesektor weiter zu beobachten. Man sollte sich jedoch davor hüten, mit erhobenem Zeigefinger auf den ersten Blick offenkundige Missstände anzuprangern, bevor nicht sämtliche Umstände des Einzelfalles beleuchtet sind. Es steht vielmehr zu befürchten, dass man allein durch den aufgeworfenen Anfangsverdacht einer Straftat die Bereitschaft des in der Regel an den Grenzen der physischen und psychischen Belastbarkeit arbeitenden Personals zu weiterer aufopferungsvoller Pflege zunichte macht. Die Verantwortung für zutage tretende Missstände ist nicht allein bei den Ausführenden, sondern auch bei der Gesellschaft allgemein zu sehen. Finanzieller Aufwand und bessere personelle Ausstattung sind ganz offensichtlich nur die eine Seite, ohne einen gesamtgesellschaftlichen Konsens wird sich am Schicksal der Alten, Kranken und Hilfebedürftigen nichts ändern.

Die Unterschiede zwischen den Großstädten Hannover, Hamburg und Berlin lassen sich nur mutmaßlich erklären. Berlin ist von seiner Einwohnerzahl her die größte der verglichenen Städte. Soziale Probleme mögen hier eine besondere Rolle spielen. Bei der Untersuchung ist zumindest in Berlin am Rande aufgefallen, ohne dass dies derzeit schon mit Zahlen zu belegen ist, dass ausländisch Stämmige so gut wie nie von einem Decubitus betroffen sind, diese aber auch selten in Pflegeheimen und Krankenhäusern sterben – und selten kremiert werden, da rituelle und religiöse Vorbehalte hier eine Rolle spielen. Hierauf wird in Zukunft unter anderem das Augenmerk zu richten sein.

Anschrift der Verfasser:

Prof. Volkmar Schneider
Freie Universität Berlin
Leiter des Instituts für Rechtsmedizin
Hittorfstr. 18, 14195 Berlin
E-Mail: volkmar.schneider@medizin.fu-berlin.de

Dr. med. Wolf-Gunther Troike
Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin in Berlin
Oranienstr. 106, 10969 Berlin
E-Mail: wolfgunther.troike@germed.verwalt-berlin.de

Statine

Neue Empfehlungen

Die europäische Arzneimittelbehörde plant neue Produktinformationen für die Gruppe der Statine (HMG-CoA-Reduktasehemmer). Das BfArM schließt sich den neuen Empfehlungen an, die Hersteller werden zurzeit angehört. Vorerst sollen die neuen Empfehlungen nur für Lovastatin-haltige Arzneimittel (Mevinacor®, seit 1.7.2003 viele Generika) gelten, Empfehlungen für andere Statine sollen folgen.

Untersuchungen vor Behandlungsbeginn:
Bei folgenden Erkrankungen/Risikogruppen soll die Kreatinkinase-Aktivität gemessen werden: Nierenfunktionsstörungen, Hypothyreose, erbliche Myopathien, bekannte Unverträglichkeit von Statinen und Fibraten, Alkoholmissbrauch, Patienten über 70 Jahre.

Überwachung der Therapie:
Patienten sollen umgehend über Schmerzen oder Krämpfe der Skelettmuskulatur berichten. Bei Auftreten soll die CK-Aktivität gemessen werden. Bei Erhöhung um mehr als das 5-fache des Normwertes Therapieabbruch, nach Abklingen der Symptome Therapieversuch in niedriger Dosierung und engmaschiger Überwachung, endgültiger Abbruch bei CK-Erhöhungen um mehr als das 10-fache des Normwertes.

Wechselwirkungen:
Vorsicht bei gleichzeitiger Gabe von Hemmstoffen des Cytochrom P450 3A4 Isoenzyms (z.B. Ciclosporin, Makrolide, Azol-Antimykotika, aber auch Grapefruitsaft).

Quellen:
Pharm Ztg. 2003; 148: 2412;
Leitlinie zur Therapie der Hyperlipidämie der Leitliniengruppe Hessen (Entwurf)

Anmerkungen: Insbesondere der geplanten Aufforderung an die pharmazeutische Industrie, Studien z.B. zur Erforschung des Mechanismus von Rhabdomyolysen oder zur Klärung von Interaktionen durchzuführen, kann zugestimmt werden. Generell sind die geplanten Empfehlungen für alle Statine sinnvoll. In Anbetracht der Diskussionen über den Einsatz von Statinen nachfolgend ein Auszug aus dem Fazit einer geplanten hausärztlichen Leitlinie aus Hessen:

Lipidsenkung ist nur eine Maßnahme zur Reduktion der kardiovaskulärer Ereignisrate. Von einer lipidsenkenden Therapie profitieren insbesondere Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen, auch unabhängig vom Cholesterinspiegel. Die Behandlung erhöhter Cholesterinwerte ohne Vorliegen weiterer Risikofaktoren wird gesundheitsökonomisch als problematisch beschrieben. Die Therapie muss auch nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Beeinflussung von Risikofaktoren wie z.B. Hochdruck, Diabetes, Rauchen, Bewegungsmangel, Ernährungsweise oder Trinkgewohnheiten umfassen. Dabei wird sich der Arzt bevorzugt den Risikobereichen zuwenden, bei denen der Patient die größte Motivation zeigt, seinen Gesundheitszustand positiv zu verändern.

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

Hormontherapie in der Menopause

Neue negative Ergebnisse

Nach Auswertung einer Begleitstudie zu der bereits Aufsehen erregenden WHI (Women's Health Initiative)-Studie stellte sich heraus, dass eine Kombinationstherapie mit konjugierten Estrogenen/Medroxyprogesteron entgegen den Erwartungen und der auch in Deutschland propagierten Meinung die Hirnleistung nicht verbessert, sondern eher verschlechtert. Ebenfalls gegen alle bisherigen Äußerungen von interessierten Fachkreisen scheint nach einer weiteren Auswertung der unter obiger Therapie vermehrt auftretetende Brustkrebs nicht von geringerer Malignität, sondern eher aggressiver zu sein (größere Ausdehnung und fortgeschrittenere Stadien, insbesondere vermehrt invasive lobuläre Karzinome). Die in dieser Serie bereits erwähnten zusätzlichen Risiken für koronare Herzkrankheit, Lungenembolie und periphere Thrombose lassen zumindest die kombinierte Hormontherapie in der Menopause als Langzeittherapie medizinisch fragwürdig erscheinen und machen eine intensive Aufklärung der Patientinnen auch bei menopausal-bedingten Beschwerden erforderlich.

Ein nachahmenswertes Verhalten kanadischer Ärzte: die Anzahl der Frauen über 65, die Hormone erhielten, sank von 10 % in 2001 auf circa 8 % in 2002. Nur bei circa 43 % dieser Frauen (5000) wurde eine Hormontherapie im Jahr 2002 begonnen, verglichen mit 1999. Wie stark wird der Rückgang der Verordnungen in Deutschland sein? Erste Anzeichen sprechen bei marktführenden Präparaten für ein ähnliches Verhalten deutscher Ärztinnen und Ärzte.

PS: Die AkdÄ verweist auf die absoluten Risikozahlen (ein Plus von 23 von 10.000 Frauen entwickeln pro Jahr eine mögliche Demenz). Sie diskutiert, dass es nicht auszuschließen sei, dass die Kombinationstherapie nicht nur das Risiko für M. Alzheimer, sondern auch für andere Formen der Demenz unter Einbeziehung vaskulär bedingter Erkrankungen erhöht.

Quellen: JAMA 2003; 289: 3304, 3241, 3243 und 3254 ;
Newsletter der AkdÄ 2003-024

Metformin

Richtlinien zur Therapie

Um das Auftreten der gefürchteten Laktatazidose unter der Therapie mit Metformin zu verhindern, sollte die Nierenfunktion kontrolliert werden und Metformin bei allen zu einer Gewebshypoxie führenden Situationen abgesetzt werden. Die Autoren empfehlen folgende kurzgefasste Richtlinien (nach Beachtung der bekannten Kontraindikationen zu Therapiebeginn):

- Therapie-Stopp bei Serum-Kreatinin mehr als 150 µmol/l (1,7 mg/dl)
- Therapie-Unterbrechung bei akuten Ereignissen wie Herzinfarkt oder Sepsis
- Therapieunterbrechung nach Gabe von Röntgenkontrastmitteln, Wiederaufnahme erst nach Kontrolle des Serumkreatinins und Normalisierung des Wertes
- Therapieunterbrechung zwei Tage vor Allgemeinnarkosen, Wiederaufnahme bei stabiler Nierenfunktion.

Quelle: Arzneimittelbrief 2003; 37: 30

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt, Heft 8/2003

Neuer Kurs Ernährungsmedizin 2004

Vom 23. Januar bis zum 25. April 2004 veranstalten die Landesärztekammern von Brandenburg und Berlin an fünf Wochenenden den 6. Kurs Ernährungsmedizin unter tatkräftiger Mitwirkung der MUT Gesellschaft für Gesundheit. Der Wissenschaftliche Beirat des Kurses wacht darüber, dass fachlich äußerst kompetente Referenten ausgewählt werden und die Kursteilnehmer über die für den Arzt wichtigen Inhalte des Curriculums Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer in Vorträgen, Fallbesprechungen und Praktika unterrichten.

Es liegt in der Natur der Sache, dass ein solch ehrgeiziges Unterfangen, ein Querschnittsfach wie die Ernährungsmedizin in 80 Stunden kompakt und interessant darzustellen, immer nur eine Annäherung an das Ideal sein kann. Fachlich/inhaltlich berührt der Kurs ein breites Gebietsspektrum von Pädiatrie, Intensivmedizin, Frauenheilkunde über Biochemie, Physiologie, Sportmedizin bis hin zur Inneren Medizin. Diese Gebiete müssen zumindest punktuell bis in die Tiefe abgehandelt werden, um den Stellenwert der Ernährung in der primären und sekundären Prävention hinreichend zu würdigen.

Kursleitung und wissenschaftlicher Beirat machen sich deshalb immer wieder intensiv Gedanken, wie man dem berechtigten Anspruch der Hörer auf einen sachgerechten und fesselnden Kurs gerecht werden kann. Das wichtigste Hilfsmittel zur Erreichung dieses Zieles liegt in der Hand der Kursteilnehmer. Wenn sie sich, wie in den vergangenen Kursen, wieder der Mühe unterziehen, die Beurteilungsbögen nach jedem Teilkurs auszufüllen, kann eine stetige Verbesserung des Kurses erreicht werden.

Wie weit ist nun die Möglichkeit gediehen, die Weiterbildung in Ernährungsmedizin über die Zertifizierung des Kurses hinaus in eine führungsfähige Bezeichnung einmünden zu lassen? Was den bisherigen Stand der Möglichkeit einschließlich einer angemessenen Honorierung angeht, verweise ich auf die Ausführungen zum Kurs 2003 (Barth und Klaua, 2002; Bernhardt, 2003).

Auf dem diesjährigen 106. Deutschen Ärztetag wurde ein Antrag auf Einführung einer Zusatzweiterbildung „Ernährungsmedizin“ zwar beraten, dann aber zur Beschlussfassung an den nächsten Ärztetag 2004 verwiesen.

Es gilt also, die Kollegen – insbesondere die Delegierten des nächsten Ärztetags – problembewusst und entscheidungsfreudig zu machen. Wer Kollegen kennt, die innerhalb der Kammergremien mit Fort- und Weiterbildung befasst sind, ist aufgerufen, im Gespräch für die Sache der Ernährungsmedizin zu werben.

Argumente sind zu finden bei Barth und Klaua (2003) sowie bei Biesalski et al. (1999).

Prof. Dr. med Christian Barth
em. Professor für Ernährungsmedizin
Wissenschaftlicher Leiter des Kurses
barth@mail.dife.de

Weitere Informationen zum Kurs siehe Fortbildungskalender, Termin Nr. 26 in diesem Heft oder unter Tel.: 030/ 29 33 02-0/-44, Fax: 030/ 20 33 02 11 bei der MUT gGesellschaft für Gesundheit mbH, Büro Ernährungsmedizin, Rudolfstraße 1, 10245 Berlin.

Kleine Literaturliste

Barth, C. und Klaua, S. (2002) Ernährungsmedizin wird Grundpfeiler der Medizin. Brandenburgisches Ärzteblatt 122/2002, S. 373

Id. (2002) Ernährungsmedizin – Ein neuer Kurs beginnt BERLINER ÄRZTE 11/2002, S. 30-31

Bernhardt, J. A. (2003) Zur Anerkennung von Kenntnissen in der Ernährungsmedizin. Kurs Ernährungsmedizin/Programm 2003, S. 21

Biesalski, H. K. et al. Leitsätze zur Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen. Ernährungsmedizin (Biesalski, H. K. et al., Hrsg.) Thieme, Stuttgart 1999, S. 4-6

Die medizinische Beichte

Leibniz als Gesundheitsreformer

Für den berühmten Denker rangierte die Medizin gleich hinter der Tugend. Er glaubte, „dass dieser Teil der Staatsverwaltung (sic!) der Gegenstand größerer Sorge für die, welche regieren, sein sollte, nächst der für die Tugend, und dass einer der größten Erfolge der wahren Sittlichkeit oder Politik die Herstellung einer besseren Medizin sein wird, wenn die Menschen weiser als jetzt zu sein angefangen und die Großen ihre Reichtümer und ihre Macht für ihr eigenes Glück besser anzuwenden gelernt haben werden.“ Seit der Universalgelehrte Gottfried Wilhelm Leibniz (1647-1716) dies in seinen Nouveaux Essais anmerkte, sind fast drei Jahrhunderte vergangen. Aber weiser sind die Menschen wohl kaum geworden, die „Großen“ schon gar nicht. Oder ist zum Beispiel Horst Seehofer weise, wenn er erst vom „größten Reformwerk in der jüngeren Sozialgeschichte“ spricht und kurz darauf einräumen muss, das würde allenfalls Luft für fünf Jahre schaffen? Also wieder nur eine Kostendämpfungs-Notmaßnahme, diese „Gesundheitsreform“, die weder mit Gesundheit noch mit Reform viel zu tun hat.

Abb. Bildarchiv Preußischer Kulturbesitz

Hören wir dagegen Leibniz. Als Sechsundzwanzigjähriger wollte er die medizinische Beichte einführen: Jeder Bürger hat ein Beichtbüchlein zu führen und alle seine Gesundheitssünden (nachzuschlagen in einem Buch) einzutragen. Wie ein guter Katholik zum Priester sollte ein guter Staatsbürger regelmäßig zum Arzt gehen, auch als noch nicht Kranker, um seine Vergehen gegen die eigene Gesundheit zu beichten. Selbstverantwortung auf paternalistisch, wie es in den aufgeklärten Absolutismus passt. Der Arzt hat dem geständigen Gesundheitssünder medizinische Bußen aufzuerlegen: Er muss diätetische Regeln befolgen. Ungeachtet der Schweigepflicht sollen Arzt und Priester sich über das gemeinsame Beichtkind austauschen – zu dessen Körper- und Seelenheil.

Neben dem Individuum wollte Leibniz auch den Staat in die Pflicht zur Gesundheit nehmen: Verhaltens- und Verhältnis-Prävention, womit er klassisches Public Health-Denken vorwegnahm. Zu den Aufgaben der Herrschenden zählt er die Sorge für die Gesundheit der Untertanen durch Verbesserung ihrer Lebensverhältnisse. Er forderte Hygienemaßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen, den Bau von Hospitälern und Überwachung der Apotheken, sogar schon so moderne Dinge wie Tierversuche und Mortalitätsstatistiken.

Die Aufzeichnungen über seine Gespräche mit Gelehrten während einer Englandreise im Jahre 1673 sind nach Disziplinen gegliedert und enthalten auch einen Medizinteil. Da finden sich unter anderem Rezepte, etwa „Mondpillen“ (ein Silberpräparat) gegen die Wassersucht. Er verdankte sie dem Physiker, Chemiker und Pharmazeuten Robert Boyle. Der wandte sich gegen die damals weit verbreitete Geheimmedizin und veröffentlichte seine Rezeptsammlungen.

Leibniz griff das auf und schlug vor, Mönche und Nonnen sollten alle medizinischen Rezepturen der Welt zusammentragen und sie vor allem auch den Armen zugänglich machen. Die Ärzte, so forderte Leibniz, sollen zugleich Forscher sein oder zumindest nach wissenschaftlicher Fundierung ihres Tuns streben. Um zu gewährleisten, dass alle Patienten ohne Ansehen der Person, des Standes und des Geldbeutels behandelt werden, sollten die Ärzte nicht von den Patienten direkt bezahlt, sondern vom Staat angestellt werden, schlug Leibniz vor. Der Arzt sollte wie der Pfarrer für einen Sprengel zuständig sein.

Dass der produktive Polyhistor sich auch mit Medizin und Gesundheits-

wesen so intensiv befasste, ist wenig bekannt. Unter seinen 200.000 nachgelassenen Manuskriptseiten befassen sich etwa 3000 mit diesem Themenkreis. Aber sie sind zu einem großen Teil noch nicht erschlossen, geschweige denn publiziert – ungehobene Schätze! Doch auf dem VII. Internationalen Leibniz-Kongress in Berlin, gab es eine Vortragsreihe zum Thema Medizin und Gesundheitswesen unter Leitung von Brigitte Lohff, Medizinhistorikerin aus Hannover. Daran haben wir aus aktuellem Anlass („Gesundheitsreform") hier erinnert.

Rosemarie Stein

BUCHBESPRECHUNGEN

Fortbildung in der DDR

Bodo Mros unter Mitarbeit von Günter Jäschke und Horst Spaar.

Akademie für Ärztliche Fortbildung. Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft, Berlin, 2003, broschiert, 172 S., ISSN 1430 - 6964.
5 Euro zzgl. Versandkosten

Die Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR (AfÄF) existierte einschließlich ihrer Vorläufer von 1947 bis Ende 1990. Sie war eine nachgeordnete wissenschaftliche Institution des Ministeriums für Gesundheit mit eigenem Promotionsrecht. Die jetzt erschienene Publikation von Bodo Mros, Günter Jäschke und Horst Spaar fasst die Aufgaben der Akademie umfassend zusammen. Diese liegen in den alten und heute auch den neuen Bundesländern bei den Ärztekammern. Dazu gehörte:

- Die „Aus- und Weiterbildung von Leitungskadern (Führungskräften)", der „Nomenklaturgruppe", die im einheitlich staatlich organisierten Gesundheits- und Sozialwesen der DDR als regionale Leiter, als Kreis- und Bezirksärzte, später auch als Direktoren der „Medizinischen Bereiche des Hochschulwesens" in der AfÄF ihre Qualifikation absolvierten. Hierzu gab es auch eine Ergänzung in den entsprechenden Bezirksakademien, etwa für Chefärzte (S. 23ff.).

- Die Erarbeitung der Bestimmungen zur Weiterbildung, Subspezialisierung und Methodenqualifizierung (z.B. EEG) als Facharzt/Fachzahnarzt/Fachapotheker einschließlich der Erarbeitung von Bildungs- und Prüfungsstandards in zentralen Fachkommissionen (ZFK) für alle Fachrichtungen, die vom Ministerium in Kraft gesetzt wurden, sowie die Durchführung von zentralen und dezentralen Lehrgängen für die Kandidaten, aber auch die Weiterbildungsleiter (S. 30ff.).

- Die einheitliche Gestaltung der (Pflicht-)Fortbildung in der gesamten DDR, seit 1974 unter anderem auch über 24 vom Minister ernannte Fortbildungskliniken der Akademie, deren „möglichst habilitierte" Chefs (S. 50) als Honorarprofessoren und -dozenten berufen wurden (S. 47ff.).

- Die Organisation einer postgradualen Fachweiterbildung von in der Medizin tätigen „naturwissenschaftlichen und technischen Hochschulkadern sowie Diplompsychologen und Diplomsoziologen" mit einer nach dem Abschluss verliehenen ergänzenden Berufsbezeichnung (S. 52ff.).

- Weiterbildung ausländischer Ärzte.

Eine vergleichbare Publikation existierte bisher nicht. Sie ist deshalb eine unentbehrliche Hilfe für jeden, der eine lebendige Darstellung vorzieht – jenseits ausschließlicher Lektüre von Gesetzen und Verordnungen, die hier über sorgfältige Annotierungen gleichzeitig auffindbar gemacht wurden. Als Nachschlagewerk zu nutzen, verhilft das Heft zu einem differenzierten Bild der Geschichte, Struktur und Wirkung, auch mithilfe des sechzigseitigen Anlagenteils mit zentralen Entwicklungs- und Personaldaten, dieser im deutschen Sprachraum bisher einmaligen Einrichtung.

Dr. med. Udo Schagen