

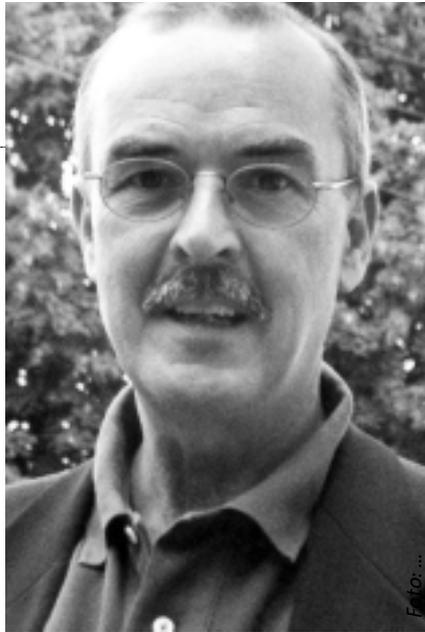
Erstes EuGH-Urteil für Deutschland

Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 9. September 2003 zum Bereitschaftsdienst von Ärzten ist klar und eindeutig: Bereitschaftsdienst, den ein Arzt in Form persönlicher Anwesenheit im Krankenhaus leistet, ist im Sinne der EG-Arbeitszeit-Richtlinie 93/104 in vollem Umfang Arbeitszeit. Dies gilt auch für die Zeiten, in denen der Bereitschaftsdienst leistende Arzt nicht in Anspruch genommen wird, er sich sozusagen ausruht.

Das Gericht hat damit klargestellt: Der bloße Umstand, dass der Arbeitgeber dem Arzt einen Ruheraum zur Verfügung stellt, in dem er sich aufhalten kann, solange von ihm keine beruflichen Leistungen verlangt werden, ändert nichts an dem Ergebnis, dass die gesamte Zeit des Bereitschaftsdienstes im Krankenhaus Arbeitszeit ist.

Die juristische und politische Auseinandersetzung, die es nach dem Urteil vom Oktober 2000 in einem spanischen Fall gab, muss jetzt zu Ende sein. Bereitschaftsdienst ist nicht nur in Spanien Arbeitszeit. Solche Argumente waren in Wirklichkeit nur der Versuch, vor dem tatsächlichen Recht die Augen zu schließen, um nicht neue Arbeitszeitstrukturen für die Krankenhäuser aufbauen zu müssen.

Jetzt ist alles klar. Trotzdem liegt noch viel Arbeit vor uns. Zunächst einmal ist



Lutz Hammerschlag

ist Jurist und stellvertretender Hauptgeschäftsführer beim Marburger Bund/Bundesverband

der Gesetzgeber gefordert, der auf dem schnellsten Wege den Grundsatz „Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit“ in dem Arbeitszeitgesetz berücksichtigen muss. Das geltende Arbeitszeitgesetz geht von der falschen Voraussetzung aus, dass Bereitschaftsdienst arbeitszeitrechtlich als Ruhezeit zu werten ist. Dies ist falsch, verstößt gegen Europa und ist nun obsolet.

Auch die Tarifvertragsparteien von Bund, Ländern und Gemeinden sowie die Gewerkschaften Marburger Bund und ver.di sind gefordert. Ein Tarifvertrag muss abgeschlossen werden, der die Vorgaben berücksichtigt und dazu beiträgt, dass ein modernes Arbeitszeitmanagement in den Krankenhäusern aufgebaut wird. Die Vorstellungen des Marburger Bundes als Gewerkschaft der Klinikärzte liegen auf dem Tisch. Bei Bereitschaftsdiensten, in denen die Inanspruchnahme unter 40 % liegt, soll tariflich ermöglicht werden, die tägliche Arbeitszeit auf bis zu 12 Stunden zu verlängern.

So ist es möglich, in der Praxis einen Zeitarbeitsrahmen zum Beispiel von 8 bis 21 Uhr einzuführen – mit versetzter Vollarbeit in 8-Stunden-Zeitabschnitten und einem Bereitschaftsdienst von 20 bis 8.30 Uhr. Wichtig dabei ist: Wer Bereitschaftsdienst leistet, darf weder

vorher noch nachher zur normalen Arbeitszeit herangezogen werden.

Mit diesem Modell wird die Arbeitsbelastung in Grenzen gehalten, Marathondienste vermieden und das Risiko medizinischer Fehler mit der Folge haftungsrechtlicher Verantwortung gering gehalten. Darüber hinaus wird die Erreichbarkeit der Ärzte auf den Stationen für Patienten verbessert, da der Arbeitszeitrahmen ausgedehnt wird.

Das Arbeitszeitmodell des Marburger Bundes bedeutet für Ärztinnen und Ärzte mehr planbare Freizeit und mehr Zeit für die Familie. Voraussetzung, dass dies funktioniert, ist die notwendige Aufstockung des Krankenhauspersonals. Im ärztlichen Bereich brauchen wir circa 15.000 zusätzliche Stellen. Dies kann kaum ohne die Erhöhung des Krankenhausbudgets um circa 1 Milliarde Euro zu bewerkstelligen sein.

Klar ist also: Europa verbietet den übermüdeten Arzt, die übermüdete Ärztin. Europa hat's geregelt. Jetzt muss hier gehandelt werden.

Ihr

TITELTHEMA.....

Hypertonie: Diuretika erste Wahl?

Das Thema „Hochdrucktherapie“ geht jeden Arzt an. Insofern ist es verständlich, dass die Ergebnisse der im Frühjahr veröffentlichten ALLHAT-Studie für Wirbel sorgten: Diuretika sind genauso gut wie neuere, weit kostspieligere Antihypertensiva. Das ist Sprengstoff. Seither herrscht ein Fachstreit über die Ergebnisse, den wir in diesem Heft abbilden möchten. Wir baten zwei ausgewiesene Berliner Experten, der eine Pharmakologe, der andere Internist, um ihre Einschätzung.

Einleitung von Rosemarie Stein14

Allhat-Studie: Pro von Walter Thimme16

Allhat Studie: Kontra von Thomas Unger19



MEINUNG

Erstes EuGH-Urteil für Deutschland

Von Lutz Hammerschlag3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

Mitteilungen aus dem Robert-Koch-Institut11

Leserbriefe12

ARZT SEIN IN BERLIN.....

Dem Grauen die Stirn bieten

Ein Portrait des Berliner Arztes
Ferdinand Haenel

Von Thomas Loy22

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

Der mündige Patient

Ein Editorial von Heidi Knake-Werner

ermunterte unseren Leser Harald Kamps, sich über die Tücken der Patientenkommunikation Gedanken zu machen26

Kommentar

Von Günther Jonitz27

Kinderwunschbehandlung bei Jugendlichen

Von Susanne Baumgarten-Klaumünzer
und Heribert Kentenich28

Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte35

FORTBILDUNG.....

Chronisches Erschöpfungssyndrom

Aus dem Kompendium Evidenzbasierte
Medizin 200229

Programm zum Kongress

Humanitäre Hilfe34

PERSONALIEN.....

**Bestandene Facharztprüfungen
Mai bis August 2003**23

**Manfred Stürzbecher
zum 75sten**31

**Zum 70sten Geburtstag von
Eberhard Jung**31

Dietrich Pellnitz wird 9032

**In memoriam Karl-Heinz
Riessbeck**33

**Zum Tode von
Johann Albrecht Rief**33

Impressum42

Tipps für arbeitslose Ärzte jetzt neu auf der Kammer-Homepage

Die Ärztekammer Berlin hat ihre Internetinformationen für arbeitslose Ärzte ausgebaut. Unter www.aerztekammer-berlin.de finden Sie im Kapitel „Aktuelles/Jobs & Vertretungen“ Informationen für Arbeit suchende Ärztinnen und Ärzte. Hier erfahren Betroffene, welche Schritte einzuleiten sind, wenn Arbeitslosigkeit droht. Zudem gibt es Tipps über das Arbeiten im Ausland, zu Aufbaustudiengängen und Kontaktadressen der Arbeitsämter. Auch so genannte „Frequently asked Questions“ (häufig gestellte Fragen) wurden mit Antworten eingestellt.

Zudem veröffentlicht die Kammer hier „Stellen, Jobs und Vertretungen“. Diese Jobbörse wird in den nächsten Monaten automatisiert, so dass Suchen-

de und Anbieter ihre Informationen selbst einstellen können. Bis dahin werden Jobangebote oder -gesuche für die Internet-Seiten der Kammer über die Online-Redaktion eingestellt. Sie ist über die E-Mail-Adressen d.buenning@aekb.de und j.bernhardt@aekb.de zu erreichen.

Die Kammer ersetzt mit diesem Angebot die bisherige persönliche Direktberatung arbeitsloser Ärzte. Hierfür war die „Kontakt- und Informationsstelle für arbeitslose Ärzte“ Ende der 80er Jahre eingerichtet worden, als durch den Mauerfall der Beratungs- und Neuorientierungsbedarf für Ärzte besonders hoch war. Mittlerweile hat sich die Lage am Ärzte-Arbeitsmarkt deutlich entspannt.

Symposium für Hans Gummel

Das HELIOS-Klinikum veranstaltet am 31. Oktober anlässlich des 30. Todesjahres seines früheren Direktors Prof. Dr. Hans Gummel ein Symposium. Die Veranstaltung, auf der unter anderen Detlev Ganten, Lutz Helming und Joachim Dudenhausen sprechen, informiert über die Lebensstationen und das fachliche Wirken der Arztpersönlichkeit Hans Gummel. Termin: 14 bis 17 Uhr, Max Delbrück Communications Center, Biomedizinischer Campus, Robert-Rössle-Str. 10, Berlin-Buch.

„Wie werde ich Facharzt?“

...unter diesem Titel bietet die Ärztekammer am 2. Dezember 2003 eine Informationsveranstaltung in ihrem Hause an. Eine ähnliche Veranstaltung gab es schon einmal im November 2001. Aufgrund der positiven Resonanz und des ganz offensichtlich gewachsenen Informationsbedarfs rund um die Themen „Weiterbildung“ und „Arbeitszeitregelung“ im Krankenhaus wird sie jetzt wiederholt.

In Vorträgen und einer anschließenden ausführlichen Podiumsdiskussion werden die Weiterbildungsordnung vorgestellt und Informationen zum Arbeitszeitgesetz und den Konsequenzen aus dem aktuellen EuGH-Urteil vermittelt. Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz, Vertreter der Weiterbildungsausschüsse und des Arbeitskreises „Junge Ärzte“ stehen für alle Fragen zur Verfügung. Im Anschluss haben Sie die Möglichkeit, sich individuell von den Mitarbeiterinnen des Weiterbildungsreferates beraten zu lassen.

TERMIN: Dienstag, 2. Dezember 2003, 19.30 Uhr
im Haus der Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

In Vorbereitung der Veranstaltung können Sie ab sofort Ihre Fragen richten an: info021203@aekb.de

Ärztliche Stelle Qualitätssicherung Strahlenschutz – Berlin

Die von Ärztekammer und Kasernenärztlicher Vereinigung gemeinsam betriebenen Ärztlichen Stellen nach Röntgen- und nach Strahlenschutzverordnung wurden mit Wirkung zum 1. August 2003 unter dem Namen „Ärztliche Stelle Qualitätssicherung: Strahlenschutz – Berlin“ zusammengefasst.

Die Umbenennung folgt der erweiterten Aufgabenstellung, die nach der Novelle der Röntgen- und der Strahlenschutzverordnung auf die Einrichtung zukommt. Wie berichtet, wird künftig nicht nur eine Überprüfung der röntgendiagnostischen, sondern auch der strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Anlagen

erforderlich. Zudem wird der Strahlen anwendende Arzt künftig bei jeder Anwendung die rechtfertigende Indikation stellen und die Überweisung gegebenenfalls zurückweisen müssen. Auch dies wird – neben anderen Aufgaben – entsprechend den neuen Verordnungen im Rahmen der Qualitätssicherung von der Ärztlichen Stelle überprüft.

Die Ärztliche Stelle hat ihre Arbeit aufgenommen und mit der Datenerfassung sowie der Bildung von Gremien begonnen. Über die weitere Entwicklung, Ernennung von Gutachtern sowie Festlegung von Prüfbühnen werden wir unsere Leser auf dem Laufenden halten.

*Änderung der Bundesärzteordnung***AiP-Abschaffung braucht klaren Stichtag**

Nachbesserungen beim Referentenentwurf zur geplanten AiP-Abschaffung (Änderung der Bundesärzteordnung) forderten Bundesärztekammer, Marburger Bund und Krankenhausgesellschaft. Die im Referentenentwurf angepeilte Stichtagsregelung 1. Oktober 2004 sollte für alle Medizinstudenten gelten und nicht nur für die, die das AiP zu diesem Zeitpunkt noch nicht begonnen haben. Bliebe es so, wie jetzt vorgesehen, wäre es für Medizinstudenten attraktiv, ihr Examen zu verzögern oder danach ein Jahr zu pausieren, um nicht unter die Übergangsregelungen zu fallen. Auch ein Abwandern ins Ausland befürchteten die Verbände. Um dies zu verhindern, fordern sie, den 1.10. 2004 als echten Stichtag für alle festzulegen.

Ebenfalls unzufrieden sind die drei Organisationen mit den unklaren Regelungen zum Finanzierungsbedarf der AiP-Abschaffung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft rechnet bei einem Wegfall der AiP-Phase mit zusätzlichen Perso-

nalkosten von rund 300 Millionen Euro pro Jahr. Wie von Gesundheitsministerin Schmidt auf dem 2. Arbeitszeitgipfel angekündigt, können die hierfür anfallenden Mittel nicht aus dem laufenden Budget finanziert werden, sondern müssen den Krankenhäusern in der akuten Übergangsphase im Rahmen einer Sonderfinanzierung zur Verfügung gestellt werden. Hier wünscht man sich eindeutige Regelungen im Gesetzentwurf. Zudem fordern die drei Organisationen, dass die Umwandlung der noch vor dem 1.10. besetzten AiP-Stellen in Assistenzarztstellen ebenfalls komplett refinanziert wird. Das Vorhaben der AiP-Abschaffung ist bereits prospektiv auch im Gesundheitsreformgesetz verankert. Das Bundesministerium für Gesundheit peilt an, die dafür notwendige Änderung der Bundesärzteordnung noch in diesem Jahr in den Bundestag einzubringen. Ein ehrgeiziger Zeitplan, denn bislang gibt es hierzu nur den oben erwähnten Referentenentwurf.

Informationsreise**Russische Delegation zu Gast bei der Ärztekammer**

Eine Delegation aus Vertretern des russischen Gesundheitsministeriums und der Moscow Medical Academy wurde Mitte Juli in der Ärztekammer Berlin empfangen. Die Gäste wollten sich vor allem über die Organisation der Weiterbildung in Deutschland informieren und hatten spezielle Fragen zur hausärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik.

Ebenfalls von Interesse war die Funktion von Ärztekammern

und ihre Möglichkeiten, ärztliche Qualifikationen zu steuern und auf politische Entscheidungen im Gesundheitswesen Einfluss zu nehmen. Ein Themengebiet, für das sich übrigens fast alle Delegationen aus postsozialistischen Staaten interessieren. Viele dieser Länder haben noch immer ein weitgehend staatliches Gesundheitssystem und denken derzeit über die Schaffung ärztlicher Selbstverwaltungsstrukturen nach.

Protest

Ärzte wehren sich gegen Praxisgebühr

Der Widerstand der Ärzte gegen die Praxisgebühr wächst. Im Gesundheitsreformgesetz ist angestrebt, dass ab 2005 für jeden Arztbesuch eine Gebühr von 10 € fällig wird, einzutreiben durch den Arzt. Ausnahme: der Besuch erfolgt bereits auf Überweisung. Ein konkretes Verfahrenskonzept zum Einzug der Praxisgebühr existiert derzeit noch nicht. BERLINER ÄRZTE sprach über das Thema mit Dr. Wolfgang Kreisler vom BDA.

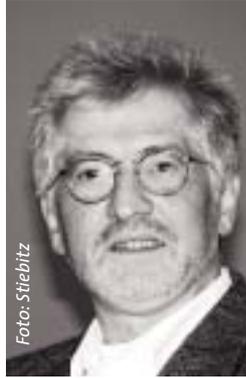


Foto: Sitebitz

Herr Kreisler, der BDA hat Anfang September gegen die Arztgebühr mobil gemacht.

Ja, wir Hausärzte halten diese Idee für kompletten Unsinn. Die Steuerungswirkung ist gleich Null und der bürokratische Aufwand ist für den niedergelassenen Arzt kaum zu bewältigen.

Die klimpernde Registrierkasse auf dem Empfangstresen ist für viele Ärzte eine Horrorvision.

Bar-Inkasso? Das funktioniert doch überhaupt nicht! Viele Praxen haben zu Quartalsbeginn mehrere hundert Patienten täglich. Da kommt schnell einiges zusammen. Ich möchte mit solchen Beträgen keine Arzthelferin zur Bank schicken. Wenn, dann ginge das überhaupt nur mit EC-Karten.

Und wie sieht es bei Notfallpatienten aus?

Schlecht! Notfälle müssen wir natürlich sofort behandeln. Da wird wohl keiner erst mal gemütlich nach der EC-Karte fragen. Aber auch bei anderen Patienten würde das Geldeintreiben Probleme machen. Denken Sie an Heimbewohner, an alle älteren pflegebedürftigen Menschen, bei denen wir Hausbesuche machen müssen. Viele von ihnen haben kein Bargeld im Haus.

Hätten Sie einen Vorschlag, wie man das Problem überhaupt lösen könnte?

Also, wenn man auf die Erhebung schon nicht generell verzichten will, sollte man die Erstinanspruchnahme des Hausarztes durch den Patienten im Quartal mit einer entsprechenden Kennziffer auf dem Abrechnungsschein vermerken und das weitere Procedere der Einziehung dann den Krankenkassen überlassen. Es kann nicht angehen, dass wir Ärzte zu Vollstreckungshelfen der Politik gemacht werden sollen. Eigentlich ist die Praxisgebühr eine verkappte Beitragserhöhung.

Finanzprobleme

Zentrum für Folteropfer muss umziehen

Das Behandlungszentrum für Folteropfer muss seinen Standort im Klinikum Westend räumen. Der Grund: das Gebäude am Spandauer Damm 130 soll umfassend renoviert werden. Bis spätestens zum Jahresende zieht die Einrichtung deshalb aufs Gelände des früheren Krankenhauses Moabit. Der Zwang zum Auszug wird das Behandlungszentrum finanziell hart treffen. Eine Vereinbarung mit der Senatsverwaltung für Wissenschaft über Mietfreiheit wird nämlich mit einem Standortwechsel hinfällig. Derzeit verhandelt das Zentrum mit der Senatsverwaltung für Gesundheit über eine Verlängerung der Konditionen. Ob mit Erfolg, war bei Redaktionsschluss noch offen.

Da das Zentrum nicht für die Regelversorgung zugelassen ist (nur drei der dort arbeitenden Ärzte besitzen eine auf wenige Abrechnungsziffern begrenzte Ermächtigung), muss es rund 80% der anfallenden Behandlungskosten für seine Patienten selbst tragen. 40 % davon werden über Spendengelder ge-

deckt, der Rest aus Mitteln der UNO, der EU und des Bundes. Das Zentrum, mit heute 26 Mitarbeitern, ist die einzige Einrichtung dieser Art in Deutschland. Sie wurde 1992 gegründet und steht seitdem unter der Leitung des Psychotherapeuten Dr. med. Christian Pross. Jährlich werden rund 500 Folteropfer aus der ganzen Welt betreut.

Da das Zentrum den überraschenden Umzug nicht aus eigenen Mitteln finanzieren kann, sucht es derzeit Sponsoren und bittet die Kollegen um Unterstützung.

Spendenkonto:

Behandlungszentrum für Folteropfer, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Konto-Nr. 020 307 42 34, BLZ 100 905 03. Bitte verwenden Sie beim Verwendungszweck das Stichwort „BZFO-Umzug“.

Einen der im Behandlungszentrum tätigen Ärzte, Dr. Ferdinand Haenel, haben wir übrigens auf S. 22 portraitiert.

Endlich fertig

Krankenhausplan im Internet

Die Fortschreibung des Krankenhausplans – sie sieht eine Reduzierung um 1300 Betten vor (wir berichteten) – ist als PDF-Datei unter www.Berlin.de/SenGesSozV im Internet zu haben.

Wer Papier bevorzugt, kann das 170 Seiten umfassende Werk auch als Broschüre bei der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz bestellen.

Es kostet 12,50 € zuzüglich Porto bei Versand. Bestellungen werden unter der Rufnummer Tel. 9028-2848 entgegengenommen.

Fragebogen

TU untersucht Stress im OP

Arbeitswissenschaftler der TU Berlin (Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Friesdorf) untersuchen derzeit die speziellen Arbeitsbelastungen von Ärzten im OP und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden. Die Forscher wollen wissen, welche Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen in besonderer Weise zu Ermüdung und Burnout führen und welche nur eine vergleichsweise geringe Beanspruchung verursachen. Daraus sollen Erkenntnisse für eine bessere Arbeitsgestaltung gewonnen werden.

Die Wissenschaftler haben einen Fragebogen ausgearbeitet und ins Internet eingestellt. Sie bitten Ärzte und Pflegekräfte, die in OP's tätig sind, diesen Bogen auszufüllen und einzusenden.

Der Fragebogen ist unter www.awb.tu-berlin.de/stress abzurufen und kann in etwa 30 Minuten anonym ausgefüllt werden. Die Ergebnisse werden veröffentlicht und auf Wunsch zugestellt. Wer keinen Internet-Zugang hat, kann den Fragebogen auch unter Tel. 314-79506 bestellen.

Geehrt

Bundesverdienstkreuz

Für sein besonderes Engagement als Wanderer zwischen den Welten wurde Dr. med. Hermann Kahl mit dem Bundesverdienstkreuz geehrt. Für den früheren Ärztliche Direktor des St. Hedwig-Krankenhauses wurde der Gang durch die Mauer zum Alltagsgeschäft und führte zu einer ungewöhnlichen Berufsbiographie. Der Internist wohnte in Westberlin, blieb aber auch nach

Mauerbau auf seinem Chefarztposten im St. Hedwig Krankenhaus. Attraktive Stellenangebote aus dem Westen schlug der Pendler zwischen Sozialismus und Kapitalismus Zeit seines Berufslebens aus, er wollte seine Ost-Berliner Patienten nicht im Stich lassen. Am 25. September feierte Hermann Kahl seinen 85sten Geburtstag.



Statistik

Gesundheitsbericht Berlin 2002

Der Gesundheitsbericht des Landes Berlin liegt vor. Er enthält unter anderem die Todesursachenstatistik für Berlin, Analysen zur Morbidität in Berlins Bezirken, Ergebnisse des Berliner Herzinfarktregisters sowie Verweildauern und Einweisungsdiagnosen bei stationären Aufenthalten, um nur

einiges aus der Fülle der Informationen zu nennen.

Unter www.berlin.de/sengesozv/statistik ist der Bericht kostenlos zu haben.

Als gebundene Broschüre kostet er 15 € und kann unter der Rufnummer Tel. 9028-2598 bestellt werden.

DKI-Studie

Bürokratie raubt Klinikärzten drei Stunden täglich

Durchschnittlich 2,42 Stunden pro Arbeitstag (!) beschäftigt sich ein Chirurg mit Dokumentation. Davon entfallen etwa 2 Stunden auf die patientenbezogene und 41,5 Minuten auf die rein administrative Dokumentation. Mit noch mehr Bürokratie schlagen sich die Internisten herum. Sie verbringen durchschnittlich 3,15 Stunden damit, wobei sie gut zweieinhalb Stunden patientenbezogen dokumentieren und 39,1 Minuten administrativ.

Das kam jetzt bei einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts heraus, die im Auftrag

der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbands der leitenden Krankenhausärzte den Dokumentationsaufwand von Klinikärzten ermittelt hat. Befragt wurde eine repräsentative Stichprobe von 2400 Ärzten aus der Allgemein Chirurgie und der Inneren Medizin. Insgesamt beteiligten sich 1010 Ärzte an der Erhebung (Rücklaufquote: 42,3 Prozent). Damit liegt die erste deutsche Repräsentativerhebung zu diesem Thema vor.

Der größte Zeitfresser ist offenbar das Erstellen von Entlassungsberichten (Internisten

22,3 Minuten und Chirurgen 15,3 Minuten pro Fall). Auch die Dokumentation der Anamnese kostet viel Zeit (Internisten 14,6 Minuten und Chirurgen 12,7 Minuten pro Fall). Mit dem Verschlüsseln von Diagnosen beschäftigen sich Internisten und Chirurgen gleich lang: beide über 11 Minuten pro Fall (!). Die schriftliche Beantwortung von Anfragen verschiedener Kostenträger raubt Internisten und Chirurgen pro Woche eine gute Dreiviertelstunde. Und weitere 24 bis 26 Minuten brauchen beide pro Woche noch mal für das Schreiben von Anträgen auf

Rehabilitation und Kuren; um nur einige der schlimmsten „Time-Killer“ zu benennen.

Einen Auszug der Ergebnisse veröffentlichte die Zeitschrift „Das Krankenhaus“ in ihrem Heft 7/2003 (S. 544 – 547). Die Gesamtergebnisse gibt's im Buchhandel: Karl Blum, Udo Müller: Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge, Düsseldorf 2003 (Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft).



Ärzte sollten sich und ihre Mitarbeiter gegen Influenza impfen lassen

Das Robert-Koch-Institut und die Arbeitsgemeinschaft Influenza appellieren an Berlins Ärzte: Lassen Sie sich und ihre Mitarbeiter gegen Influenza impfen, um die Ihnen anvertrauten Patienten, Ihre Familie und sich selbst wirkungsvoll vor Influenza zu schützen! Im September haben Berliner Krankenhausbetriebsärzte umfangreiches Informations- und Aufklärungsmaterial zur Influenza-Schutzimpfung und Durchführung von Impfkationen erhalten. Auch die Berliner niedergelassenen Ärzte werden dazu aufgerufen, dieses Jahr wieder Impfkationen für Mitarbeiter durchzuführen.

Wie in der vergangenen Influenzasaison starteten die Arbeitsgemeinschaft Influenza und das Robert-Koch-Institut damit auch dieses Jahr wieder eine gemeinsame Aktion für die Erhöhung der Influenza-Impfquote bei Beschäftigten in medizinischen und pflegerischen Berufen.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) stuft neben Personen über 60 Jahren und solchen mit einem Grundleiden, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr, „z.B. medizinisches Personal“, als besonders Gefährdete für eine Influenza-Infektion ein. Diese haben



nicht nur ein erhöhtes Risiko, an Influenza zu erkranken, sondern stellen dadurch auch eine mögliche Infektionsquelle für die betreuten Patienten oder Kontaktpersonen dar. Auch das Personal in Altenpflegeheimen bedeutet eine mögliche Infektionsquelle für die von ihm betreuten Senioren. In der Regel ist die Erkrankung an Influenza gekennzeichnet durch plötzlich auftretendes hohes Fieber über 38,5°C, Schüttelfrost, Muskelschmerzen, Schweißausbrüche, allgemeine Schwäche, Kopfschmerzen, Halsschmerzen und trockenen Reizhusten, kann aber bei jün-

geren, gesunden Menschen auch asymptomatisch oder ohne typische Symptome verlaufen. Daher tragen viele im Medizin- und Pflegebereich Tätige während der Saison unwissentlich zeitweise das Grippevirus mit sich.

Die Influenzaschutzimpfung ist gut verträglich und bietet in den meisten Wintern eine gute Übereinstimmung mit den saisonal auftretenden Influenzaviren.

Weitere Informationen unter www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM

ANZEIGE



Zum Geburtstag von Herrn Professor Dr. sc. med. Rudolf Natusch

Versuche überhaupt wurden in den fünfziger Jahren durchgeführt. Die erste Natusch-Biopsie fand bereits 1962 statt und war höchstwahrscheinlich eine der ersten in Deutschland. Rudolf Natusch arbeitete intensiv an diesem Verfahren, so dass der Erfolg und die Sicherheit der Patienten gewährleistet waren. Er habilitierte 1974 (Promotion B) und wurde für seine Arbeit 1975 mit dem Virchow-Preis ausgezeichnet.

Die heutige Nierenbiopsie bedeutete damals den Durchbruch, der die Nephrologie wissenschaftlich und klinisch voran brachte. Die Krankheitsklassifikation von Volhard und Fahr wurde nachkorrigiert und erweitert. Es wurden gezielte Behandlungen für glomeruläre Krankheiten entwickelt und Prognosen fertig gestellt. Nephrologen aus der ganzen Welt kamen nach Berlin, um von Rudolf Natusch die Biopsietechnik zu erlernen. Eine enge Zusammenarbeit mit Prof. Gerhard Ditscherlein und Prof. Wolfgang Schneider, hervorragenden Nie-

renpathologen, führte endgültig zu >200 Vorträgen, >100 wissenschaftlichen Veröffentlichungen und >40 Buchbeiträgen.

Rudolf Natusch fasste seine Erfahrungen mit der Nierenbiopsie in einer Monographie zusammen, die heute noch einen der besten Beiträge zur Technik und Klinik der Nierenbiopsie darstellt. Das Buch ist klar und lebhaft geschrieben, die Abbildungen sind großzügig und die nierenhistologischen Beiträge von Ditscherlein und Schneider, komplett mit Immunofluoreszenz und Elektronenmikroskopie, von hervorragender Qualität. Heute würde man sie in Farbe erstellen können, vielleicht sogar auf CD. Die Nierenbiopsie nach Rudolf Natusch hat sich eigentlich wenig verändert. Schon damals wurde das Ultraschallfehlersuchgerät erwähnt. Prof. Natusch würde heute bestimmt immer noch die Menghini-Biopsienadel bevorzugen, obwohl die meisten der jüngeren Kollegen auf ein automatisch gesteuertes Biopsienadelsystem ausgewichen sind.

Prof. Natusch wurde 1982 zum Direktor der Medizinischen Klinik I im Klinikum Buch ernannt. Er leitete diese Klinik über eine Dekade und entwickelte ein nephrologisches Zentrum von hohem Ruf, insbesondere für glomeruläre Erkrankungen und Vasculitiden. Dank seines Einsatzes und durch ihn als Vorbild ist der Ruf der Klinik erhalten geblieben.

Wir gratulieren Herrn Prof. Natusch recht herzlich zum Geburtstag!

Ursula Göbel,
Ralph Kettritz,
Friedrich C. Luft
Medizinische Klinik I und
Franz-Volhard-Klinik,
HELIOS Klinikum-Berlin
Medizinische Fakultät der Charité,
Campus Buch
Korrespondenz:
Friedrich C. Luft, MD
Franz-Volhard-Klinik
Wiltberg Strasse 50
13125 Berlin, Germany
Telefon: +49 30 9417 2202;
Telefax: +49 30 9417 2206;
E-Mail: luft@fvk-berlin.de

DV-Bericht
BERLINER ÄRZTE 8/2003

Manipulation kann auf mannigfache Weise geschehen: durch Kommentare, durch Weglassen von Tatsachen oder durch Falschberichterstattung:

- Da schreibt ein Kollege einen Leserbrief, in dem das Gehalt des Kammerpräsidenten kritisiert wird. Dieser – offenbar gekürzte – Leserbrief kann nicht unkommentiert als Meinung hingenommen werden, sondern muss durch eine Rechtfertigung der Präsidentenentschädigung ergänzt werden.(...)
- Da wird von der Fraktion Gesundheit ein Antrag in die DV vom 25.6.03 eingebracht und von Frau Dr. Müller-Dannecker begründet. Kein Wort davon in der Berichterstattung. Immerhin wird die Meinung von Professor Mau zu diesem Antrag ausführlich zitiert und die Resolution abgedruckt.
- Da wird von einem Mitglied der Fraktion Gesundheit ein Antrag zur Anzahl der durch die Universitäten gestellten Delegierten eingebracht und begründet. Dieser Antrag wird nach Diskussion der DV mit großer Mehrheit beschlossen. In der Berichterstattung dazu heißt es: „Dr. Klaus Thierse (Marburger Bund) berichtete vorab, dass...“ Kein Wort über Antrag, Antragsteller und Beschluss der DV!(...)

Dr. Volker Pickerodt, 12207 Berlin

In der Tat ist versehentlich im DV-Bericht vergessen worden, die Antragsteller der beiden letztgenannten Anträge zu nennen. Für dieses Versäumnis möchte sich die Redaktion entschuldigen. (Die Red.)

Editorial
BERLINER ÄRZTE 8/2003

Mit ihrem Lei(d)artikel über die für Freiberufler geplante Mehrwertsteuer sprechen Sie sicher allen niedergelassenen Ärzten aus dem Herzen. Leider wurde trotz aller richtigen Argumente ein wichtiges versäumt.

Der Einführung der Gewerbesteuer lag der Gedanke zugrunde, dass Kommunen und Gemeinden in Infrastrukturen investiert haben, von denen die Gewerbetreibenden profitieren und die für sie zum Teil unentbehrlich sind.

Über die Gewerbesteuer sollte dafür ein Ausgleich hergestellt werden.

Hiermit kann bei den jetzt für die Gewerbesteuer ins Visier genommenen Freiberuflern jedoch nicht argumentiert werden.

Es handelt sich demnach bei der jetzt geplanten Gewerbesteuer für Freiberufler eigentlich um eine Form von Willkür des Staates, da einzig und allein der Finanzbedarf von Kommunen und Gemeinden und nicht Sachargumente die „Politiker“ aus den Büschen kommen und „Wegegeld“ abkassieren lässt.

Diese Willkür der Politik lässt uns Freiberufler die durch sie selbst gerissenen Finanzlöcher in den Gemeinden und Kommunen stopfen.

Die hierdurch erneut und zunehmend erzeugte Staatsverdrossenheit wird sich letztlich gegen die verantwortlichen Politiker wenden!

Udo Folkerts, 14169 Berlin

„Das Einmaleins der Skepsis“, Buchbesprechung
BERLINER ÄRZTE 8/2003

Auf so ein Buch über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken habe ich schon lange gewartet. Früher fand ich schon in einer interessanten mathematischen Diskussion über Wert und Unwert von Laborparametern, dass bei fehlender Voraussetzung, wie heutzutage üblich geworden, die Fehlerquote enorm ansteigt. Leider interessierte das niemand bei der 3-Minuten-Praxismedizin. (...) Hoffe, dass das Gigerenzerbuch schon im Handel zu bekommen ist.

Dr. med. Fredo Gniewskowski, 10627 Berlin

Hypertonie: Diuretika erste Wahl?

STREIT UM DIE ALLHAT-STUDIE

Das altbekannte Diuretikum Chlortalidon senkt den Blutdruck genauso gut wie neuere und weit kostspieligere Antihypertensiva, von denen die Diuretika weitgehend verdrängt wurden. In einigen Punkten ist das Diuretikum vom Thiazidtyp den teuren modernen Substanzen sogar überlegen.

Dies ist die wichtigste Botschaft der bisher größten randomisierten und doppelblinden Hypertonie-Studie. Sie hat einen höchst seriösen Urheber, nämlich das „National Heart, Lung and Blood Institute“ der Vereinigten Staaten. Eigentlich sollte die ALLHAT-Studie (Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial) die Hypothese von der Überlegenheit neuer Hochdruckmittel erhärten. Das gelang nicht. Einbezogen wurden anfangs 33.000 Hypertoniker über 54 Jahre mit mindestens einem weiteren Risikofaktor für kardiovaskuläre Krankheiten, die Hälfte davon Frauen, ein knappes Drittel Schwarze. (Unberücksichtigt bleibt an dieser Stelle der Lipid-Teil der Studie mit Pravastatin, das bei über zehntausend Probanden die Sterblichkeit nicht stärker senkte als eine Veränderung des Lebensstils.) Mit dem Thiazid-Diuretikum Chlortalidon in sehr niedriger Dosierung (12,5 bis 25 mg/die) verglich man drei verschiedene andere Blutdrucksenker: den ACE-Hemmer Lisinopril, den Kalziumantagonisten Amlodipin und den Alphablocker Doxazosin. Letzterer musste allerdings vorzeitig aus der Studie genommen werden, denn bei diesen Patienten kam es häufiger zu Herzinsuffizienz und auch zu Schlaganfällen als unter dem

Diuretikum. Einen Betablocker-Studienarm gab es nicht. Wenn der Blutdruck unter der jeweiligen Prüf-Medikation nicht genügend sank, konnten jedoch Betablocker, Reserpin oder Clonidin zusätzlich gegeben werden.

Bei blutdrucksenkender Wirkung gleichauf

Die antihypertensive Wirkung war unter den drei verbliebenen Prüfsubstanzen fast gleich. Auch die Zahl der – tödlichen und nichttödlichen – Herzinfarkte als primäre Endpunkte der Studie unterschied sich während der fünfjährigen Studiendauer nicht signifikant, ebenso wenig die Gesamtsterblichkeit. Bei den sekundären Endpunkten – Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Apoplex – schnitt das Diuretikum sogar besser ab als der ACE-Hemmer und der Kalziumantagonist.

Die Nebenwirkungen der (früher weit höher dosierten) Diuretika hat man bisher offenbar überschätzt. Zwar kommt es unter Chlortalidon öfter zu Hypokaliämie und zu erhöhtem Blutzucker. Auf den primären Endpunkt – Infarktverhütung – hatte dies aber keinen Einfluss, zumindest im Beobachtungszeitraum nicht. „Es ist eine Mär, dass Diuretika mehr Nebenwirkungen hätten als andere Antihypertensiva“, sagte Monika Legemann vom Deutschen Cochrane Zentrum in Freiburg im Gespräch mit BERLINER ÄRZTE. Die ALLHAT-Studie ist in ihren

Augen „ein schönes Beispiel dafür, dass man nicht auf jeden neuen Zug aufspringen muss“. Die Kritik an den Schlussfolgerungen im ALLHAT-Abstract (JAMA 2002; 288, 2981 ff.) hält sie, wie andere unabhängige Experten, für zwar nicht ganz unberechtigt, aber überzogen. Die Empfehlungen als Konsequenz der Studie lauten: Zur Hypertoniebehandlung der ersten Stufe soll man in aller Regel ein Thiazid-Diuretikum



Das Thema Hochdruck geht jeden Arzt an, oft auch ad usum proprium. Deshalb ist der Streit um die angemessenen Medikamente alles andere als nur akademisch. Ausgelöst hat ihn die große amerikanische ALLHAT-Studie. Die Ergebnisse verursachten ein mächtiges Rauschen im medizinischen Blätterwald. Sparsame Krankenkassen würden am liebsten nur noch die preiswerten Diuretika bezahlen. Die Hersteller neuer, kostspieliger Antihypertensiva dagegen und eine Reihe von Wissenschaftlern sehen das kritisch. Hier berichten wir kurz über Hintergründe, Ergebnisse und Folgen der ALLHAT-Studie und geben zwei gegensätzlichen Interpretationen das Wort, damit Sie als Leser und verordnender Arzt sich selbst ein Bild machen können.



wählen, und auch die für die meisten Patienten notwendigen Kombinationen sollten immer ein Diuretikum einschließen.

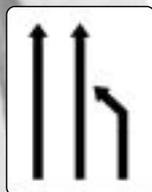
Im wesentlichen übernahm das amerikanische „Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure“ diese ALLHAT-Schlussfolgerungen. Seine internationale Empfehlung ist jedoch differenziert: Bei bestimmten Begleitkrankheiten soll

man mit anderen Antihypertensiva beginnen, zum Beispiel bei Angina pectoris mit Betablockern, bei Herzinsuffizienz mit Betablockern und ACE-Hemmern.

Fachstreit im vollen Gange

Objektive Berichte über die ALLHAT-Studie finden sich in der deutschen Fachpresse fast nur in anzeigenfreien, unabhängigen Blättern wie dem „Arzneimittelbrief“ (2003; 27, 12/13) oder dem „Arznei-telegramm“ (2003; 34, 1-1). Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft empfahl, ebenso wie andere um Objektivität bemühte Gremien auch schon vor ALLHAT, eine Hypertonie-Behandlung mit einem niedrig dosierten Diuretikum zu beginnen, die demnächst erscheinende zweite Ausgabe ihrer Hypertonie-Leitlinie sieht aber auch Betablocker und ACE-Hemmer als Mittel der ersten Wahl vor.

In industrienahen Zeitschriften und gesponserten Fortbildungsveranstaltungen wird hingegen heftig gegen die Aufwertung der verdrängten preiswerten Diuretika angeschrieben. So geschah es auch in der Hypertonie-Sitzung beim diesjährigen Deutschen Kongress für ärztliche Fortbildung. Erst am Schluss der Vortragsreihe erfuhren die Teilnehmer, dass sie dem Sponsoring einer Pharmafirma zu verdanken war, was man dem Programm nicht entnehmen konnte.



Die Ärztekammer Berlin möchte in dieser Ausgabe der BERLINER ÄRZTE den Fachstreit zur ALLHAT-Studie noch einmal darstellen. Welcher Argumente bedienen sich Befürworter und Gegner der Studie und worauf stützen sie sich? Wir baten deshalb zwei Berliner Autoren mit völlig gegensätzlichen Einschätzungen um einen Beitrag. Pro ALLHAT positioniert sich Prof. Walter Thimme, langjähriger früherer Chefkardiologe des Humboldt-Klinikums und Mitherausgeber des Arzneimittelbriefs. Prof. Thomas Unger, Pharmakologe der Charité/ Mitte vertritt im Folgenden die Contra-ALLHAT-Position.

Rosemarie Stein

„Eine gut entwickelte Werbemaschinerie bringt niedergelassenen Ärzten regelmäßig neue Antihypertensiva nahe. Da Studien mit relevanten Endpunkten (Morbidity, Mortality, Lebensqualität) bei Markteinführung immer fehlen und lediglich die Blutdrucksenkung nachgewiesen ist, werden von bezahlten Meinungsführern und anzeigenfinanzierten Streuzeitschriften theoretische Argumente wie „Stoffwechselneutralität“, Pharmakokinetik usw. in den Vordergrund gerückt.“ (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2001; 95, 5, 333).



ALLHAT-Studie: Kontra

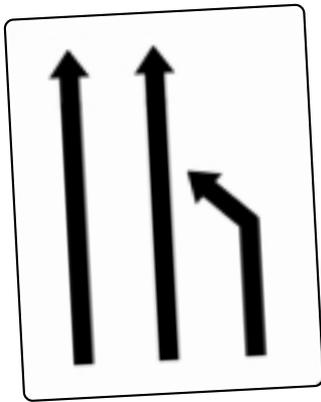
Von Thomas Unger

Die Autoren der ALLHAT-Studie interpretierten die Ergebnisse als Überlegenheit der Diuretika gegenüber anderen Antihypertensiva in der Verhütung schwerer kardiovaskulärer Ereignisse und koppelten diese Aussage zudem an ein ökonomisches Argument, nämlich an eine angebliche Überlegenheit der Diuretika auch aufgrund ihres vergleichsweise geringeren Preises. Die Resultate der ALLHAT-Studie stehen im Gegensatz zu vielen Ergebnissen großer klinischer Interventionsstudien der letzten Jahre. Dies hat zu einer anhaltenden internationalen Debatte über die Aussagekraft dieser Studie geführt.

Was wird der ALLHAT-Studie vorgeworfen ?

Das vielleicht schwerwiegendste Argument: wissenschaftliche Unredlichkeit der Autoren. Die Schlussfolgerungen der

Studie wurden mit großem Pomp in die Medien geworfen und nicht zuerst in einer wissenschaftlichen Zeitschrift veröffentlicht – eine für die Publikation wissenschaftlicher Ergebnisse sehr ungewöhnliche Vorgehensweise. Des Weiteren beruht die Quintessenz der Studie (dass nämlich Diuretika die besseren Antihypertensiva seien) ausschließlich auf willkürlich ausgewählten sekundären, nicht aber auf dafür allein zulässigen primären Endpunkten der Studie und, darüber hinaus, auf der wissenschaftlich unzulässigen Vermischung von Studienkriterien (Endpunkte) mit ökonomischen Kriterien (geringerer Preis), die überhaupt nicht Gegenstand der Studie waren. Dieses Verhalten verstößt gegen den allgemein akzeptierten Kodex der wissenschaftlichen Redlichkeit, oder bedeutet, wie der amerikanische Hypertensiologe Michael Weber formuliert, „... an almost unprecedented departure from scientific probity“.



Eine nähere Analyse von Studiendesign und Studiendurchführung bestätigt die Befürchtungen hinsichtlich einer unzureichenden Studienqualität. Hier seien nur einige wichtige Punkte genannt:

- ❖ Die Patienten waren zu 36 % Schwarze, die bekanntlich auf Diuretika gut, auf ACE-Hemmer und Betablocker jedoch weit schlechter ansprechen. Nicht repräsentativ für Hypertonikerpopulationen außerhalb der USA auch der ungewöhnlich hohe Anteil adipöser Patienten (mittlerer BMI 29,7 kg/m²).
- ❖ Die Auswahl medikamentöser Kombinationspartner entsprach nicht heutigen wissenschaftlich begründeten Kriterien: so konnten aus Gründen des Studiendesigns die Primärtherapeutika nicht mit einem (niedrig dosierten) Diuretikum, sondern lediglich mit einem Beta-Blocker oder einem kaum mehr gebräuchlichen Sympatholytikum wie Reserpin oder Clonidin, und in zweiter Linie mit dem zu Recht ausrangierten Vasodilatator Dihydralazin kombiniert werden. Hieraus ergab sich schon alleine eine Benachteiligung des ACE-Hemmers, insbesondere, wenn man berücksichtigt, dass zu Studienende eine große Anzahl von Patienten eine Kombinationstherapie erhielt, um den Zielblutdruck von <140/90 mm Hg zu erreichen.
- ❖ Die Studienendpunkte wurden nur ungenügend stichprobenartig verifiziert. Darunter hatte besonders die Diagnose „Herzinsuffizienz“ zu leiden, die unter den Bedingungen der Studie schon allein aufgrund von Knöchel-

ödemen (Nebenwirkung der Dihydropyridin-Calciumantagonisten wie Amlodipin!) gestellt werden konnte.

- ❖ Über 90 % der Patienten mit antihypertensiver Vortherapie (meist Diuretika aus Gründen der Rekrutierungsstrategie der Studie innerhalb bestimmter Bevölkerungsgruppen) wurden ohne Auswaschphase auf die Studienmedikation umgestellt, was das Auftreten von bisher unter Diuretika kaschierter Herzinsuffizienz in den Nicht-Diuretikagruppen begünstigte.
- ❖ Die Blutdruckwerte vor Studienbeginn waren für eine Hypertonikerpopulation erstaunlich niedrig und die in der Studie erzielte Blutdruckkontrolle ebenso erstaunlich gut verglichen mit den großen (europäisch-internationalen) Hypertoniestudien des letzten Jahrzehnts (e.g. HOT, LIFE), was entweder für eine wenig repräsentative Auswahl der Patienten als Hypertoniker oder, noch wahrscheinlicher, für eine selektiv auf Diuretika (Vortherapie, siehe oben) besonders gut ansprechende, damit aber gleichfalls nicht mehr repräsentative Patientenpopulation hindeutet.
- ❖ Eine ungewöhnlich hohe Cross-over Rate zwischen den Therapiegruppen sowie ein weit überdurchschnittlicher Patientenschwund im Verlauf der Studie werfen einen dunklen Schatten auf die Qualität der Studiendurchführung und lassen das angewandte intention-to-treat-Verfahren der Datenauswertung als fraglich geeignet erscheinen.

Fehler im Design

Die Ergebnisse der ALLHAT-Studie reflektieren fast minutiös die vielfachen Fehler in Design und Durchführung:

So gelang es zu keinem Zeitpunkt, den Blutdruck in den drei Behandlungsgruppen auf gleiches Niveau zu senken, obwohl die Autoren noch ein Jahr vor der Veröffentlichung der Studie dieses zu ihrem wichtigsten Ziel erklärt hatten, um die verschiedenen Therapieregime korrekt miteinander vergleichen zu

können. Der systolische Blutdruck der Chlortalidon-Gruppe bewegte sich während des gesamten Studienverlaufs um mindestens 2-3 mm Hg unterhalb desjenigen in der Lisinoprilgruppe (in der schwarzen Bevölkerung waren es durchgängig 4 mm Hg). Berücksichtigt man nun die kürzlich anhand von Daten an über einer Million Patienten erhärtete Tatsache, dass Blutdruckdifferenzen, die denjenigen der ALLHAT-Studie entsprechen, für sich alleine schon die Schlaganfallinzidenz und die koronare Mortalität markant beeinflussen, dann werden die ALLHAT-Befunde kaum mehr interpretierbar.

Müellos lässt sich auch das Argument entkräften, in Bezug auf den Endpunkt „Schlaganfall-Inzidenz“ habe sich das Diuretikum dem ACE-Hemmer als überlegen erwiesen. Eine Detailanalyse der Daten zeigt, dass bei der weißen, oder, besser gesagt, nicht-schwarzen Patientenmehrheit die Schlaganfallraten gar nicht voneinander unterschiedlich waren trotz stärkerer Blutdrucksenkung in der Diuretika-Gruppe. Bei den schwarzen Patienten war jedoch das relative Risiko durch das Diuretikum im Vergleich zum ACE-Hemmer um 40 % reduziert. Dieser Subgruppen-Effekt hat dem Gesamtergebnis der Studie hinsichtlich des Schlaganfalls zur statistischen Signifikanz zugunsten des Diuretikums verholten. Ein eindrucksvolles Resultat, wäre es nicht strikt auf die schwarze Patientenpopulation reduziert und wäre da nicht die konstant um 4 mm Hg stärkere systolische Blutdrucksenkung bei diesen Patienten, die für sich alleine schon alles erklären kann.

Und schließlich: Das Auftreten einer Herzinsuffizienz. Schaut man sich die diesbezügliche Kaplan-Meier Kurve an, so driften die drei Behandlungsgruppen sehr frühzeitig zugunsten des Diuretikums auseinander. Am Ende der Studienzeit war die Inzidenz der Herzinsuffizienz in der Tat höher in der Amlodipin- und Lisinoprilgruppe als in der Chlortalidongruppe. Aber auch hier sind große Zweifel an der Qualität der ALLHAT-Daten angebracht, die in den oben angeführten Mängeln des Studiendesigns

und der Studiendurchführung begründet sind (unrationales Behandlungsschema: ACE-Hemmer versus Diuretikum und nicht mit Diuretikum, keine Verifizierung der Diagnose, Demaskierung von Herzinsuffizienzen in den Behandlungsgruppen ohne Diuretika).

Problem: Diabetes-Neuerkrankungen

Von den „Vorteilen“ einer primären Diuretika-Therapie des Hypertonikers ist nach kritischer Analyse der ALLHAT-Daten also nichts übrig geblieben. Schlimmer noch: die ALLHAT-Daten demonstrieren einmal mehr, dass eine primär auf Diuretika basierende antihypertensive Therapie für die Patienten eine zeitbombenartige Gefahrenquelle darstellt: Obwohl die Autoren darauf bestehen, dass es zwischen diabetischen und nicht-diabetischen Patienten keinen signifikanten Unterschied bezüglich der definierten Endpunkte gab, so war doch (erwartungsgemäß) die Neu-Inzidenzrate des Diabetes mellitus (definiert als Nüchtern-Glukose Werte über 126 mg/dl) im Vierjahreszeitraum in der Chlortalidon-Gruppe mit absoluten 11,6% um bestürzende 43% höher als in der Lisinopril- und immerhin noch um 18% höher als in der Amlodipin-Gruppe. Im Verlauf der Studie hat sich dieser Unterschied nicht als kardiovaskulärer Risikofaktor auswirken können; das war in diesem kurzen Zeitraum auch nicht zu erwarten. Was aber aus den medikamentös produzierten Diabetikern in zehn oder zwanzig Jahren werden soll, vermeiden die ALLHAT-Autoren tunlichst zu diskutieren.

Klinisch nicht minder alarmierend ist die um das Achtfache (vs Lisinopril) bzw. Fünffache (vs Amlodipin) erhöhte Hypokaliämierate in der Chlortalidon-Gruppe. Auf die Gefahren einer Diuretika-induzierten Hypokaliämie ist immer wieder hingewiesen worden.

Wenn also die ALLHAT-Studie uns irgend etwas lehren kann, dann ist es, wie man eine Studie nicht konzipieren und durchführen und welche Schlussfolgerungen man nicht aus ihren Ergebnissen ziehen

soll. Als wissenschaftliche Grundlage für globale Therapie-Leitlinien wie jüngst in den halb-regierungsamtlichen US-amerikanischen JNC 7 –Leitlinien geschehen, kann man sie nicht gelten lassen, schon allein deshalb nicht, weil ALLHAT allenfalls für eine bestimmte amerikanische Patientenpopulation, keinesfalls aber für Europäer oder Asiaten repräsentativ ist.

Eine unmittelbar im Anschluss an die ALLHAT-Studie publizierte australische, an über 6000 älteren Hypertonikern durchgeführte Vergleichsstudie zwischen auf Diuretika- und ACE-Hemmern-basierender Therapie (ANBP-2), die unseren Verhältnissen in mancher Hinsicht viel näher kommt, hat bei diesmal identischer Blutdruckeinstellung zwischen den Gruppen unter ACE-Hemmern weniger primäre Endpunkte (alle kardiovaskulären Ereignisse und Gesamtmortalität) als unter Diuretika ermittelt. Diese Studie hat die Entscheidung des JNC-7 Gremiums ebenso wenig beeinflusst wie die für sich sprechenden Ergebnisse großer Hypertonie-Interventionsstudien der jüngsten Vergangenheit (e.g. LIFE, IDNT, RENAAL).

Wenn wir wirklich das eklatante Problem der unkontrollierten Hypertonie in unserem Land in den Griff bekommen wollen, dann werden wir dies nicht mit Mono-, sondern in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur mit Kombinationstherapien erreichen. Damit wird sich auch das Problem der Diuretika als initiale Monotherapie der Hypertonie erledigt haben.



Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med.
Thomas Unger
Direktor des
Instituts für
Pharmakologie
und Toxikologie
am Universitäts-
klinikum Charité
Hessische Str. 3-4
10115 Berlin

Literaturliste in der Internet-Version dieses Beitrags unter (www.aerztekammer-berlin.de)

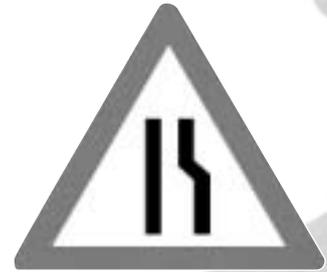




Foto: Loy

Ferdinand Haenel

Dem Grauen die Stirn bieten

Das hier ist kein Krankenhaus. Im Flur hat die Auslegeware Wellen geschlagen. Seitlich stehen Schränke mit Kleidung „zum Mitnehmen“. Ferdinand Haenel sieht auch nicht aus wie ein Arzt. Das Leinensakko fuchsrötlich, dazu ausgewaschene Jeans und graues Wuschelhaar. In seinem Büro stehen die Dinge bodennah, der kleine Schreibtisch klemmt im Eck. Die Weite des Raumes füllt der Teppich, den allein die Gedanken beschweren.

Das hier ist das Behandlungszentrum für Folteropfer. Haenel ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Im Behandlungszentrum arbeitet er schon zehn Jahre. Er sei unentbehrlich, sagt sein Chef, als Konfliktlöser und profunder Experte. Haenel sagt, hier stelle sich ihm die bohrende Sinnfrage nicht mehr. Dafür sei er sehr dankbar.

Wie man das aushält, zehn Jahre lang mit Geschichten aus der realen Hölle konfrontiert zu werden? Darauf weiß Haenel auch keine Antwort. Dass er es aushält, beweisen seine drei Kinder, die innerhalb dieser Zeit geboren wurden.

Als er sich um die Stelle bewarb, sagte seine Frau sowas wie: „Bist du verrückt geworden?“ In den Folgejahren trat dann das Gegenteil ein. Sein Blick ins Leben sei tiefer geworden, glaubt Haenel. Er habe durch die Menschen, denen er aus einem tiefen Tal hinaushelfen konnte, eine

Bereicherung erfahren. Haenel macht eine seiner langen Nachdenkpausen. „Manchmal gewinne ich den Eindruck, dass Menschen durch Folter auch innerlich erstarren können.“ Ferdinand Haenel wuchs behütet auf. Im mittleren Schwarzwald leitete sein Vater die internistische Abteilung einer Klinik. Die Mutter, auch Ärztin, kümmerte sich um die fünf Kinder. Es gab dann noch einen Onkel, einen Psychiater aus Hollywood, der wegen seiner jüdischen Frau aus Nazi-Deutschland emigriert war. Ferdinand, so scheint es, konnte seinem beruflichen Schicksal gar nicht entrinnen. Doch so einfach liegen die Dinge nicht.

Nach dem Abitur versucht er es zunächst mit Mathematik und Informatik, verliert aber bald die Lust an der Abstraktion. Nach sechs Semestern will er auf Medizin umsatteln, wird aber von der ZVS abgelehnt und klagt sich erfolgreich ins Studium ein. Haenel lacht, wenn er diese Geschichte erzählt. Nach dem Studium fängt er am FU-Institut für Physiologie an. Damals habe man sich die Stellen schon nicht mehr aussuchen können, erzählt er. Interessant wird es trotzdem. Haenel ist an Experimenten bei den Astronauten der D1-Mission in den USA beteiligt. Fragestellung: Wir wirkt sich die Schwerelosigkeit auf das menschliche Kreislaufsystem aus? Aus der Rückschau lässt sich diese Tätigkeit mit seiner heutigen durchaus auf einen Nenner bringen: Menschen in extremen Umweltbedingungen. Doch vom Menschen selbst bekommt Haenel immer noch zu wenig mit. Die Sinnfrage sitzt ihm im Nacken. Er macht eine Psychotherapie und findet eine vorläufige Antwort im Urban-Krankenhaus: die Facharzt-Ausbildung in Psychiatrie. Endlich hat er es mit richtigen Patienten zu tun. Das gesamte Spektrum psychischer Phänomene schärft Haenels diagnostischen Blick, bis er „in einem leichten Anfall von Größenwahn“ denkt, ihn könne nichts mehr erschüttern. Vergewaltigungen, Schläge auf die Fußsohlen, Wasserstrahl-Folter, Elektrofolter, Quetschungen an den Hoden. „Wie das einen Menschen zerstören kann, hätte ich nicht gedacht.“ Die Arbeit im Behandlungszentrum ist völliges Neuland, ein schwieriges Terrain, aber für einen unsteten Forschergeist wie Haenel ertragreich. Die Patienten wünschen sich von ihm, dass alles wieder so werde wie früher, wie vor der Folter. Das ist nicht möglich, sagt Haenel. Allenfalls lasse sich das Ausmaß der psychischen Folgen reduzieren, damit der Alltag bewältigt werden kann und so etwas wie „Daseinslust“ zurückkehrt.

Das Behandlungszentrum hat gerade Aufnahmestopp, wegen „Überfüllung“. Trotz steter Expansion – von 15 auf inzwischen 26 feste Mitarbeiter – reicht die Kapazität nicht aus. Haenel und seine Kollegen schulen seit Jahren niedergelassene Mediziner in der Behandlung und Begutachtung von Folteropfern. Haenel wünscht sich auch in anderen Disziplinen mehr „Barfußärzte“, die erst intensiv fragen und zuhören, bevor sie ihre diagnostische Maschinerie anwerfen. Im Behandlungszentrum ist diese „Barfußmedizin“ erprobter Standard. „Der Versuch des Verstehens ist unsere Stärke.“ Die Patienten, meist Bosnier oder Kurden, bekämen dann große Augen, dass ihnen plötzlich jemand zuhört, einfach so.

Thomas Loy (Journalist)

In dieser Rubrik portraituren wir in loser Folge Ärzte aus Berlin. Dabei wollen wir bewusst keine sehr prominenten Ärzte vorstellen, sondern Kollegen „next door“, die uns einfach aufgefallen sind. Über Vorschläge unserer Leser freuen wir uns sehr. Redaktions-Tel. 49 80 6-6000

Bestandene Facharztprüfungen Mai bis August 2003*

Allgemeinmedizin

Güngör Altun	24. Juni 2003	Dr. med. Michael Eich	5. Mai 2003
Masoumeh Amiri	17. Juni 2003	Claudia Grimm	9. Juli 2003
Dr. med. Christine Antoni	24. Juni 2003	Dr. med. Gabriele Groll	5. Mai 2003
Dr. med. Nazanin Bakthari	20. Mai 2003	Kerstin Haid	11. Juni 2003
Dr./Algerien Abdelhamid Brahimi	1. Juli 2003	Isabell Henkel	17. März 2003
Dr. med. Michael Brachmann	13. Mai 2003	Carola Heymann	11. Juni 2003
Dr. med. Rainer Dubielczyk	24. Juni 2003	Bernd Heyn	7. Mai 2003
Dr. med. Barbara Ennenbach	13. Mai 2003	Dr. med. Frank Hokema	9. Juli 2003
Dr. med. Christiane Fleige	10. Juni 2003	Hanno Krieg	5. Mai 2003
Dr. med. Caroline Heimpel	6. Mai 2003	Dr. med. Michael Martin	7. Mai 2003
Frank Kawohl	6. Mai 2003	Dr. med. Christoph Melzer-Gartzke	7. Mai 2003
Viviane Kolarczyk	6. Mai 2003	Beate Meltzian	18. Juni 2003
Angelika Kotschwar	17. Juni 2003	Oliver Müller	18. Juni 2003
Dr. med. Carolin Krings-Latovsky	19. August 2003	Dipl.-Med. Ulrike Ramin	11. Juni 2003
Dr. med. Andreas Krukenberg	19. August 2003	Dr. med. Uwe Riemann	17. März 2003
Susanne Lenk-Etier	20. Mai 2003	Dr. med. Mathias Rockstroh	14. Juli 2003
Sylvia Libera	6. Mai 2003	Dr. med. Annegret Scheid	11. Juni 2003
Friedrich Lutz	10. Juni 2003	Dr. med. Claus Schnapper	5. Mai 2003
Monika Otte	20. Mai 2003	Uwe Schnüll	9. Juli 2003
Andrea Martina Palzer	20. Mai 2003	Andreas Smolka	14. Juli 2003
Falko Paul	20. Mai 2003	Dr. med. Michael Toursarkissan	9. Juli 2003
Svea Paulich	10. Juni 2003	Dr. med. Katja Trommler	5. Mai 2003
Dr. med. Katharina Schieke	17. Juni 2003	Dr. med. Torsten Wechmann	17. März 2003
Dr. med. Dieter Schmidt	13. Mai 2003	Dr. med. Christoph Weirich	7. Mai 2003
Ulrich Schuricht	10. Juni 2003	Dr. med. Sabine Wolf	18. Juni 2003
Helene Suhrenbrock	5. August 2003		
Dr. med. Martin Walter	13. Mai 2003		
Kristina Wünsch	1. Juli 2003		

Anästhesiologie

Dr. med. Martin Bauer	17. März 2003
Dr. med. Moritz Bültmann	7. Mai 2003

Arbeitsmedizin

Dr. med. Astrid Haker	12. August 2003
Elsa Marlene Heindricks	12. August 2003
Dr. med. Horst Walt	12. August 2003

Augenheilkunde

Bert Müller	2. Juli 2003
-------------	--------------

Chirurgie

Sven Anders	19. August 2003
Robert Barz	13. Mai 2003
Dr. med. Carsten Engelmann	13. Mai 2003
Jakob Fink	1. Juli 2003
Dr. med. Dirk Freudiger	13. Mai 2003
Sabine Gallas	1. Juli 2003
Dr. med. Olaf Guckelberger	13. Mai 2003
Dr. med. Dirk Havenstein	13. Mai 2003
Dr. med. Sven Kästner	13. Mai 2003
Marco Kiesewetter	1. Juli 2003
Dr. med. Wega Koss	13. Mai 2003
Olaf Kujajewski	19. August 2003
Markus Leyh	19. August 2003
Guntram Otto	19. August 2003
Regina Schute-Eickhoff	19. August 2003
Hami Tabari	1. Juli 2003
Dr. med. Thorsten Unglaube	19. August 2003
Dr. med. Ronald Waterstrat	13. Mai 2003

Diagnostische Radiologie

Dr. med. Dirk Beyersdorff	10. Juni 2003
Dr. med. Bernhard Gebauer	10. Juni 2003
Dr. med. Antje Hallanzky	1. Juli 2003
Dr. med. Carina Lehmann	10. Juni 2003
Daniela Peschutter	10. Juni 2003
Dr. med. Kersten Villringer	1. Juli 2003

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. med. Hubertus Adt	2. Juli 2003
Dr. med. Christian Becker	25. Juni 2003
Dr. med. Esther Gaertner	6. August 2003
Tip Doktoru/Türkei Lale Güngör	7. Mai 2003
Dr. med. Dorit Hanoldt	6. August 2003
Dr. med. Debbie Klemeyer	25. Juni 2003
Dr. med. Kirsten Kuhlmann	25. Juni 2003
Dr. med. Andrea Machlitt	6. August 2003
Dr. med. Birgit-Petra Rudolph	25. Juni 2003
Futam Samman	2. Juli 2003
Heike Spanier	7. Mai 2003
Christiane Tennhardt	7. Mai 2003
Dr. med. Wibke Wilkening	2. Juli 2003
Dr. med. Christiane Wolf	7. Mai 2003

Herzchirurgie

Dr. med. Herko Grubitzsch	19. August 2003
Ralf Sodian	19. August 2003

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. med. Uta Fröschl	16. Juli 2003
Kostas Kandilakis	16. Juli 2003
Dr. med. Dorothee Lücke	16. Juli 2003

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. univ./H. Saman Atugoda	18. Juni 2003
Dr. med. Susanne Buder	18. Juni 2003
Stefanie Florek	18. Juni 2003
Dr. med. Raoul Hasert	16. Juli 2003

Innere Medizin

Dr. med. Sabine Aign	14. Mai 2003
Dr. med. Dirk Arnold	21. Mai 2003
Dr. med. Jan Hinrich Bräsen	9. Juli 2003
Dr. med. Michael Claaßen	11. Juni 2003
Dr. med. Matthias Claus	14. Mai 2003
Rahel Eckardt	25. Juni 2003
Dr. med. Eugen Feist	14. Mai 2003
Dr. med. Ines Franke	25. Juni 2003
Dr. med. Wolfgang Fritsch	25. Juni 2003
Ulrike Glagow	14. Mai 2003
Dr. med. Daniela Grimm	20. August 2003
Dr. med. Dorothee Hader	11. Juni 2003
Dr. med. Heike Herbig	20. August 2003
Dr. med. Hortense Slevogt	21. Mai 2003
Dr. med. Sebastian Kahle	21. Mai 2003
Dr. med. Kerstin Köhler	11. Juni 2003
Katrin König	21. Mai 2003
Dr. med. Martin Krüger	9. Juli 2003
Christine Kupprion	21. Mai 2003
Volker Laag	21. Mai 2003
Peggy Meyer	11. Juni 2003
Holger Neye	25. Juni 2003
Dr. med. Marlene Niepoth-Gerlach	20. August 2003
Markus Niesen	9. Juli 2003
Dr. med. Michael Oppert	2. Juli 2003
Kristina Pfister	25. Juni 2003
Dr. med. Rona Katharina Reibis	11. Juni 2003
Dr. med. Oliver Rick	21. Mai 2003
Dr. med. Johannes Schetelig	21. Mai 2003
Dr. med. Axel Scheuren	11. Juni 2003
Dr. med. Michael Schneider	21. Mai 2003
Dr. med. Clemens Schmitt	2. Juli 2003
Dr. med. Alexander Schmittel	25. Juni 2003
Dr. med. Katrin Schulze	2. Juli 2003
Dr. med. Rayk Springer	11. Juni 2003
Dr. med. Dr. rer. Nat. Dirk Wernicke	11. Juni 2003
Dr. med. Tessa Willers	20. August 2003

Kinderheilkunde

Dr. med. Werner Luck	6. August 2003
Tanja Pankok	6. August 2003

Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Anja Borgmann	14. Mai 2003
Dr. med. Martina Kraus-Haas	2. Juli 2003
Katharina Mouchegh	14. Mai 2003
Dr. med. Caroline Ragosch	18. Juni 2003
Dr. med. Kerstin Schnabel	2. Juli 2003

Dr. med. Renate Sprenger
 Dr. med. Freiherr Arend von Stackelberg
 Dr. med. Michael Zemlin

2. Juli 2003
 14. Mai 2003
 14. Mai 2003

Dr. med. Olaf Kensicki
 Cornel Kubacki
 Dr. med. Thomas Voss

14. Mai 2003
 14. Mai 2003
 14. Mai 2003

**Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und -psychotherapie**

Katja Fehling

15. Juli 2003

**Mikrobiologie und
 Infektionsepidemiologie**

Dr. med. Michael Lefmann
 Dr. med. Brigitta Schweikert

29. Juli 2003
 29. Juli 2003

Neurochirurgie

Dr. med. Asita Simone Sarrafzadeh Khorassani
 Mohamed Saed Rjebi
 Dr. med. Adina Taubert

26. Juni 2003
 26. Juni 2003
 26. Juni 2003

Neurologie

Aribert Bauerfeind
 Dr. med. Michael Böhm
 Dr. med. Kathrin Bölle
 Dr. med. Martin Holtkamp
 Dominik Hopmann
 Stephan Kinze
 Dr. med. Manuela Leichtle
 Dr. med. Knud Pieper
 Dr. med. Uwe Reuter
 Stephan Rodde
 Dr. med. Ramin Tavakolian-Raschti
 Jutta Timphus

6. Mai 2003
 3. Juli 2002
 3. Juli 2003
 19. Mai 2003
 6. Mai 2003
 24. Juli 2003
 24. Juli 2003
 24. Juli 2003
 26. Juni 2003
 19. Mai 2003
 6. Mai 2003
 19. Mai 2003

Neurologie und Psychiatrie

Dr. med. André Splitschuh

26. Juni 2003

Orthopädie

Dr. med. Oliver Bratsch
 Mario Deja
 Dr. med. Claudio Freimark

14. Mai 2003
 14. Mai 2003
 1. Juli 2003

Psychiatrie

Anneli Bittner
 Ines Frege
 Erik La Serra
 Christian Lütkecosmann
 Dr. med. Susanne Osburg
 Firyal Saleh
 Dr. med. Ulrich Schötschel
 Leonore Schrod
 Michael Tinkloh
 Marek Wassermann

19. Mai 2003
 29. Juli 2003
 17. Juli 2003
 13. Mai 2003
 12. Juni 2003
 17. Juni 2003
 15. Juli 2003
 17. Juni 2003
 12. Juni 2003
 17. Juni 2003

Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Nürgül Atas
 Dr. med. Robert Fisher
 Paul-Richard Guzek
 Dr. med. Mathias Kehn
 Dr. med. Petra Neumann
 Inken Resa-Thomas
 Dr. med. Dipl.-Psych. Wolfgang Rossius
 Dr. med. Antje Schulz

29. Juli 2003
 17. Juli 2003
 15. Juli 2003
 15. Juli 2003
 24. Juni 2003
 24. Juni 2003
 13. Mai 2003
 24. Juni 2003

Psychotherapeutische Medizin

Dipl.-Med. Elisabeth Farack
 Cordula Hildebrand

29. Juli 2003
 6. Mai 2003

Urologie

Reimar Domnitz
 Erfai Emtair
 Dr. med. Albrecht Kastein

22. Mai 2003
 22. Mai 2003
 22. Mai 2003

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

Der mündige Patient

Ein kurzer Beitrag von Berlins Gesundheitsmentorin Heidi Knake-Werner inspirierte unseren Leser Harald Kamps dazu, sich über den „mündigen Patienten“ Gedanken zu machen. So schön der Begriff auch ist, so hat er doch seine Tücken, sagt Kamps. Besonders schwierig gestaltet sich nämlich die Patientenkommunikation, wenn es um das Abwägen medizinischer Wahrscheinlichkeiten geht. Sein Plädoyer: Patienten brauchen Hilfe, Informationen zu verstehen. Man darf sie damit nicht allein lassen. (Die Red.)

Berlins Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz hat in BERLINER ÄRZTE 8/2003 einen dankenswerten Gastbeitrag geschrieben. Sie wünscht sich „einen Informationsaustausch auf gleicher Augenhöhe“ auch zwischen Ärzten und Patienten. „Gleiche Augenhöhe setzt aber ein neuartiges Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung voraus, in der Patientinnen und Patienten als Handelnde agieren. Der Ausgangspunkt ist die Selbstbestimmung des Patienten.“ Dem kann nur zugestimmt werden.

Ein wichtiges Problem scheint dann allerdings ausgeklammert zu werden: dass medizinische Entscheidungen auf Basis mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeiten getroffen werden. Unsicherheit ist Teil des „menschlichen Projektes“ und damit Teil der Medizin. Selbst wenn sich Mediziner dieser Unsicherheit bewusst sind, wird sie selten vermittelt. Patientenautonomie ist nicht möglich, wenn Patienten Beurteilungen, die auf statistischen Wahrscheinlichkeiten bauen, als absolute Wahrheiten betrachten. Auf diesem Feld ist mehr zu tun, als vielen Ärzten und Patienten klar ist. Vor einigen Jahren veröffentlichten norwegische Allgemeinmediziner ein Buch mit dem Titel: „Diagnose: Risiko“. Diesem Buch sind die folgenden klinischen Beispiele entnommen:

Beispiel 1

Ein 40-jähriger Mann geht zum Arzt. Seit zwei Tagen hat er starken Husten, der ihn nachts kaum schlafen lässt. Der Arzt hört mit seinem Stethoskop grobe Blasen über der linken Lunge. Evidenzbasierte Medizin hat gezeigt, dass in

diesem Fall die Wahrscheinlichkeit für eine Lungenentzündung circa 20 % beträgt. Unser Patient hat aber eine normale Atemfrequenz. Das reduziert die Wahrscheinlichkeit auf unter 10 %. Der Arzt erfährt das Ergebnis einer Blutprobe (CRP = 70). Diese erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass eine Lungenentzündung vorliegt auf 20-40 %.

Ich glaube dass in vielen Arztpraxen der Arzt dem Patienten sagt: „Sie haben eine Lungenentzündung und ich verschreibe Ihnen ein Antibiotikum.“ Und er wird dies kaum mit dem Patienten diskutieren.

Beispiel 2

Der Betriebsarzt hat Frau Mustermann (45 Jahre) routinemäßig untersucht und einen Blutdruck von 170/105 festgestellt. Er empfiehlt ihr, so schnell wie möglich mit blutdrucksenkenden Tabletten anzufangen. Sie geht zu ihrem Hausarzt und erzählt ihm, dass in ihrer Familie keiner einen Schlaganfall oder Herzinfarkt erlitten hat. Der Hausarzt misst einen durchschnittlichen Blutdruck von 168/102. Die Patientin möchte gern wissen, wie hoch ihr Risiko ist, eine Herz-Kreislaufkrankung zu bekommen. Sie raucht nicht, ihr Cholesterolverwert beträgt 6,0 mmol/l und der des HDL-Cholesterols 1,8 mmol/l. Andere Blutproben sind normal, auch der Blutzucker.

Der Arzt sagt, dass ihr statistisches Risiko in den nächsten zehn Jahren eine Herz-Kreislaufkrankung zu bekommen etwa 5 % beträgt. Eine medikamentelle Blutdruckbehandlung kann dieses Risiko um 2 % reduzieren. Um ihr das näher zu erläutern, sagt er, dass von 100 Frauen

mit demselben Blutdruck wie Frau Mustermann nach zehn Jahren 95 noch gesund sind. Wenn sich alle 100 für die Behandlung entscheiden, sind 97 gesund. Frau Mustermann sagt, dass sie nicht interessiert ist an einer Behandlung, wenn die Chance, dass sie ihr nützt, nur 1:50 steht. Auch vor jährlichen Kontrollen schreckt sie zurück. Sie will nicht zur Patientin gemacht werden und verspricht, in zehn Jahren zurückzukommen.

Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein solcher Dialog in einer Berliner Allgemeinarztpraxis stattfindet?

Beispiel 3

Frau Meier (53 Jahre) bekommt einen Einladungsbrief des neuen Brustzentrums zur Mammographie. Darin steht, dass die Untersuchung freiwillig ist, aber dass sie einen kleinen aber doch beweisbaren Effekt hat, einem zu frühen Tod durch Brustkrebs vorzubeugen. Jeder sollte die Vor- und Nachteile selbst abwägen:

Wenn 10.000 Frauen im Alter 50-60 Jahre 10 Jahre lang jedes 3. Jahr eine Untersuchung machen, dann werden 2000 von ihnen zu einer Nachuntersuchung wegen verdächtiger Befunde einberufen. Von diesen werden 200 die Krebsdiagnose bestätigt bekommen und chirurgisch behandelt werden. 20 von diesen werden wegen einer Krebsdiagnose operiert, die ohne biologische Bedeutung ist (die Krebszellen hätten sich aller Wahrscheinlichkeit nach nie zu einem Krebs entwickelt). Unter den 10.000 werden 50 an ihrem Brustkrebs sterben. Unter den anderen 10.000 Frauen, die sich nicht für die Mammographie entscheiden, werden 70 am Brustkrebs sterben. Also werden 20 von 10.000 Frauen durch die Mammographie eine Chance haben, nicht an Brustkrebs zu sterben.

Frau Meier hat mit 30 Jahren ihr erstes Kind bekommen. Sie weiß, dass die Schwester ihrer Mutter Brustkrebs hatte, als sie 60 Jahre alt war. Wie sie aus dem Brief entnimmt, hat sie deshalb ein höheres Risiko, selbst Brustkrebs zu bekommen und sie entscheidet sich für die

Untersuchung. Dabei erinnert sie sich, an den Satz: „Sollten Sie zu einer Nachuntersuchung eingeladen werden, so besteht kein Grund zur Sorge.“ Diesen Satz hat Frau Meier verstanden.

Wie groß ist die Chance, dass alle betroffenen Frauen diese Zusammenhänge verstehen?

Alle in diesen Beispielen genannten Wahrscheinlichkeiten basieren auf Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin. Einer Medizin, die mit statistischen Wahrscheinlichkeiten und mit gruppenbasiertem Wissen arbeitet. Die gegenseitige Abhängigkeit von Befunden und Einverstehen zu diesen Befunden fordert im Gesundheitswesen den Dialog zwischen dem mündigen Patienten und dem professionellen Arzt. Der mündige Patient muss ein Verständnis für die Unsicherheit medizinischer Entscheidungen bekommen und die Verantwortung übernehmen, gruppenbasierte Erkenntnisse mit seiner persönlichen Lebensgeschichte in Einklang zu bekommen. Die Metapher vom „Kunden“, der seinen Körper zur Reparatur im Gesundheitswesen abgibt, ist längst überholt und sollte ersetzt werden durch das Bild eines Patienten, der im Gesundheitswesenorchester die erste Geige spielt – unter der akzeptierten Leitung eines kompetenten Dirigenten.

Dieser Dirigent – der professionelle Arzt – hat in seiner Ausbildung Verständnis für die Komplexität medizinischer Erkenntnisse gewonnen. Er hat die Grundlagen evidenzbasierter Medizin verstanden und kann epidemiologisches Wissen im klinischen Alltag anwenden. Für ihn ist der Patient autonom und verantwortlich. Statt Paternalismus entwickelt sich ein gleichberechtigter Dialog: zwischen dem Patienten als Experten für sein eigenes Leben und dem Arzt als Experten für unsichere aber evidenzbasierte Entscheidungsprozesse.

Meine Befürchtung ist, dass

- zukünftige Mediziner in ihrer Ausbildung nicht auf solche komplexen Fragestellungen vorbereitet werden (zum Beispiel in solchen klinischen Situationen, die nach einer stärkeren

Kommentar

Die von Harald Kamps zu Recht angesprochene Problematik der sachgerechten und verständlichen Information ist medizinisch und politisch von größter Bedeutung. Nur durch die möglichst klare Abschätzung des individuellen Nutzens und Risikos einer ärztlichen Maßnahme lässt sich eine nutzbringende und damit auch ökonomisch angemessene Versorgung gewährleisten.

Allerdings ist das Thema nicht neu. In Berlin sind hierzu schon erfreulich viele Vorarbeiten geleistet worden. Im April 2001 wurden die Berliner Ärztinnen und Ärzte und die Delegiertenversammlung über das Thema „Risikoaufklärung“ informiert. Fachpartner war und ist das Max Planck Institut für Bildungsforschung in Berlin. BERLINER ÄRZTE berichtete mit einem Schwerpunktheft im gleichen Monat darüber. Bereits zwei Jahre früher beteiligte sich die Ärztekammer Berlin an einem Symposium in der Schweiz mit dem Untertitel „Abschied von der Absicherungsillusion“. Das Buch „Das Einmaleins der Skepsis“ von Prof. Gerd Gigerenzer, gerade besprochen in Heft 8/03 dieser Zeitschrift, ist dort entstanden. Zumindest in den USA verkauft sich dieses Buch besser als die Bücher über Harry Potter.

Noch weiter zurück liegt die Gründung des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Nachdem wir 1998 den ersten nationalen Kongress zur evidenzbasierten Medizin veranstalteten, sammeln sich in der Zwischenzeit die Aktiven auf dem Gebiet einer der Objektivität und Wahrheit – oder zumindest einem größeren Grad an Wahrhaftigkeit – verpflichteten Kommunikation gemeinsam mit anderen Berufsgruppen (www.ebm-netzwerk.de). Die Leitlinien der Bundesärztekammer weisen auf Initiative der Ärztekammer Berlin ausdrücklich das Kriterium der „Verständlichkeit“ auf.

Neben der Erkenntnis über eine bessere Aufklärung von Arzt und Patient bleibt die Frage, wie die Rahmenbedingungen gestaltet werden können, damit eine bessere Aufklärung zu einer besseren Versorgung führt. Die reine Erkenntnis reicht nicht aus. Deshalb bemüht sich die Ärztekammer u. a. um eine systematischere Fortbildung und um eine bessere Gesundheitspolitik. Vielleicht finden Ärzte wie Harald Kamps die Möglichkeit, diesen Prozess mit ihren Erfahrungen zu unterstützen.

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin



Foto: Archiv

Einbeziehung des Patienten in den nachfolgenden Therapieprozess verlangen (Beispiel 1));

- auch in der Fort- und Weiterbildung der Ärzte rationale klinische Entscheidungslehre ein Stiefkind ist, und oft die Probleme einer risikofokussierten Medizin vernachlässigt werden, die immer mehr Menschen zu Patienten macht, mit zumindest diskutabler Berechtigung (Beispiel 2);

- Patienten nicht vorbereitet sind, verantwortlich mit medizinischer Unsicherheit umgehen zu wollen, zum Beispiel in der Screeningmedizin, die bei vermeintlich gesunden Menschen die ersten Zeichen einer ernsten Erkrankung frühzeitig erkennen will und dabei oft nur unzureichend informiert (Beispiel 3);

- Politiker es auch weiterhin zulassen, dass große Teile der Bevölkerung zu Patienten erklärt werden, ohne dass die

einzelnen Menschen die Chance haben, dies individuell zu entscheiden. Denn dazu brauchen die Patienten wirklich „gute Informationen“.

Verfasser:

Harald Kamps
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 10997 Berlin
 harald.kamps@t-online.de

Literaturliste im Internet
 (www.aerztekammer-berlin.de)

Kinderwunschbehandlung bei Jugendlichen

Viele Ärzte, die eine Sterilitätssprechstunde anbieten, haben das schon mal erlebt: in ihrer Praxis erscheint eine jugendliche Patientin unter 18 und bittet um eine Kinderwunschbehandlung. In solchen Fällen spielen psychologische, aber auch sozio-kulturelle Besonderheiten eine Rolle. Mitunter kommen sogar schon 14 bis 16-jährige Mädchen (überwiegend aus dem mediterranen Kulturkreis) und lassen sich wegen ihres unerfüllten Kinderwunschs beraten. Hier einige kleine Tipps, wie sich behandelnde Ärzte in einem solchen Fall verhalten sollten.

Grundsätzlich ist zu vermuten, dass in diesen Fällen Druck durch die Familie (Eltern, Schwiegereltern) ausgeübt wird. Untersuchungen bei türkischen Migrantinnen ergaben, dass mehr als 20 % dieser Patientinnen in der Wohnung der Eltern oder Schwiegereltern leben, und dass es sich in nahezu 20% um vermittelte Ehen oder Verwandtenehen handelt. Ein sehr ausführliches ärztliches Gespräch mit der Patientin und dem Partner sollte die Motivation und die Dringlichkeit des Kinderwunsches klären.

Es sollte eine sehr ausführliche Beratung erfolgen, da davon auszugehen ist, dass die Funktionen des Körpers mitunter kaum bekannt sind oder verstanden werden. Das Gespräch sollte mit dem Paar, aber auch der Patientin alleine geführt werden, um eine eventuelle Befangenheit gegenüber den anwesenden Familienmitgliedern auszuschließen. Bestehen Sprachschwierigkeiten, so empfiehlt sich die Hinzuziehung

eines Dolmetschers, der aber möglichst nicht direkt mit dem Paar verwandt sein sollte. Eine psychologische Betreuung, am besten in Landessprache, ist in jedem Falle zu erörtern.

Bei einer weiterführenden medizinischen Diagnostik muss beachtet werden, dass bei jugendlichen Frauen die Anzahl der anovulatorischen Zyklen noch relativ hoch ist. Dadurch ist die Chance für eine Schwangerschaft aus physiologischen Gründen eingeschränkt. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass diese anovulatorischen Zyklen oft von selbst verschwinden. Eine 16-jährige Jugendliche hat über den gesamten Zeitraum ihrer reproduktiven Phase eine etwa 97%-ige Chance schwanger zu werden. Nur 3% aller Frauen bleiben langfristig ungewollt kinderlos. Dies muss in der Beratung erörtert werden.

Endokrinologische Störungen (Dysthyreose, Hyperandrogenämie, Hyperprolaktinämie, etc.) sind zunächst abzuklären. Beratende Maßnahmen

wie Gewichtsreduktion und Nikotin-stopp haben ebenfalls eine wesentliche Bedeutung.

Liegen Hormonstörungen vor, so sollten diese erst behandelt werden. Stimulierende Substanzen (Clomifen, Gonadotropine) sind jedoch in der Regel in diesem Altersabschnitt keine adäquate Therapie, da die Probleme des Überstimulationssyndroms gravierend sein können und insbesondere die Gefahr einer Mehrlingsgravidität mit den entsprechenden Folgen (Frühgeburt) bedeutsame medizinische, psychologische und ethische Implikationen hat.

Rein juristisch sind Patientinnen unter 18 Jahren bereits einwilligungsfähig. Allerdings muss sich der Arzt davon überzeugen, dass die Patientin die Tragweite der zu treffenden Entscheidungen nachvollziehen kann. Die Richtlinien des „Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen“ für die künstliche Befruchtung geben lediglich ein Alterslimit bei der älteren Patientin (40 bzw. 45 Jahre) für die Behandlung an. Es bestehen jedoch für die jugendlichen Patientinnen keine Altersgrenzen.

Da die psychologische Dimension des Kinderwunschproblems bei jugendlichen Patientinnen im Vordergrund steht und eine medizinische Behandlung sehr weitreichende negative Folgen haben kann, muss die Beratung der Patientinnen/des Paares/des sozialen Umfeldes im Vordergrund stehen.

Dr. med. Susanne Baumgarten-Klaumünzer
 Prof. Dr. med. Heribert Kentenich

Chronisches Erschöpfungs-syndrom

Der Zugang zu Metaanalysen, die zu bestimmten Indikationen weltweit Studienergebnisse zusammenführen, ist für Ärzte heute besser denn je. Datenbanken wie die Cochrane Library fassen evidenzbasiertes Wissen systematisch zusammen. Doch für viele Ärzte ist der Umgang damit noch neu und ungewohnt, ihnen sind gedruckte Nachschlagwerke lieber. Wir möchten unseren Mitgliedern deshalb das „Kompendium evidenzbasierte Medizin“ vorstellen, das der Hans Huber-Verlag seit 2002 herausgibt und jährlich neu auflegt. Es handelt sich hierbei um die deutsche Übersetzung eines gleichnamigen Werkes der British Medical Association, in der diese internationale Studienergebnisse zu bestimmten Indikationen zusammengeführt hat. Ab sofort werden wir über einen längeren Zeitraum in loser Folge einzelne Kapitel aus dem Kompendium nachdrucken, damit Sie es kennen lernen können. (Die Red.)

Welche Effekte haben unterschiedliche Behandlungsmethoden?

Suchdatum: November 2001
Steven Reid, Trudie Chalder,
Anthony Cleare, Matthew Hotopf und
Simon Wessely

Nutzen belegt

Kognitive Verhaltenstherapie

Eine systematische Übersicht kam zudem Ergebnis, dass eine kognitive Verhaltenstherapie durch gut ausgebildete Therapeuten in Spezialzentren zu einer Verbesserung der Lebensqualität und der physischen Funktionen führt. Einer zusätzlichen randomisiert-kontrollierten Multicenter-Studie zufolge kann eine kognitive Verhaltenstherapie auch dann hilfreich sein, wenn sie von weniger erfahrenen Therapeuten durchgeführt wird.

Angepasstes aerobes Ausdauertraining

In RCTs* zeigte sich, dass ein allmählich gesteigertes Ausdauertraining gegenüber Dehnungs- und Entspannungsübungen oder allgemeiner Beratung den Erschöpfungsgrad und die körperliche Funktionsfähigkeit nach 12 Wochen signifikant verbessern kann

(NNT** 9). Einer RCT zufolge bringt ein speziell ausgearbeitetes Lehrprogramm mit Anregung zum Ausdauertraining gegenüber einer rein schriftlichen Information nach 1 Jahr – gemessen an der körperlichen Funktionsfähigkeit, der Erschöpfung, der Stimmung und der Schlafqualität – eine signifikante Verbesserung.

Nutzen unbekannt

Antidepressiva; Glukortikoide; Nicotinamid-adenin-dinucleotid

In den RCTs fanden sich unzureichende Belege zu den Effekten dieser therapeutischen Maßnahmen.

Nachtkerzenöl

In einer kleinen RCT zeigte sich in Bezug auf den Depressions-Score nach 3 Monaten kein signifikanter Unterschied zwischen einer Behandlung mit Nachtkerzenöl und Placebo.

Magnesium intramuskulär

Einer kleinen RCT zufolge verbessern Magnesiuminjektionen die Symptome nach 6 Wochen gegenüber Placebo signifikant (NNT 2).

Nutzen unwahrscheinlich

Immuntherapie

Kleinen RCTs zufolge führt Immunglobulin G gegenüber Placebo nach 3- bis 6-monatiger Nachbeobachtung zu einer leichten Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit und der Erschöpfung, es ist aber mit beträchtlichen Nebenwirkungen belastet. In kleinen RCTs fand man jedoch unzureichende Belege hinsichtlich der Wirksamkeit von α -Interferon gegenüber Placebo.

Langzeitschonung

Zu diesem Thema fanden sich keine RCTs. Indirekte Evidenz aus Beobachtungsstudien an freiwilligen Versuchspersonen und bei Menschen in der Rekonvaleszenzphase nach Virusinfektionen liefert jedoch Hinweise darauf, dass eine zu lange Schonung Müdigkeit und andere Symptome eher verschlimmert.

Definition

Das chronische Erschöpfungssyndrom (chronisches Fatigue-Syndrom, CFS) ist gekennzeichnet durch eine schwere, die Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität beeinträchtigende Erschöpfung und andere Symptome, wie Muskel-, Knochen- und Gelenkschmerzen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen. Zwei weithin akzeptierte Definitionen des CFS vom US-amerikanischen CDC und aus Oxford (GB) waren als Arbeitskriterien zu Forschungszwecken entwickelt worden. Die britischen Kriterien legen das Hauptgewicht auf das Vorhandensein der geistigen Erschöpfung, während die US-Kriterien mehrere körperliche Symptome fordern, was die Vorstellung einer immunologischen oder infektiösen Genese widerspiegelt (Tab. 1).

Inzidenz/Prävalenz

Bevölkerungsstudien und Studien aus dem hausärztlichen Bereich berichten von einer Prävalenz für das CFS von 0-3%, abhängig von den zugrunde geleg-

* RCT = randomisierte kontrollierte Studie

** NNT = Number needed to treat

Tabelle 1

Diagnosekriterien für das chronische Erschöpfungssyndrom	
CDC 1994	Oxford
<p>Klinisch beurteilte, medizinisch unklare Müdigkeit von mindestens sechsmonatiger Dauer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Erstmanifestation • kein Ergebnis einer übermäßigen Anstrengung • keine wesentliche Linderung durch Ruhe • eine wesentliche Reduktion des früheren Aktivitätsniveaus 	<p>Eine schwere, arbeitsunfähig machende Erschöpfung von mindestens sechsmonatiger Dauer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit Auswirkungen auf die körperliche und geistige Funktionsfähigkeit • mit einer Präsenz von mehr als 50 % der Zeit
<p>Das Vorkommen von vier oder mehr der folgenden Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> • subjektive Gedächtnisstörungen • empfindliche Lymphknoten • Muskelschmerzen • Gelenkschmerzen • Kopfschmerzen • nichterholsamer Schlaf • Erschöpfung nach Anstrengung (>24 Stunden) 	<p>Andere Symptome, vor allem Myalgien, Schlaf und Stimmungsschwankungen können vorkommen</p>
<p>Ausschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktive, unklare, oder verdächtige Erkrankungen, die möglicherweise die Ursache der Erschöpfung sind • Psychogene, melancholische oder bipolare Depression (aber nicht die unkomplizierte endogene Depression) • Psychotische Störungen • Demenz • Anorexia oder Bulimia nervosa • Alkohol- oder anderer Substanzmissbrauch • Schwere Adipositas 	<p>Die gleichen wie bei der amerikanischen CDC, ausgenommen des Substanzmissbrauchs und der Adipositas</p>

ten diagnostischen Kriterien. Systematische Bevölkerungsbefragungen haben in Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status und in allen ethnischen Gruppen vergleichbare Prävalenzwerte gefunden.

Ätiologie/Risikofaktoren

Über die Ursachen des CFS weiß man bisher noch sehr wenig. Frauen tragen ein höheres Erkrankungsrisiko als Männer (relatives Risiko (RR) 1,3 zu 1,7 abhängig von den verwendeten diagnostischen Kriterien).

Prognose

Die Studien haben sich bisher auf Patienten in Spezialkliniken konzentriert. Einer systematischen Übersicht von Studien zur Prognose der Erkrankung (Suchdatum 1996) zufolge sind die Aussichten für Kinder besser als für Erwachsene. 54-94% der Kinder zeigten eine dauerhafte Besserung (nach einer Nachbeobachtungsdauer von bis zu 6 Jahren), während nur 20-50% der Erwachsenen eine leichte mittelfristige Besserung und nur 6% eine vollständige Remission auf das vor der Krankheit bestandene Aktivitätsniveau erreichten. Trotz des beachtlichen Krankheitswertes der CFS fanden sich keine Belege für eine erhöhte Mortalität. In der systematischen Übersicht zeigte sich, dass die Prognose von gleichzeitig auftretenden psychiatrischen Störungen (Depression und Angst) und von den Vorstellungen über kausale Zusammenhänge und Behandlung beeinflusst werden.

Manfred Stürzbecher zum 75sten



Foto: Archiv

Er ist vielfältig ausgebildet, hat Geschichte und Medizin studiert: Dr. phil. Dr. med. Manfred Stürzbecher, der aber auch (nicht approbierter) Apotheker ist. Nicht verwunderlich, stammt er doch aus einem Apothekerhaus. Am 18. Oktober 1928 ist er in Berlin geboren.

Genau so vielfältig wie seine Ausbildung waren seine beruflichen Tätigkeiten. Er war Arzt im Justizdienst, er war

stellvertretender Leiter der Akademie für Staatsmedizin in Hamburg, Referent für Medizinalstatistik und medizinische Dokumentation bei der obersten Landesgesundheitsbehörde Berlin, Leiter der Berliner Medizinischen Zentralbibliothek, schließlich Amtsarzt von Berlin-Steglitz.

Seine Dissertation zum Dr. phil. aus dem Jahre 1954 weist schon auf das Gebiet hin, das ihn in all seinen beruflichen Positionen nie losgelassen hat: die Geschichte der Medizin. Über die „Bekämpfung des Geburtenrückgangs und der Säuglingssterblichkeit im Spiegel der Reichstagsdebatten 1900 – 1930“ hieß sein Thema. Schon während der letzten Jahre seines Studiums war Manfred Stürzbecher mit Aufsätzen zur Medizin- und Pharmaziegeschichte hervorgetreten. Dabei konzentrierte er sich immer deutlicher auf die Berliner Medizin: Biographische Artikel, Beiträge zur Berliner Standesgeschichte der Ärzte und der Apotheker und die Geschichte der medizinischen Institutionen standen im Mittelpunkt. Von ganz besonderer Bedeutung sind seine frühen Aktenpublikationen geworden, die die Grund-

lage für weiterführende Forschungen boten. Auch seine zweite Dissertation beschäftigte sich mit einem medizin-historischen Thema, diesmal ging es um die ärztliche Versorgung und den Gesundheitszustand der Berliner Bevölkerung im 18. Jahrhundert.

Außer den großen Arbeiten, dazu gehört auch der von der historischen Kommission veröffentlichte Band mit Quellen und Studien zur Berliner Medizingeschichte vom 17. bis zum 19. Jahrhundert von 1966 und die von ihm herausgegebene Sammlung deutscher Ärztebriefe aus dem 19. Jahrhundert von 1975, entstammen mehr als 500 Artikel seiner Feder. Sie weisen ihn als den besten Kenner der Geschichte der Berliner Medizin aus, der stets bereit ist, an seinem großen Wissensschatz auch andere teilhaben zu lassen.

Manfred Stürzbecher hat darüber hinaus eine Reihe von Dissertationen angeregt. Die Berliner Gesellschaft für Geschichte der Medizin, deren langjähriger Vorsitzender er war, hat ihn mit ihrer höchsten Auszeichnung, der Paul-Diepgen-Medaille, geehrt.

Wir wünschen ihm (und uns, die wir davon profitieren) noch viele Jahre fruchtbaren Schaffens.

Prof. Dr. med. Rolf Winau

Zum 70sten Geburtstag von Eberhard Jung

Der Psychiater, Psychotherapeut und Psychoanalytiker, Dr. med. Eberhard Jung, wird am 21. Oktober 70 Jahre alt und wirkt dabei so beweglich, kraftvoll und jung wie einst als anfangs dirigierender (1973 – 1979) und später als ärztlicher Leiter der vormaligen Nervenklinik Spandau. Befreit vom Druck einer solchen Bürde, zu der das Krankenhaus vor seiner Umstrukturierung für die Leitenden wurde, ist er seit seinem Ausschei-

den 1996 eher noch gelassener und verständnisbereiter; aber weniger zu tun hat er nicht. Hier hilft ihm sein tägliches Tennistraining. Sein Weg aus seiner Vaterstadt Saarbrücken, in der er im musikliebenden Milieu einer kinderreichen Arztfamilie aufwuchs – schon früh hat er den Vater, Arzt und Geburtshelfer, erfolgreich in dessen Praxis vertreten – führte ihn zum Studium nach Freiburg und Homburg/Saar.

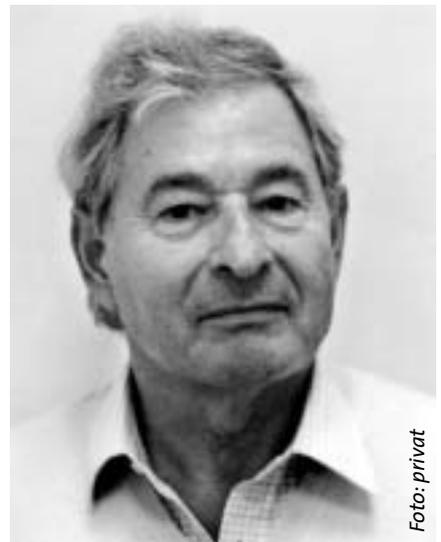


Foto: privat

Sein besonderes Interesse an den beiden Polen der ärztlichen Tätigkeit, der körperlichen wie der seelischen Sichtweise und Behandlung, entwickelte sich früh. Folgerichtig führte ihn sein späterer Weg zur Psychiatrie und Psychotherapie. Nach Staatsexamen 1960 und Medizinalassistenten in der Oberpfalz folgte er einem Angebot aus Berlin; er hat diesen Schritt nie bereut. Orte der Facharztweiterbildung als Psychiater und Psychotherapeut waren die Wiegmann-Klinik (1962 – 64) und die Nervenlinik Spandau, parallel dazu absolvierte er sehr erfolgreich eine psychotherapeutisch-psychoanalytische Weiter-

bildung am Institut für Psychotherapie. Dem vormaligen Chef und Förderer der Nervenlinik Spandau, Bredemann, verdankte er viel. Bereits 1974 wurde er als sein Nachfolger dort Chefarzt und hat in den für die Psychiatrie und Psychotherapie wichtigen 80er Jahren das Gesicht dieser Klinik, die unter seiner Leitung zu einem über Berlin hinaus bekannten anregenden Ort wissenschaftlicher Kommunikation wurde, entscheidend geprägt. Wie er daneben auch noch Zeit für wichtige Funktionen als Psychoanalytiker, in der Fachgesellschaft, in der Weiterbildung, als Musikliebhaber (geprägt durch die Mutter, die

Sängerin war), als Fotograf und nicht zuletzt als Familienvater hatte, ist sein Geheimnis.

Ihm zu Ehren und als kleiner Dank für seine Arbeit im Institut veranstalten das Institut für Psychotherapie und das C. G. Jung-Institut gemeinsam am 25. Oktober ein hochkarätig besetztes Symposium mit dem Titel „Wer sich nicht verstrickt, spielt keine Rolle“, das wegen des großen Andrangs in die renovierte „Silberlaube“ der FU (Eingang Habelschwerdter Allee) verlegt wird.

Dr. med. Kurt Höhfeld

Dietrich Pellnitz wird 90 Jahre alt



Als Sohn eines Militärarztes, der später als Augenarzt in Berlin niedergelassen war, und einer Malerin wurde

Prof. Dr. med. Dietrich Pellnitz am 31. Oktober 1913 in Bernburg geboren und verlebte seine Schulzeit in Berlin. Wie sein Vater studierte er an der Militärärztlichen Akademie in Berlin sowie in Würzburg, Königsberg und München. Er wurde Militärarzt und war bis zu einer Verwundung im Jahre 1942 als Truppenarzt an der West- und Ostfront, zuletzt als Regimentsarzt eines Infanterieregiments eingesetzt. Ab 1. Januar 1943 war er Chef eines Jahrgangs der Militärärztlichen Akademie in Berlin. Nach der Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft wurde er Assistent an der HNO-Universitätsklinik in Würzburg. Zum 1. November 1949 ging er als Oberarzt zu Walter Kindler am Städtischen Krankenhaus Westend, der nach der Gründung der Freien Universität Berlin zum Ordinarius für HNO ernannt wurde.

1953 habilitierte sich Pellnitz mit einer Arbeit über Bronchus- und Lungentuberkulose. Bis zum Dienstantritt von dessen Nachfolger Rudolf Link leitete er kommissarisch die Klinik und blieb dort als leitender Oberarzt, bis er am 1. Juni 1958 die Leitung der HNO-Abteilung mit 83 Betten im Städtischen Rudolf Virchow-Krankenhaus übernahm, die er bis Ende 1977 innehatte. Nach der Pensionierung hatte er in der Schlossparkklinik eine Fachpraxis mit Belegbetten und war dort und im Martin-Luther-Krankenhaus weiter als Konsiliar bis zu seinem 78. Lebensjahr tätig.

In Fachzeitschriften veröffentlichte er mehrere praktisch-klinische Studien, unter anderen zur Endoskopie und Histologie, sowie über die Schalleitung beim Meißeln am Schädel. Am ärztlichen Vereinsleben beteiligte er sich rege. Als ehemaliger „Pfeiffhahn“ in zweiter Generation widmete er sich, bei starkem historischen Interesse, auch der Traditionspflege der Militärärztlichen Akademie. Während der Spaltung der Stadt versuchte er die Verbindung zu seinen Fachkollegen im Ostteil Berlins aufrecht zu erhalten. In seiner Darstellung der HNO-Fachgeschichte hebt Tilmann Brusis hervor, dass seine organisatorischen Leistungen und seine erfolgreiche Menschenführung seine Hauptverdienste sind.

Dr. phil. Dr. med. Manfred Stürzbecher

In memoriam Karl-Heinz Riessbeck



Foto: privat

Am 18. März 2003 verstarb der Radiologe Prof. Dr. med. Karl-Heinz Riessbeck im Alter von 80 Jahren in Berlin.

Während der siebenunddreißig Jahre, die er an der von ihm mitbegründeten multidisziplinär ausgerichteten Geschwulstklinik der Charité tätig war, prägte er die Entwicklung des Klinikums maßgeblich mit. Zwanzig Jahre, bis zu seiner Emeritierung 1988, leitete er die Geschwulstklinik (später Klinik und

Poliklinik für Onkologie). Seine wissenschaftliche Arbeit bezog sich vor allem auf die Verbesserung der Methodik der Strahlenbehandlung, der Anwendung von Chemotherapie und auch auf die psychische Führung von krebserkrankten Patienten. Sein wesentliches Anliegen war die interdisziplinäre Ausrichtung von Tumordiagnostik und -therapie mit Betonung der Onkologie als Querschnittfach. Auch lange nach seiner Emeritierung bereicherte Karl-Heinz Riessbeck in seiner bedachtsamen und präzisen Art Tagungen und wissenschaftliche Diskussionen. Das Medizinstudium absolvierte er an der Marineärztlichen Akademie Tübingen und der Universität Leipzig und schloss es 1945 mit der Promotion ab. 1953 erfolgte die Habilitation und bereits 1955 die Ernennung zum Professor für das Fach Röntgenologie. 1969 wurde Professor Riessbeck zum Ordentlichen Professor für Radiotherapie an die Humboldt-Universität Berlin berufen. In den Jahrzehnten ärztlicher und wissenschaftlicher Tätigkeit kannten ihn Berufskollegen, Mitarbeiter und Patienten als gewissenhaften, beharrlichen und immer hilfsbereiten Kliniker.

Sein persönliches Leben wurde von Bescheidenheit und Disziplin bestimmt. Dabei blieb er sich selbst gegenüber unerbittlich, auch in bezug auf seine erheblichen Behinderungen und Leiden infolge der Fronteinsätze im zweiten Weltkrieg.

Prof. Dr. med. Rosemarie Dietze

Zum Tode von Johann Albrecht Rief

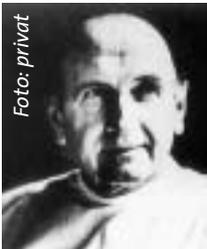


Foto: privat

Im 87. Lebensjahr verstarb am 9. August 2003 Dr. med. Johann Albrecht Rief. Er war von 1955 bis zu seiner Emeritierung 1980 Chef-

arzt der Urologischen Abteilung des St. Hedwig-Krankenhauses Berlin. Diese Klinik wurde jahrzehntelang die Heimat des Schwaben. Nach der Facharztanerkennung für Chirurgie wechselte Johann Albrecht Rief im gleichen Haus in die Urologie und wurde 1955 Direktor der Abteilung. Er trat damit unter anderem die Nachfolge von Alexander von Lichtenberg an. Sie umfasste damals 220 Betten und wurde von einem bewährten Ärzteteam versorgt.

In den ersten Jahren seiner Chefärztstätigkeit bestand eine enge Verbindung zur Kinderklinik der Charité. Rief widmete sich engagiert der chirurgischen Behandlung kindlicher urologischer Erkrankungen wie Hypo- und Epispadie, der Ostieninsuffizienz mit vesicorenalem Reflux und der kindlichen Nierentumorerkrankung. Durch den Bau der Berliner Mauer 1961 änderte sich die Aufgabenstellung für den Chefarzt von einem Tag zum anderen. Jetzt galt es, bei einem aufgezwungenen Neuanfang, die Abteilung zu erhalten.

Bis zum 13. August 1961 wohnte das Ärzteteam überwiegend in den Westberliner Stadtsektoren, der Zugang zum St. Hedwig-Krankenhaus war über Nacht versperrt worden. Ohne eines der 220 Betten zu schließen, gelang es Rief, die Patientenversorgung

aufrecht zu erhalten, neue Fachärzte auszubilden und für die klinische Urologie zu begeistern. Mit Unterstützung des Bischöflichen Ordinariats der Erzdiözese Berlin und dem katholischen Caritasverband wurde die instrumentelle Ausrüstung der Abteilung auf modernstem Stand gehalten. So fand man mit der neuen ärztlichen Mannschaft wieder den Anschluss an die nationale und internationale Weiterentwicklung der urologischen Chirurgie.

1980 übernahm Riefs Nachfolger, Prof. Dr. Heinz Raatzsch, das Direktorat einer modernen, leistungsfähigen Abteilung. Johann Albrecht Rief lebte nach der Emeritierung in seiner Heimat und konnte sich noch viele Jahre der geliebten Jagd widmen. Die Verbindung zum St. Hedwig-Krankenhaus, den Ordensschwwestern des Hauses und einigen Mitarbeitern pflegte er bis in seine letzten Lebensmonate.

Dr. Heiner Fleck

V. Kongress

Theorie und Praxis der humanitären Hilfe

Humanitäre Verantwortung

Medizinische und politische Aspekte humanitären Handelns

14./15. November 2003, Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin

Freitag, den 14.11.2003, 14-20 Uhr, Kaiserin-Friedrich-Haus	
14 – 15 Uhr	Anmeldung, Begrüßungskaffee
15 Uhr	Begrüßung von Ulrike Pilar, Ärzte ohne Grenzen e.V.
15.30 – 16.15 Uhr	Was ist „gute“ medizinische Nothilfe? Qualität in der humanitären Hilfe, Dr. Carsten Mantel (Tropeninstitut Berlin) und Michael Marx (Universität Heidelberg);
16.15 – 17 Uhr	Hungersnot – Über die politischen Ursachen medizinischer Notsituationen, Alex de Waal (Justice for Afrika) <i>angefragt</i> ;
18 – 20 Uhr	Podiumsdiskussion, Irak: Humanitäre Hilfe zwischen Medien und Politik, Kerstin Müller (Auswärtiges Amt) <i>angefragt</i> ; Antonia Radost (RTL Bagdad-Korrespondentin) <i>angefragt</i> , Elias Bierdel (Cap Anamur), Martin Salm (Caritas International); Moderation: Heike Speiker
Samstag, den 15.11.2003, 9.30-14.30 Uhr, Kaiserin-Friedrich-Haus	
9.30 – 11 Uhr	1. Medizinische Fragen der humanitären Hilfe Infektionskrankheiten als Stabilitätsrisiko: a) SARS: Thomas Jelinek (Tropeninstitut Berlin); b) Tuberkulose: Daniel Sagebiel (DZK); c) HIV/Aids: Tobias Luppe (Ärzte ohne Grenzen e.V.). 2. Politisch-rechtliche Fragen der humanitären Hilfe Wer schützt wen? Sicherheitslage der Helfer und Schutz der Bevölkerung in humanitären Krisen: N.N. (BMVG), Horst Fischer (Bochum) <i>angefragt</i> ; Stefan Berglund (UNHCR) <i>angefragt</i> , Toni Pfanner (ICRC);
11.30 – 13 Uhr	Tropenmedizinische Fallbeispiele: 1. Malaria, Ulrich Bienzle (Tropeninstitut Berlin); 2. Flussblindheit, Tomas Jelinek (Tropeninstitut Berlin); 3. Leishmaniose, Prof. Dr. Engels. Vergessene Konflikte – Fallbeispiele: Cornelia Füllkrug-Weitzel (Diakonisches Werk); Thomas Schaeff (GTZ); Christoph Klitsch-Ott (Caritas International); Heinz Bitsch (HELP);
14.30 – 16 Uhr	1. Reproduktive Gesundheit mit Regina Görgen; N.N.; Impfkampagnen: Carsten Mantel (Tropeninstitut Berlin); 2. Sexueller Missbrauch in Notsituationen: Matthias Sommer (Deutsche Welthungerhilfe), Mit Phillips (Ärzte ohne Grenzen e.V.), N.N. (UNHCR);
17 – 18.30 Uhr	Abschlussplenum: Die Verantwortung der humanitären Hilfe: Rudolf Bindig (MdB) <i>angefragt</i> , Manfred Eisele, <i>angefragt</i> , Toni Pfanner (ICRC), Detlef Rüniger (Auswärtiges Amt).
Parallele Workshops Medienworkshop: Wie schafft es eine humanitäre Notsituation in die Medien? Nahrungsmittelsicherheit „Lokale Medikamentenproduktion: Erfahrungen – Probleme – Perspektiven“	
Der Kongress ist als Fortbildungsveranstaltung für ÄiP anrechenbar ÄiP	
Veranstalter:	Institut für Tropenmedizin, Ärztekammer Berlin, Ärzte ohne Grenzen e.V., Wissenschaftszentrum Berlin;
Organisation und Anmeldung:	Ärzte ohne Grenzen e.V., Am Köllnischen Park 1, 10179 Berlin; Fax: 030/22 33 77 88, Konto: Ärzte ohne Grenzen e.V., Konto-Nr. 41 33 34 62 50, Berliner Sparkasse, BLZ 100 500 00, Verwendungszweck: Humanitäre Hilfe Kongress 2003; weitere Informationen: www.humanitaerehilfe.info , E-Mail: office@berlin.msf.org
Teilnahmegebühren:	Vollzahler 60 €, ermäßigt 30 € (ÄiP, Studenten, arbeitslose Ärzte)
Kongressort:	Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin-Mitte.

Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte

Ob man will oder nicht, man muss sie sich leisten. So will es der Gesetzgeber und so steht es auch in der Berufsordnung. Die Rede ist von der Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte. Mit „MedProtect“, einer von der Ärztekammer Berlin mit der Deutschen Ärzteversicherung ausgehandelten Rahmenvereinbarung zur Berufshaftpflicht, steht allen Kammerangehörigen jetzt ein Angebot zu besonders günstigen und guten Konditionen zur Verfügung. Die Kammer hat sich für den Partner „Deutsche Ärzteversicherung“ wegen ihrer guten Konditionen und ihres schlüssigen Gesamtkonzeptes entschieden. Eine ähnliche Vereinbarung wurde übrigens auch in anderen Landesärztekammern abgeschlossen, so zum Beispiel in Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Westfalen-Lippe.

Wie viel Sicherheit eine Berufshaftpflichtversicherung wirklich bietet, erkennt man oft erst im Schadensfall. Auf den Arzt können – wenn ihm zum Beispiel ein Behandlungsfehler nachgewiesen wird – hohe finanzielle Folgelasten zukommen. Um diesem Risiko zu begegnen, sind Ärzte angehalten, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen (in der ärztlichen Berufsordnung ist dies im § 21 auch gefordert). Fehlt sie, muss der Arzt den Schaden selbst bezahlen. Und nach dem Gesetz haftet er nicht nur für eigenes, sondern kann sogar für fremdes Verschulden in Anspruch genommen werden. Also auch für Fehler seiner angestellten Assistenten und der nichtärztlichen Mitarbeiter.

Was bringt die neue Gruppenversicherung im Einzelnen?

Mitversicherung des Praxispersonals

Versichern können sich alle Kammerangehörigen – vom AiP über den angestellten und niedergelassenen Arzt bis hin zum Ruheständler. Mit MedProtect ist neben dem Arzt übrigens auch das Praxispersonal mit einer Deckungssumme von mindestens 1,5 Millionen Euro gegen berufliche Haftpflichtschäden versichert. Ebenfalls angeschlossen ist

die Privathaftpflicht für den Arzt/die Ärztin und seine/ihre Familie.

Alle Ärzte haben Zugang – es erfolgt keine Risikoselektion

Die Deutsche Ärzteversicherung hat sich verpflichtet, alle Kammerangehörigen gegen berufliche Haftpflichttrisiken zu versichern und damit keine Risikoselektion vorzunehmen. Hier spricht man vom so genannten „Kontrahierungszwang“, der allen Kammerangehörigen einen Zugang zu einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung garantiert.

Keine Kündigung bei Schulseingeständnissen vor der Schlichtungsstelle

Außerdem bietet MedProtect dem Arzt im Schadensfall die Möglichkeit, bei einem Verfahren vor der Schlichtungsstelle der Landesärztekammer seine Fehler anzuerkennen, ohne dass er dadurch – wie sonst üblich – den Berufshaftpflichtversicherungsschutz verliert. Mit dieser außergewöhnlichen Kondition wird eine gütliche außergerichtliche Schadensregulierung zum Wohle aller Beteiligten erleichtert. Und auch auf das besondere Kündigungsrecht des Versicherers im Schadensfall verzichtet die Deutsche Ärzte-Versicherung bei MedProtect. All das bringt Ärzten eine besondere Sicherheit.

Es werden Preisrabatte gewährt

Zudem garantiert die Rahmenvereinbarung zur Berufshaftpflicht eine Beitragsersparnis von 7,5 % gegenüber einem Einzelvertrag bei der Deutschen Ärzteversicherung. Dieser Preisvorteil steht allen Ärzten zu. Im ersten Jahr der Niederlassung gewährt die Deutsche Ärzteversicherung außerdem einen zusätzlichen Niederlassungsrabatt in Höhe von 20 %. Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften können unter bestimmten Voraussetzungen dauerhaft von weiteren 15 % Beitragsnachlass profitieren.

Fortbildungszertifikat bringt Beitragsvorteil

Alle Kammerangehörigen, die über ein gültiges Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer verfügen, erhalten bei MedProtect einen zusätzlichen „Zertifizierungsrabatt“ in Höhe von nochmals 7,5 %. Damit honoriert die Deutsche Ärzteversicherung die strukturierte nachgewiesene Fortbildung des Kammerangehörigen. *SyGo*

Nähere Informationen

... zu MedProtect erhalten Interessierte direkt bei der Deutschen Ärzteversicherung unter der Service-Rufnummer 0221/148-2 27 00 oder unter www.aerzteversicherung.de. Schriftliche Anfragen können Sie richten an service@aerzteversicherung.de oder an Fax 0221/ 1 48-2 14 42.