

Die Mär vom reichen Doktor

Zuweilen wird man als Ärztekammer-Vorstandsmitglied von Kolleginnen oder Kollegen heftig angegangen, warum es denn überhaupt einer Ärztekammer bedürfe. Spätestens nach der Facharztprüfung sei sie entbehrlich und koste nur einen unverschämten hohen Kammerbeitrag. Neben vielen guten Argumenten, die ich dagegen aufzubieten habe, frage ich dann auch zurück: Sind Sie Mitglied unserer Ärzteversorgung?

Nun, meistens ist dies der Fall (selten ist der Diskutant Beamter, gelegentlich Mitglied eines anderen ärztlichen Versorgungswerkes). Dann fällt mir die Verteidigung unserer Selbstverwaltung besonders leicht. Denn bei Vertiefung des Themas Berliner Ärzteversorgung wird schnell klar: Diesen Teil der Ärztekammer Berlin brauche ich bis ans Lebensende. Hier geht es ums Existenzielle.

Wie immer im Herbst, musste auch jetzt wieder ein Jahresabschluss und eine Gewinn- und Verlustbilanz, diesmal für 2002, in der DV vorgelegt werden und die zuständigen Ausschüsse wollten entlastet werden. Die ökonomische Krise unseres Landes im Verein mit anderen Gründen hat erstmals seit Gründung vor 37 Jahren zu einer „Nullrunde“ oder Nichtdynamisierung von Renten und Anwartschaften geführt. Zugleich offenbart



Dr. med. Elmar Wille

ist Vizepräsident der Ärztekammer Berlin und niedergelassener Augenarzt in Tempelhof

der in der Delegiertenversammlung vorgelegte Jahresbericht, wie die Einkünfte vor Steuern der Berliner Ärzteschaft immer weiter absinken. War es früher quasi selbstverständlich, dass der selbstständige Arzt den Pflichtbeitrag der Satzung zahlte, so haben dies im Jahre 2002 nur noch 52 Prozent der niedergelassenen Berliner Ärzte getan.

Der Pflichtbeitrag unserer Satzung entspricht dem Höchstbeitrag der BfA, dies waren 859 Euro für 2002 bei einem Einkommen von 4500 Euro pro Monat (vor Steuern und Sozialabgaben!). Knapp die Hälfte der Kollegen lag unter diesem Betrag, ja 994 (20 %) der niedergelassenen Berliner Ärztinnen und Ärzte erwirtschafteten vor Steuern und Sozialabgaben im Monat sogar weniger als 2250 Euro - wohlgemerkt bei in der Regel ganztägiger Beschäftigung! Wer dann noch sieht, dass nur jedes vierte Pflichtmitglied (d.h. angestellte Ärztinnen und Ärzte) über die Beitragsbemessungsgrenze von 4500 Euro kam, der hat nun wirklich valide Daten an der Hand für die Diskussion mit Politikern und Journalisten, die noch immer das Bild vom reichen Doktor pflegen. Diese Zahlen aus dem Jahresbericht unserer Versorgung sind durch die Einkommensteuerbescheide bestätigt. Leider, leider hat der Niedergang unseres Sozialsystems auch die Ärzteschaft erreicht und zwar nachhaltig. Umso wichtiger

wird für den Fall der Berufsunfähigkeit und zur Sicherung im Alter für uns alle unsere Ärzteversorgung.

Die Berliner Ärzteversorgung steht relativ zur gesetzlichen Rentenversicherung immer noch gut da. Jedoch ohne Probleme funktioniert eine kapitalgedeckte Alterssicherung in einem Umfeld wirtschaftlicher Rezession auch nicht. Die großteils neu gewählten Ausschüsse Ihres Berliner Versorgungswerkes sind sich dessen sehr bewusst und arbeiten hart daran, das überdurchschnittliche Leistungsniveau zu erhalten. Den so genannten Rechnungszins oder Garantiezins von derzeit immer noch vier Prozent auf Dauer zu erwirtschaften, wird allerdings sehr schwer fallen, wenn die derzeitige wirtschaftliche Lage so bestehen bleibt.

Ihr

In der Internetversion dieses Beitrags können Sie eine Tabelle der Berliner Ärzteversorgung über die Höhe der Versorgungsabgabe der Mitglieder in 2002 einsehen.



TITELTHEMA

12 Stunden sind kein Tag

Im September stellte der europäische Gerichtshof für Deutschland klar: Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit! Seitdem wird in den Kliniken fieberhaft nach Wegen gesucht, möglichst kostensparend europarechtskonforme Arbeitszeitmodelle hinzubekommen. Gibt es in dieser Stadt Krankenhäuser, die schon früher damit anfangen und nicht erst auf das Urteil gewartet haben? BERLINER ÄRZTE hat sich umgehört.

Von Angela Mißlbeck16

MEINUNG.....

Die Mär vom reichen Doktor

Von Von Elmar Wille.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

Mitteilungen aus dem Gemeinsamen Krebsregister10

Leserbriefforum zum Heft 10/2003, ALLHAT-Studie pro und contra11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Nullrunde bei der Ärzteversorgung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 20. Oktober 2003
Von Sybille Golkowski23

20 Jahre FrAktion Gesundheit

Kleiner Hinweis auf ein berufspolitisches Jubiläum
von Daniel Rühmkorf.....27

Medizin am Rande der Zivilisation

Der Berliner Arzt Dietmar Ziegler und seine Frau Birgit stellten in Kenia ein ambitioniertes Krankenhausprojekt auf die Beine. Beide verunglückten vor wenigen Wochen tödlich bei einem tragischen Unfall. Unser Beitrag gibt Einblick in ihr Lebenswerk.
Von Nicolas Schönfeld.....28

PERSONALIEN.....

In memoriam Hermann Kahl

Zum Tode von Bernhard Schmidt.....30

FEUILLETON.....



Der doppelbödige „Doktor Deter“

Doktor Deter ist der Held des gleichnamigen neuen Kinderbuchs von Toon Tellegen, Lyriker, Buchautor und Arzt aus Holland. Sein Wunderarzt zieht den Kranken die Kopfschmerzen aus dem Kopf, setzt Fiebersauger ein und ist auch sonst ein toller Hecht.
Von Rosemarie Stein32

Anmeldung noch möglich



Weiterbildung zur Arztfachhelferin

Für Januar 2004 ist der Beginn eines neuen Kurses zur Arztfachhelferin geplant. Diese Weiterbildung, die berufsbegleitend über

15 Monate von der Ärztekammer durchgeführt wird, qualifiziert Arzthelferinnen für leitende Tätigkeiten in der anspruchsvollen Arztpraxis. So werden im Pflichtteil zusätzlich zur Vertiefung der Kenntnisse aus der Ausbildung die Themen Arzthelferinnenausbildung, Praxisorganisation und Konfliktmanagement besonders behandelt. Im Wahlteil kann nach Wünschen der Teilnehmerinnen ein zusätzliches Curriculum der Bundesärztekammer erarbeitet werden.

Insgesamt hat der Kurs einen Umfang von 400 Stunden, die in 10-11 Wochenenden und drei achttägigen Blöcken vermittelt werden. Die Gruppengröße beträgt circa 15 Teilnehmerinnen, zum Abschluss wird eine Prüfung von der Ärztekammer abgenommen. Die Kosten betragen 1700 Euro und können auch in Raten gezahlt werden. Ein Zuschuss kann in seltenen Fällen vom Arbeitsamt oder über die Begabtenförderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gewährt werden. Außerdem kann Meister-Bafög beantragt werden. Der erste lange Block ist vom 16. - 25. Januar 2004 geplant, die Wochenendtermine liegen außerhalb der Schulferien, in der Regel am dritten Wochenende eines Monats.

Interessenten melden sich bitte unter der Telefonnummer: 40 80 6 - 2203 bei Frau Hartmann.

BKK gängelt Hausärzte

Dreister Eingriff in die Therapiefreiheit

Etwa 1000 niedergelassene Ärzte staunten nicht schlecht, als ihnen Ende September ein Schreiben der BKK Berlin ins Haus flatterte. Darin monierte die Kasse detailliert Einzelverordnungen bei spezifischen Patienten. Konkret ging es um Verschreibungen des Betablockers Nebilet®, des Calciumantagonisten Norvasc® und des Protonenpumpenhemmers Antra MUPS®. Die Kasse rechnete den Ärzten vor, welche Kosten bei Verordnung eines Generikums einzusparen wären und beantragte beim Prüfausschuss für die Wirtschaftlichkeitsprüfung, die Ärzte über die Differenz in Regress zu nehmen.

Dieser bat alle Ärzte zunächst einmal um Stellungnahme - ergo: um medizinische Begründung, warum es gerade dieses und kein anderes Arzneimittel sein musste. „Eine Unverschämtheit! So einen dreisten Eingriff in meine Therapiefreiheit habe ich noch nie erlebt“, ärgert sich ein von dem Kassen-Schreiben betroffener Allgemeinmediziner aus Schöneberg. Mit seiner Wut ist er nicht allein. „Diese Massensendung der BKK hat eine neue Dimension. Die Ärzte fühlen sich gegängelt und

bevormundet“, bestätigt Annette Kurth, Pressesprecherin der KV Berlin. Nach Einschätzung der KV ist eine Überprüfung der Einzelverordnungen nicht nur ein Eingriff in die Therapiefreiheit, sie ist auch noch vollkommen überflüssig. Denn die Richtgrößenprüfungen bieten bereits ausreichend Kontrolle darüber, ob ein Arzt wirtschaftlich verordnet.

Der Hintergrund der Aktion: Kassen haben seit dem Sommer die Möglichkeit, Anträge zur Einzelfallprüfung beim Prüfausschuss einzureichen. Diese Möglichkeit hat die BKK weidlich genutzt. Wie es jetzt weitergeht, ist offen. Der Prüfausschuss hat sich - nach Redaktionsschluss - Ende November mit dem Problem beschäftigt. Zu klären war, ob eine solche Massensendung überhaupt noch als „Einzelfallprüfung“ durchgeht oder der Begriff hier so stark überstrapaziert wird, dass das Prüfbegehren schon aus formalen Gründen abgelehnt werden kann. Die 1000 angeschriebenen Ärzte freilich werden um ihre Stellungnahme nicht herumkommen. Zu befürchten ist, dass hier ein Exempel statuiert wurde, das Schule macht.

Neue Termine

ARBEITSKREIS JUNGE ÄRZTE

Der Arbeitskreis Junge Ärzte in der Ärztekammer Berlin lädt Kolleginnen und Kollegen im AiP und in der Facharztweiterbildung herzlich zur Mitarbeit ein. Die Gruppe möchte eine häuserübergreifende Vernetzung junger Kollegen erreichen und aktiv zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte in AiP und Facharztweiterbildung beitragen.

Die Jungen Ärzte treffen sich jeweils am 2. Dienstagabend des Monats in der Ärztekammer Berlin. „Qualität der Weiterbildung“ ist derzeit das Thema.

Die nächsten Termine sind: **Dienstag, 9. Dezember 2003, Dienstag, 13. Januar 2004, jeweils um 19:30 Uhr** in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, Raum: Anzeige im Foyer.

Berufsunwürdigkeit**Sexuelle Handlungen bei der Untersuchung**

Wegen der Initiierung sexueller Handlungen bei einer Untersuchung musste sich jetzt ein Berliner Arzt in zwei Fällen vor dem Berufsgericht für Heilberufe verantworten. Ihm wurde vorgeworfen, während betriebsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen bei zwei jungen Männern Sexualkontakte initiiert zu haben, die bis zum Oralverkehr führten.

Die in beiden Fällen zunächst durch die Opfer eingeleiteten Strafverfahren waren eingestellt worden, in einem Fall wegen fehlender Nötigungsmittel, so dass eine Strafbarkeit durch die Staatsanwaltschaft nicht gesehen wurde. Das Berufsgericht sah es trotzdem als mit dem ärztlichen Beruf nicht vereinbar an, wenn Patienten in einer Behandlungssituation damit rechnen müssen, dass der Arzt eigene sexuelle Interessen verfolgt. Es sei nicht hinnehmbar, wenn eine ärztliche Untersuchungssituation, die von einem besonderen Vertrauensverhältnis

getragen sein sollte, für das Ausleben sexueller Wünsche des Arztes genutzt wird. Dabei spielte es keine Rolle, dass keine Gewalt gebraucht worden ist, um die sexuellen Handlungen durchzuführen.

Strafverschärfend bewertete das Gericht den Umstand, dass bei einem der Opfer wegen einer sexuellen Missbrauchsproblematik aus der Kindheit die Folgen besonders schwer waren. Gleichfalls kam erschwerend hinzu, dass der Arzt sich als Betriebsmediziner im Gegensatz zu einer regulären Behandlungssituation in einer

besonderen Machtposition befand, da das Ergebnis der betriebsmedizinischen Untersuchung Auswirkungen auf das Arbeitsverhältnis haben kann.

Das Gericht stellte daher in seinem Urteil vom 17. September 2003 fest, dass der Arzt unwürdig ist, seinen Beruf auszuüben. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Sollte die nächsthöhere Instanz, das Berliner Oberverwaltungsgericht, die Entscheidung bestätigen, so würde dies den Widerruf der Approbation zur Folge haben.

**Tutoren für chinesische Ärzte gesucht**

Bei seinem Besuch zur Unterzeichnung der Verlängerung des Partnerschaftsvertrages zwischen der Kaiserin-Friedrich-Stiftung und der Jinan-Universität hat der Präsident dieser Universität, Professor Liu Renhuai mitgeteilt, dass an der Medizinischen Fakultät seiner Hochschule eine Englischklasse für Humanmedizin eingerichtet. Hierfür werden Dozenten aus dem Ausland gesucht. Speziell ist die in Kanton (Guangzhou) gelegene Universität an Berliner Hochschullehrern interessiert, die im Zuge des Partnerschaftsvertrages als Tutoren bereits Kontakt mit chinesischen Ärzten in der Fortbildung gehabt haben. Gedacht ist an einen halbjährigen Aufenthalt in Kanton. Einzelheiten sind im Sekretariat der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen bei Frau Beljan zu erfahren, Tel. 30 88 89 25

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes Wenckebach-Klinikum Dr. med. Kai Oliver Dette (40) ist seit dem 1. November neuer Chef der Klinik für Chirurgie, Visceral- und Unfallchirurgie. Er hat zuvor als Oberarzt im Vivantes Humboldt-Klinikum gearbeitet. Zuvor war er unter anderem im Virchow-Klinikum und an den Universitätskliniken Bochum und Frankfurt/Main tätig. Sein Vorgänger, Prof. Dr. med. Michael Faensen, ist zu den DRK-Kliniken Köpenick gewechselt.

Vivantes Klinikum im Friedrichshain Zum 1. Januar 2004 zieht die Klinik für Orthopädie unter der Leitung von PD Dr. med. Karin Büttner-Janz vom Klinikum Hellerdorf in das Klinikum Friedrichshain um.

Vivantes Klinikum Am Urban PD Dr. med. Michael Jürgen Siegsmund (43) ist seit dem 1. Dezember Chef der Klinik für Urologie. Er übernimmt sie von Prof. Dr. med. Lothar Weißbach, der an eine Klinik in Fürth wechselte. Michael Jürgen Siegsmund kommt vom Universitätsklinikum Mannheim, in dem er viele Jahre tätig war, zuletzt als Leiter der Sektion Uroonkologie.

Zum 1. Januar werden zwei bislang noch am früheren Krankenhaus Moabit/Turmstraße ansässige Vivantes-Kliniken organisatorisch dem Klinikum Am Urban zugeordnet: die Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie und die Klinik für Innere Medizin – Hämatologie und Onkologie. Letztere wird im Laufe des nächsten Jahres nach Fertigstellung der Bauarbeiten auch räumlich in das Klinikum Am Urban umziehen. Die Strahlentherapie verbleibt weiter in der Turmstraße.

Vivantes Klinikum Neukölln Chef der neu eröffneten Klinik für Kinder- und Neugeborenenchirurgie wird zum 1. Januar 2004 PD Dr. med. Bernd Tillig (48). Er kommt von der Klinik an der Ruhr, in der er bis jetzt als Oberarzt der Kinderchirurgie arbeitete. Zuvor war Bernd Tillig an der Universitätsklinik in Leipzig tätig.

DRK-Kliniken Westend Seit dem 1. November ist Dr. med. Cornelia Radke (48) neue Chefarztin der Pathologie. Sie löst in dieser Funktion Dr. med. Dieter May ab, der zum Ende des Jahres in den Ruhestand geht. Cornelia Radke war zuvor langjährig als Oberärztin bei Professor Diemel an der Charité tätig. Eines ihrer wichtigsten Spezialgebiete ist die Diagnostik von Brustkrebs.

Charité - Universitätsmedizin Berlin Die Institute für Rechtsmedizin an den Standorten Mitte und Benjamin Franklin stehen seit Oktober unter der gemeinsamen Leitung von Prof. Dr. med. Volkmar Schneider. Der frühere Institutschef in Mitte, Prof. Dr. med. Gunther Geserick, ging Ende September in den Ruhestand.

Crash in Köpenick

Wer war der hilfsbereite Arzt vom 14. Mai?

...,der nach einem Verkehrsunfall geistesgegenwärtig Hilfe leistete und sich rührend um einen unter Schock stehenden Vater und seinen 3-jährigen Sohn kümmerte. Der Arzt war zwar nicht unmittelbar Zeuge des Unfalls, eilte jedoch sofort herbei und versorgte die unter Schock stehenden Fahrzeuginsassen. Der Unfall ereignete sich am 14. Mai um 11.30 Uhr auf der Köpenicker Allee/Ecke „An der Wuhlheide“. Beteiligt waren



ein silbergrauer Ford Escort Kombi und ein Renault 19. Der Vater (und Fahrer des Kombi) wandte sich an BERLINER ÄRZTE. Er möchte sich bei dem freundlichen Arzt bedanken, den er in der Aufregung leider weder nach seinem Namen, noch nach seiner Anschrift gefragt hatte. Der Arzt ist Mitte/Ende 40, hat kurzes graues Haar, trägt eine Brille und fuhr einen silbergrauen neuen Passat. Er möge sich bitte bei Herrn Linke melden, Tel. 0172/ 95 32 914.

Kontrolle

Landesamt checkte Arbeitszeit in Kliniken

In den letzten Monaten hat das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit verstärkt die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes in Berliner Kliniken kontrolliert. Das Amt zog in 20 Kliniken Stichproben und überprüfte pro Haus im Schnitt zwei Abteilungen. Der Abschlussbericht wird in den nächsten Wochen erwartet.

LAGetSi-Direktorin Dr. med. Hendrikje Zuschneid-Bertram berichtete, dass derzeit in betroffenen Kliniken noch Anhörungen laufen und auch mit einigen Bußgeldbescheiden zu rechnen sei. Genaues wollte sie aber noch nicht preisgeben, „die Sache ist noch nicht abgeschlossen“.

Allerdings war man überrascht, dass das Gros der geprüften Abteilungen doch recht ordentlich dokumentiert hat, so Zuschneid-Bertrams Zwischenbilanz. „Sodom und Gomorra haben wir jedenfalls nicht vorgefunden“ sagt sie.

Andererseits wisse man, dass viele Kliniken so dokumentieren, dass Verstöße erst gar nicht sichtbar werden. So gebe es Häuser, in denen Überstunden erst gar nicht erfasst werden oder die Dokumentation ab einer bestimmten Maximalstundenzahl pro Tag einfach endet.

Das Amt hat seine konzertierte Aktion auf Hinweise verschiedenster Seiten hin gestartet. Unter anderem hatte auch der Ärztekammer-Arbeitskreis Junge Ärzte diverse anonyme Meldungen eingereicht.

Bei dieser kleinen Rubrik ist die Redaktion BERLINER ÄRZTE auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

Tel. 40 80 6-1600/1601, Fax: 40 80 6-1699.
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.golkowski@aekb.de

Arzt ignorierte Fristen und nahm Darlehen von Patienten an

Gleich mehrere Verstöße gegen geltendes Berufsrecht hatte das Berufsgericht für Heilberufe bei einem Berliner Arzt festgestellt. So hatte er innerhalb von drei Jahren in einer Vielzahl von Fällen Anfragen von Gerichten sowie Gutachtenaufträge nicht oder nur nach unverhältnismäßig langer Zeit erledigt. In der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin ist aber die fristgerechte Erstellung von Befundberichten und Gutachten als Berufspflicht des Arztes gefordert. Als angemessen wird allgemein ein Zeitraum von drei Monaten angenommen. In einigen der Fälle war es zu einer Bearbeitungszeit von mehr als einem Jahr gekommen, oder die Aufträge wurden gar nicht erfüllt.

Das Kammermitglied hatte zudem in dem o.g. Zeitraum insgesamt 53.500 DM (vor €-Einführung) zu einem unterhalb der üblichen Bankzinsen liegen-

den Zinssatz als Darlehen von einer Patientin angenommen und hatte Rückzahlungsvereinbarungen nicht eingehalten. Da die Berufsordnung der Ärztekammer es dem Arzt verbietet, sich Geschenke oder andere Vorteile, die das übliche Maß kleiner Anerkennungen übersteigen, versprechen zu lassen oder anzunehmen, wurde auch hierin eine Verletzung von Berufspflichten gesehen. Geschenke übersteigen in ihrem Wert immer dann das Maß „kleiner Anerkennungen“, wenn hierdurch der Eindruck erweckt werden kann, dass der Arzt in seiner ärztlichen Entscheidung beeinflusst sein könnte, was nach der Ansicht des Gerichtes bei einem Darlehen in Höhe von 53.500 DM außer Frage steht.

Zudem hatte das Kammermitglied auf eine Vielzahl von Anfragen der Ärztekammer

überhaupt nicht geantwortet und hatte so gegen eine in der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin geregelte Verpflichtung verstoßen. Anfragen der Kammer, die diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben bei der Berufsaufsicht an den Arzt richtet, müssen in angemessener Zeit beantwortet werden. Ausschließlich die besondere persönliche Situation des Kammermitgliedes in dem vom Gericht zu beurteilenden

Zeitraum war der Grund dafür, dass das Gericht das Kammermitglied nicht zur Zahlung einer höheren Geldbuße verurteilte, sondern lediglich einen Verweis aussprach. Allerdings muss der betroffene Arzt die Kosten des Verfahrens tragen.

Das mittlerweile rechtskräftige Urteil vom 17. September 2003 wird nun beim Landesamt für Gesundheit und Soziales in das dort geführte Arztregister aufgenommen.

Arzneimittelmissbrauch

Patientin erschleicht sich Rezepte

Eine Patientin mittleren Alters lässt sich im Großraum des Bezirks Neukölln offenbar von niedergelassenen Ärzten wechselnder Fachrichtungen (Allgemeinmediziner, Dermatologen, Gynäkologen) das Benzodiazepin Planum® verschreiben. Aufgefallen ist sie Neuköllner Apothekern, die sich an BERLINER ÄRZTE wandten. Die Verschreibungsmengen (etwa alle 10 Tage 30 Stück) sind insgesamt unüblich hoch. Die Apotheker haben den Verdacht, dass die Patientin (Marlies M.) das Medikament missbräuchlich verwendet und möchten mit ihrem Hinweis die Ärzte sensibilisieren.

Durchgesehen

Leitlinienclearingbericht Depression zieht traurige Bilanz

Der Leitlinienclearingbericht „Depression“ des Ärztlichen Zentrums Qualitätssicherung (ÄZQ) ist fertig. Er basiert auf einer systematischen Datenbankrecherche, in die sämtliche zwischen 1991 und 2001 online verfügbaren deutsch- und englischsprachigen Leitlinien zum Thema Depression einbezogen wurden. Von 843 Treffern wurden 128 Zitate im Volltext gesichtet. 20 Leitlinien erfüllten die Einschlusskriterien. Hinzu kam noch die im Jahr 2002 aufgelegte Leitlinie „Psychotherapie und Depression“. Insgesamt schafften es 18 englischsprachige und drei deutschsprachige Leitlinien in die Bewertung.

Das Fazit: Keine der bewerteten 21 Leitlinien entspricht vollständig den vom ÄZQ geforderten Standards. Als methodisch und inhaltlich noch vergleichsweise gut kamen die Leitlinien der Canadian Medical Association

und der Veterans Health Administration in den USA weg. Allerdings ist deren Übertragbarkeit auf Deutschland wegen der sehr unterschiedlichen Gesundheitssysteme problematisch. Der Bericht gibt Tipps, welche Anforderungen an eine zukünftige nationale Leitlinie zu stellen sind.

Der Leitlinienclearingbericht Depression ist im Internet unter www.leitlinien.de/clearingverfahren/clearingberichte/depression einzusehen. Die gedruckte Fassung ist als Band 12 in der „äzq-Schriftenreihe“ erschienen und kann für 14,90 € im Buchhandel unter ISBN 3-89906-902-1 bestellt werden.

Das ÄZQ ist eine gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und der KBV, die Leitlinien systematisch sichtet und seit einigen Jahren ein standardisiertes Clearingverfahren anbietet.

50 Jahre Krebsregistrierung

Das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR) konnte in diesem Jahr sein 50-jähriges Jubiläum begehen. Aus diesem Anlass fand am 6. September ein wissenschaftliches Symposium mit Beteiligung namhafter nationaler und internationaler Experten der Krebsregistrierung und -epidemiologie statt.

In ihrer Eröffnungsansprache verwies die Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin, Dr. Heidi Knake-Werner, auf die Bedeutung des GKR, das mit fast 2,7 Millionen dokumentierten Krebsfällen in Deutschland und international zu den größten Datensammlungen auf dem Gebiet der Krebsepidemiologie gehört.

Das ehemalige Nationale Krebsregister der DDR, dessen Ursprung bis in das Jahr 1953 zurückreicht, wurde nach der Wende von den neuen Bundesländern und Berlin gemeinsam weitergeführt. Damit existiert seit nunmehr 50 Jahren eine flächendeckende bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung in einem Einzugsgebiet mit etwa 17 Millionen Einwohnern.

Die 50-jährige Geschichte des GKR war einerseits Anlass, ein Resümee des bisher Geleisteten zu ziehen, andererseits lag der Schwerpunkt des wissenschaftlichen Programms bei der Darstellung verschiedener Aspekte der Nutzung von Krebsregisterdaten. Übereinstimmendes Statement der IARC (International Agency for Research on Cancer)

– Max Parkin – und der Vertreter epidemiologischer und klinischer Register war die Forderung nach verstärkter praktischer Nutzung gesammelter Daten in der Krebsforschung.

„Schlafen die Epidemiologen in Deutschland?“, fragte der engagierte Epidemiologe Dr. Stang (Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie am Universitätsklinikum Essen) in seinem Vortrag. Die Forderungen nach verstärkter Einbindung in Studien und Forschungsprojekte, die das GKR nachdrücklich unterstützt, wurden seitens des Deutschen Krebsforschungszentrums durch die Formulierung neuer Aufgaben epidemiologischer Krebsregister bei der Qualitätssicherung von Früherkennungsprogrammen ergänzt. Betont wurde aber auch, dass die Voraussetzungen für valide Registerdaten praktikable und effiziente Meldeverfahren sind. In Deutschland gäbe es in dieser Hinsicht noch einiges zu verbessern, so der Direktor des finnischen Krebsregisters Timo Hakulinen.

Dass dies geschieht, war zu Beginn der Veranstaltung zu erfahren: In Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen bereits realisiert, kündigte die Senatorin die Einführung der Meldepflicht für Krebserkrankungen in Berlin an.

Das dies geschieht, war zu Beginn der Veranstaltung zu erfahren: In Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen bereits realisiert, kündigte die Senatorin die Einführung der Meldepflicht für Krebserkrankungen in Berlin an.

Die Festschrift zum 50-jährigen Jubiläum kann beim GKR, Brodauer Str. 16-22, 12621 Berlin, E-Mail: vertrauensstelle@gkr.verwalt-berlin.de angefordert werden.



ALLHAT-Studie: Pro und Kontra
BERLINER ÄRZTE 10/2003

Es fehlt das Fazit

Mit der „ALLHAT“-Studie wurde die Frage geprüft, ob der Beginn einer anti-hypertensiven Therapie mit einem Thiazid-Diuretikum (Chlorthalidon, zunächst als Monotherapie) einem Beginn mit einem Calcium-Antagonisten (Amlodipin) oder einem Angiotensin-Conversionsenzym (ACE)-Hemmer (Lisinopril) hinsichtlich Verhinderung von koronarer Herzkrankheit und kardiovaskulären Komplikationen allgemein gleichwertig, über- oder unterlegen ist. Die Ergebnisse wurden von den Kontrahenten aus ihrer Sicht referiert und unterschiedlich interpretiert. Beide Stellungnahmen sind interessant und lesenswert, doch bleibt das Fazit für den Praktiker ein wenig auf der Strecke, was bei Fehlen eines Syntheserversuchs durch eine dritte Person kein Wunder ist. Zusammenfassend war die Komplikationsrate der Hypertonie bei Beginn der Therapie mit den drei genannten Wirkprinzipien ähnlich, wobei eine leichte Überlegenheit des Diuretikums hinsichtlich der „outcomes“ durch eine geringfügige stärkere Blutdrucksenkung verursacht sein mag.

Die ALLHAT-Studie wurde 1994 begonnen und sicher schon ein bis zwei Jahre zuvor hinsichtlich ihres Ablaufs geplant. Wie alle langfristigen und deshalb besonders relevanten Therapiestudien kann sie deshalb über neuere pharmakologische Entwicklungen keine Information liefern. Am Ende der Studie mit einer mittleren Dauer von 4,9 Jahren nahmen noch circa 80 % der Patienten der Thiazidgruppe und der Calciumantagonistengruppe das Diuretikum bzw. das Amlodipin als Basistherapie oder als einziges Medikament, während dies in der



ACE-Hemmergruppe nur in circa 73 % der Fall war. Viele Patienten wurden mit Zweifach- oder Dreifach-Kombinationen behandelt, wenn mit der maximal zulässigen Dosis der Ersttherapie der Blutdruck nicht in den Zielbereich gesenkt werden konnte. Die Kontrahenten sind sich unter anderem über die Folgen der wichtigsten Nebenwirkungen des Thiaziddiuretikums, nämlich Hypokaliämie und gelegentlicher Blutzuckeranstieg, nicht einig. Da heute fast alle Hypertoniker mit Kombinationsdiuretika (Thiazid plus Amilorid oder Triamteren) behandelt werden, relativiert sich dieses Problem in der Praxis von allein. Die verminderte Glukosetoleranz wird überwiegend durch die Hypokaliämie verursacht, die wiederum bei Verwendung von Kombinations-Diuretika nur sehr selten auftritt.

Schon aus pathophysiologischer Sicht ist es sinnvoll, in der Hochdrucktherapie immer den Einsatz eines Diuretikums zu erwägen. Alle ursächlich bisher weitgehend aufgeklärten Hypertonie-Syndrome (Conn-Syndrom oder Primärer Hyperaldosteronismus, Liddle-Syndrom, Scheinbares Hypermineralocorticoid-Syndrom durch Defekt der 11-beta-Hydroxysteroid-Dehydrogenase in der Niere) beruhen auf einer unzureichenden Fähigkeit der Niere Natrium auszuschleiden und sprechen auf das diuretische Prinzip therapeutisch gut an. G. Bianchi et al. aus Mailand konnten auch bei einem erheblichen Prozentsatz von Patienten mit „essentieller“ Hypertonie den funktionellen Defekt eines am Natriumtransport beteiligten renalen Tubulusproteins (Adducin) nachweisen. Damit findet die schon vor 30 Jahren ausgesprochene Voraussage des bedeutenden amerikanischen Physiologen Arthur Guyton, dass eine Dauerhypertonie ohne Veränderung der Nierenfunktion nur schwer möglich ist, eine weitgehende Bestätigung.

Es gibt heute mehrere Möglichkeiten, eine antihypertensive Therapie mit zunächst nur einem Medikament zu beginnen. Bei älteren Menschen (wie in der ALLHAT-Studie) sind Diuretika oder Calciumantagonisten im Allgemeinen wirksamer als bei jüngeren Menschen, bei denen wiederum ACE-Hemmer und Betarezeptorenblocker besser wirksam sind. Erweist es sich als notwendig zur Zweifachtherapie überzugehen, dann sollte mit wenigen Ausnahmen ein Diuretikum gewählt werden (wenn nicht schon ein Diuretikum primär gegeben wurde), unter anderem weil die meisten anderen Antihypertensiva eine gewisse Natriumretention verursachen. Besonders sinnvoll ist die Kombination von ACE-Hemmern oder Angiotensin-Rezeptor-Antagonisten mit einem Thiaziddiuretikum (in diesem Fall aber ohne Amilorid oder Triamteren wegen Hyperkaliämie-Gefahr). Die Autoren der ALLHAT-Studie weisen am Schluss ihrer Diskussion ebenfalls auf den Wert des Einschlusses von Diuretika bei „multiple drug“-Behandlung der Hypertonie hin.

Zum Schluss noch ein Wort zu pharmako-ökonomischen Problemen. Th. Unger kritisiert in seinem Beitrag die Vermischung wissenschaftlicher mit ökonomischen Fragestellungen in der ALLHAT-Studie. Die Studie wurde vom US-amerikanischen National Heart, Lung and Blood Institute, also aus Steuergeldern, gesponsert. Die Frage, warum eine möglicherweise gleichwertige oder überlegene, aber billige Medikamentengruppe in der Hochdrucktherapie zugunsten vielfach beworbener deutlich teurerer Therapieprinzipien vernachlässigt wird, ist legitim und korrumpiert nicht das wissenschaftliche Denken. Die Autoren und Mitarbeiter an dieser Studie waren sicher nicht von Diuretika-Herstellern „gekauft“. Liest man sich am Ende der Veröffentlichung die „Financial Disclosures“ durch, dann kann selbst der „Kontra“-Autor angesichts der Zahl der Beraterverträge der Autoren mit multiplen Pharmafirmen, unter ihnen viele Hersteller von ACE-Hemmern und Calciumantagonisten, vor Neid erblassen.

*Prof. Dr. med. Wolfgang Oelkers, 14109 Berlin
Hinweise zur Literatur auf Nachfrage bei der Redaktion*

Der Bock als Gärtner

So, so, Prof. Unger wirft den Autoren der ALLHAT-Studie „wissenschaftliche Unredlichkeit“ als das „vielleicht schwerwiegendste Argument“ gegen die mit öffentlichen Mitteln finanzierte Studie vor (BERLINER ÄRZTE 10/2003). Die Schlussfolgerungen seien „mit großem Pomp in die Medien geworfen“ worden und „nicht zuerst in einer wissenschaftlichen Zeitschrift veröffentlicht – eine für die Publikation wissenschaftlicher Ergebnisse sehr ungewöhnliche Vorgehensweise“. Angesichts des üblichen Pharmamarketings ist dies eine eher ungewöhnliche Argumentation, die zudem in anderem Licht stünde, wenn der Kommentar einen möglicherweise bestehenden Interessenkonflikt deklariert hätte. Kurz ist zudem das Gedächtnis. Anfang dieses Jahres führte Prof. Unger auf einem Acarbose-Festsymposium in Berlin aus, dass „nach neuesten Studienergebnissen mit Acarbose... Komplikationen wie Herzinfarkt und Schlaganfall zu fast 50 Prozent und die Rate an Herzinfarkten zu 91 Prozent gesenkt werden“ und dass mit Acarbose „ein neues Kapitel in der Vorbeugung und Behandlung der Zuckerkrankheit... aufgeschlagen“ werde (Bayer HealthCare: Presseinformation, Januar 2003). Nur: Zum Zeitpunkt seiner Laudatio gab es noch gar keine herstellerunabhängigen Informationen über kardiovaskuläre Erkrankungen in der STOP-NIDDM-Studie, um die es hier geht. Die Publikationen in einer wissenschaftlichen Peer-Review-Zeitschrift erschien erst ein halbes Jahr später, und ob die Prognosen zutreffen, erscheint danach mehr als fraglich. Soweit zum Stichwort „wissenschaftliche Unredlichkeit“.

Die Unger'sche Argumentation macht aber deutlich, dass die Autoren der ALLHAT-Studie den Nerv des etablierten Pharmamarketings getroffen haben. Sie haben sich nicht darauf beschränkt, die Großstudie zu veröffentlichen und dann der Nichtbeachtung zu überlassen. Weil in ALLHAT ein längst patentfreies und preiswertes Diuretikum besser abschneidet als teure angeblich moderne Antihypertensiva vom Typ Lisinopril oder Amlodipin, haben die Autoren vorausgesehen, dass die Ergebnisse der Untersuchung keine Chance haben (...) die verordnenden Ärzte zu erreichen. Den Autoren war klar, dass die Ergebnisse der ALLHAT-Studie nicht – wie sonst üblich – von Firmen durch groß angelegte Werbekampagnen an den Arzt gebracht würden, beispielsweise durch auf Hochglanzpapier gedruckte Sonderdrucke oder durch unterstützende Kommentare von firmenfinanzierten Meinungsbildnern. Sie haben daher die Ergebnisse selbst verbreitet, in Eigenregie Meinungsbildner angesprochen, selbst Pressekonferenzen abgehalten, Internetseiten eingerichtet unter anderem – alles ohne Unterstützung und Beeinflussung durch die Pharmaindustrie (Näheres in Lancet 2003; 362: 1204-5). Solche Eigeninitiative muss die pharmazeutischen Anbieter in der Tat das Fürchten lehren.

Es ist nach wie vor erschreckend, wie leicht verordnende Ärzte zum Medikamentenhopping von einer Neuerung auf die nächste manipuliert werden können, ohne dass klinisch rele-

vante Belege für einen Nutzen der Neuerung vorliegen. Ältere bewährte Produkte, die dem Mainstream des Innovationswahns entgegenlaufen, sind hingegen trotz exzellenter Dokumentation des Nutzens nur schwer in der Verordnung der Ärzte zu halten, nicht zuletzt, weil die vielen habilitierten Pharmareferenten längst Widerlegtes wiederkauen und für künstliche Veraltung von Bewährtem sorgen. Sie tragen einen großen Teil der Schuld, warum eine evidenzbasierte Therapie zum Nutzen der Patienten so schwer durchzusetzen und aufrechtzuerhalten ist.

*Wolfgang Becker-Brüser
Redaktion arznei-telegramm*

Zum Kommentar Prof. Dr. Thimme

Wenn über die Verordnungspraxis in Deutschland geurteilt wird, sollten auch die Argumente stimmen. Da es um Blutdrucksenkung geht, zählt nur die Anwendung bei dieser Indikation. So wurden zwar rd. 1,4 Mrd. Tagesdosen (2001) von allen Diuretika zusammen verkauft, jedoch auch für alle anderen Indikationen (Oedeme etc.). Der Hypertonieanteil ist nicht bekannt. Das Gleiche gilt für Betablocker, Ca-Antagonisten und ACE-Hemmer. Inklusive der anderen Substanzen wurden hiervon insgesamt rd. 5,1 Mrd. Tagesdosen (2001) verkauft. Dies ist richtig. Doch kann daraus weder auf die Häufigkeit der Monotherapie noch auf die Häufigkeit der Diuretikaanwendung bei der Hypertonie geschlossen werden.

Die genannten Zahlen suggerieren zudem Genauigkeit, die nicht gegeben ist. Selbst wenn sie das aussagen, wozu sie benutzt werden, kann das Ergebnis kaum richtig sein, denn dann betrüge der Diuretikaanteil als Monotherapie rd. 20 % (1,4 von 6,5). Das wäre sehr viel - dies bleibt aber unerwähnt. Stattdessen wird eine Untersuchung der Barmer Ersatzkasse mit geringeren Diuretikaanteilen zur Bestätigung der geringen Diuretikaverwendung (10 %) benutzt. Das Ziel ist, die angeblich zu geringe Anwendung von Diuretika als Monotherapie zur Begründung unwirtschaftlicher, angeblich nichtevidenzbasierter Therapie zu verwenden. Wenn die Ausgangsbasis nicht stimmt, sind alle Folgerungen fragwürdig.

Die ALLHAT-Studie ist wirklich ein Meilenstein, sie führt durch die Kommentierung vor Augen, welcher Missbrauch mit Daten

getrieben wird. Sie werden eben dem Ziel angepasst. Dies geschieht auch durch Weglassen. So wird mit keinem Wort erwähnt, dass fixe Kombinationen mit Diuretika hier bereits eine deutlich größere Rolle als die Diuretika spielen. Dies ist ein Hinweis auf den unzureichenden Effekt eines einzigen Wirkprinzips. Ebenso vermisse ich einen Hinweis darauf, dass ein Wirkprinzip bei weitem nicht bei allen Patienten ausreichend wirkt. Also ist die Forderung, alle behandeln zu können irreführend.

Mit sachlicher Diskussion hat dieser Kommentar nichts zu tun. Gefährlich wird es, wenn nur die unbegründeten Schlussfolgerungen gesehen werden. Dies liegt auch an der unzureichenden Datenbasis, denn der fehlende Indikationsbezug im Arzneiverordnungreport führt zwangsläufig zu falschen Schlüssen.

Reinhard Rodiger , 13349 Berlin

Ganz trübe

Es mutet ulkig an, wenn ein Professor aus Deutschland – wo faktisch keine nennenswerten klinischen Studien erstellt werden - den US-amerikanischen und kanadischen Autoren aus Universitäten und Gesundheitsbehörden der mit 24.335 abschließenden Patienten größten bisher bekannten Doppelblind-Studie „Fehler im Design, unrationales Behandlungsschema, Unredlichkeit“ etc. unterstellt. Der deutsche Professor verdammt dann auch noch das Joint National Committee (JNC) des National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee (NHBPEP), welches von 39 zum Teil renommierten medizinischen Gesellschaften und 7 staatlichen Gesundheitsbehörden getragen wird. Unter Leitung des NIH (National Institut of Health) in Bethesda/Maryland (dem Mekka aller medizinischen Forscher) hat dieses JNC es doch gewagt, Diuretika als First-Line-Medikament bei Hypertonie zu empfehlen, was so gar nicht in die deutsche Landschaft passt.

Dazu wärmt Herr Prof. Unger Argumente auf, die von den Autoren längst widerlegt worden sind. So beruhte der Endpunkt Herzinsuffizienz nicht allein auf Ödem-Neigung, wie von Unger behauptet, sondern auf Zeichen der links- oder rechtsventrikulären Dysfunktion, die nicht anderen Ursachen zugeschrieben werden konnte. 81 % der Fälle wurden nachträglich zentral überprüft und behielten die Unterschiede in den Be-

handlungsarmen. Es handelt sich bei der ALLHAT-Studie nicht um eine von Unger so dargestellte durch schwarze Patienten verfälschte Studie. Auch bei der nicht-schwarzen Mehrheit ergab sich gegenüber dem Diuretikum Chlortalidon unter dem ACE-Hemmer Lisinopril eine signifikante Risikosteigerung bzgl. Herzinsuffizienz um 15 % (bei Schwarzen um 32 %).

Ganz trübe wird es, wenn Unger dann (in diesem Fall ohne Kommentar) eine australische Studie an 6000 Patienten mit angeblicher Überlegenheit eines ACE-Hemmers zitiert, welche das insuffiziente JNC bei seiner Empfehlung der Diuretika überhaupt nicht berücksichtigt habe. Im Gegensatz zur staatlich kontrollierten Doppelblind-ALLHAT-Studie handelte es sich dabei um eine offene Studie, bei welcher praktische Ärzte zusätzlich zu den Betreuungskosten 100 Dollar (offenbar von Merck-Sharp-Dome) erhielten. Ungereimtheiten bzgl. Cross-Over etc. sind in der Original-Veröffentlichung nicht genannt worden. Vor allem aber wurde, nachdem die Endpunkte der Studie keinen Unterschied zwischen Diuretikum und ACE-Hemmer ergeben hatten, nachträglich (!) die Untergruppe der Männer als Unterschied analysiert, welche mit schwacher Signifikanz von $p = 0,04$ die Überlegenheit des ACE-Hemmers beweisen sollte. Hierbei handelt es sich um Schwächen, die einem Pharmakologie-Professor eigentlich die Haare sträuben sollten.

Es steht zu befürchten, das die „habilitierten Pharmareferenten“ bzgl. der Hypertonie-Behandlung die deutsche Medizin ebenso blamieren werden, wie es ihnen bei der Verteidigung der Östrogen-Ersatz-Therapie ergangen ist. Schade, dass Sie die objektiven und fundierten Artikel von Herrn Prof. Thimme vorangesetzt haben, die die ALLHAT-Studie noch mit der großen Netzwerk-Metaanalyse untermauert. Er hätte es verdient gehabt, das psychologisch wichtige „letzte Wort“ zu haben. (...)

*Prof. Dr. med. Klaus-Werner Wenzel, 14129 Berlin
Hinweise zur Literatur auf Nachfrage bei der Redaktion*

Preis darf nicht einziges Argument sein

Im Oktoberheft von 2003 greift BERLINER ÄRZTE, die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin, das aktuelle Thema der Hochdrucktherapie vor dem Hintergrund der viel und kontrovers diskutierten ALLHAT-Studie auf.

Sind Diuretika bzw. Saluretika wirklich das vorrangige initiale Therapierprinzip der antihypertensiven Therapie? Nein – sie sind es nicht!

Die Stellungnahme „pro“ ALLHAT-Studie überzeugt nicht, die „contra“-Gegendarstellung liefert die wesentlichen Argumente gegen eine Bevorzugung der Diuretika/Saluretika zu Beginn einer notwendigen antihypertensiven Therapie.

Die erhöhte Diabetes mellitus-Rate unter Diuretika/Saluretika-Gabe ist nicht zu verharmlosen. Die UKPDS-Studie liefert hier-

zu keineswegs ein Alibi, denn eine Optimierung des Kohlehydratstoffwechsels ist sehr wohl prognostisch günstig. Allerdings führte eine stärkere Blutdrucksenkung in dieser Studie quantitativ zu einer noch größeren Verbesserung der Prognose. Daher ist heute gerade bei Patienten mit Diabetes mellitus eine konsequente Blutdrucknormalisierung (unter 130/80 mmHg!) so bedeutungsvoll. Rund 80 % der Patienten mit Typ II-Diabetes mellitus haben eine arterielle Hypertonie, rd. 40 % aller Hypertoniepatienten weisen eine gestörte Glukosetoleranz auf. Adipöse Hypertoniepatienten haben gehäuft ein metabolisches Syndrom infolge einer Insulinresistenz.

Bei diesem Sachverhalt kann und darf der niedrige Preis somit nicht das einzige tragende Argument für den generell vorrangigen Einsatz der Diuretika/Saluretika bei der initialen Hochdrucktherapie sein. Die zuvor aufgeführten Begleit- und Nebenwirkungen der Diuretika/Saluretika sind nun durch eine möglichst niedrige Dosierung minimierbar, vor allem aber in Kombination von Diuretika/Saluretika mit ACE-Hemmern, AT₁-Rezeptorenantagonisten und auch Beta-1-selektiven Rezeptorenblockern weitgehend zu vermeiden. Das niedrig dosierte Diuretikum/Saluretikum (z.B. 6,25 mg bis höchstens 25 mg Hydrochlorothiazid) ist generell der ideale Kombinationspartner im Rahmen der antihypertensiven 2-Komponenten-Kombinationstherapie.

Um die neuen, gut begründeten Zielwerte der antihypertensiven Therapie zu erreichen (Normotonie bedeutet nach den aktuellen amerikanischen Leitlinien ein Ruheblutdruck von < 120/80 mmHg, in Europa und Deutschland – noch – < 130/85 mmHg!) ist ohnehin bei 70-80 % aller Hypertoniepatienten eine 2- bis Mehr-Komponenten-Kombinationsbehandlung erforderlich, die in der Regel bei normaler Nierenfunktion immer ein niedrig dosiertes Saluretikum (z.B. Hydrochlorothiazid, s.o.) enthalten sollte. Der Streit um den initialen Einstieg bei der antihypertensiven Therapie relativiert sich so ohnehin und sollte nicht schematisch und starr mit einem Diuretikum/ Saluretikum beginnen (siehe zuvor), sondern entsprechend den individuellen klinischen Gegebenheiten (Alter, Begleiterkrankungen, schon eingetretene Komplikationen der arteriellen Hypertonie, bisherige Therapieerfahrungen) in Form einer individualisierten Differenzialtherapie erfolgen. Das entspricht auch den neuen Therapieempfehlungen der Europäischen Hypertoniegesellschaft als auch den Therapieempfehlungen der Deutschen Hochdruckliga. (...)

Prof. Dr. med. F.W. Lohmann, 14129 Berlin

Handwerklich schlechte Studie

Wenn man Prof. Thimmes Rezension der ALLHAT-Studie im Arzneimittelbrief („Chlortalidon ist Amlodipin und Lisinopril bei der Behandlung des Bluthochdrucks überlegen“) mit seinem Artikel in BERLINER ÄRZTE vergleicht, erkennt man eine erheb-

liche Entwicklung, die offenbar dazu geführt hat, dass die Schriftleitung unseres Kammerblatts ganz unzufrieden mit seiner Arbeit als Pro-Anwalt war. Musste sie ihm doch den Artikel von Frau Stein zur Seite stellen, der weit über seine Aussagen hinausgeht und eine ideologisch motivierte Fehlinterpretation ihrer Diskussionsrolle darstellt.

Darf ich Sie auf zwei interessante Details hinweisen, die Professor Unger nicht oder nur unvollständig dargestellt hat?

1. Wenn 90 % der ALLHAT-Patienten vorbehandelt und überwiegend mit einem Diuretikum vorbehandelt waren, testete ALLHAT nicht die Hochdruckbehandlung mit Diuretika gegen Lisinopril oder Amlodipin, sondern die Fortsetzung der Diuretikatherapie gegen die Option, Diuretika gegen Amlodipin oder Lisinopril zu tauschen, ohne Auswaschphase und ohne Rücksicht auf die Frage, ob die Patienten herzinsuffizient waren. Das muss ganz erhebliche Auswirkungen auf das Ergebnis haben, und zwar grundsätzlich zu Gunsten des Chlortalidonarms.
2. 16 % der Studienpatienten waren nicht auswertbar, weil sie nicht zu Kontrollterminen erschienen. 9 % der Chlortalidongruppe nahmen nach fünf Jahren kein Chlortalidon, sondern ACE-Hemmer oder Kalziumkanalblocker, weitere 13 % nahmen Chlortalidon plus ACE-Hemmer oder Kalziumkanalblocker, das heißt 22 % der verbliebenen Patienten hatten das Studienprotokoll schwerwiegend verletzt. Nur 71 % waren noch auf der verblindeten Studienmedikation, in der Lisinoprilgruppe sogar nur noch 61 %. Wann sind eigentlich Zweifel erlaubt, ob hier noch die ursprüngliche Studienfragestellung bearbeitet wird?

Die ALLHAT-Studie ist für mich ein handwerklich schlechtes Stück wissenschaftlicher Arbeit, und Kritiker der ALLHAT-Studie pauschal als von der Pharmaindustrie gekauft zu verdächtigen, ist unsachlich, nicht sehr einfallsreich, erlaubt aber die Frage, ob der Autor seinen inhaltlichen Argumenten noch vertraut. Ich fürchte, dass die ALLHAT-Diskussion gleichwohl ihr Ziel erreicht hat. Ausgerechnet eine BKK will erstmals in einer groß angelegten Aktion Berliner Ärzte über die Forderung nach einer im Rahmen des Praxisbudgets wirtschaftlichen Ordnungsweise hinaus mit dem Mittel des Individualregresses zwingen, die

Kosten für ein von der Krankenkasse als zu teuer angesehenes Hochdruckmedikament rückwirkend aus eigener Tasche zu bezahlen.

Die vorliegende Kritik an zu teuren modernen Antihypertensiva wird, lassen Sie mich das vermuten, in diesem Zusammenhang nicht zu einer Verbesserung der unbefriedigenden Hochdruckbehandlung in Deutschland führen. Verunsichert werden sich die Ärzte auf die finanziell nichtbedrohte Seite unzureichender aber billiger Behandlung zurückziehen.

Große Probleme habe ich mit der Schlussfolgerung, man könne nach einer mittleren Beobachtungszeit von 4,9 Jahren sagen, das vermehrte Auftreten eines Diabetes sei prognostisch bedeutungslos. Ich glaube, Diabetologen sind da ganz anderer Meinung. Schließlich ist Chlortalidon in Schweden und Norwegen wegen seiner Nebenwirkungen verboten.

Meine Schlüsse aus der ALLHAT-Studie sind, dass eine Monotherapie des Hochdrucks selten erfolgreich ist, dass Medikamentenkombinationen immer ein Diuretikum enthalten sollten (was wir schon seit Jahren so machen), und dass ich dankbar bin, dass für diese Kombination nach 20 Jahren Forschungsarbeit andere Partner zur Verfügung stehen als Reserpin und Alphamethyldopa.

Dr. med. Joachim Hendricks, 10627 Berlin

Was denken Sie zum Thema ALLHAT-Studie ?

Die Ärztekammer Berlin hat zum Thema ALLHAT-Studie (Heft 10/2003) ein Internet-Diskussionsforum eingerichtet.
Unter <http://aekb.arzt.de/cgi-bin/ubb/ultimatebb.cgi> können Sie sich einschalten und mitdiskutieren.

12 Stunden sind kein Tag

Berliner Kliniken experimentieren mit neuen Arbeitszeitmodellen

Die berüchtigten 36-Stunden-Dienste für Krankenhausärzte sollen bald der Vergangenheit angehören. Im September hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) ein viel beachtetes Urteil gefällt, mit dem nun auch in Deutschland Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit anerkannt wird.

Die Umsetzung im deutschen Arbeitszeitgesetz stand bei Redaktionsschluss noch aus. Einige Berliner Krankenhäuser haben aber nicht erst auf das Urteil gewartet, sondern sich schon vorher darange-macht, ihre Arbeitszeiten europarechts-konform zu gestalten. BERLINER ÄRZTE hat sich bei ihnen umgehört.

Von Angela Mißlbeck



Bereitschaftsdienst, 36-Stunden-Schichten, 12 Tage Arbeit am Stück – ist das nun alles Schnee von gestern? Seit September stellt das von Ärzten lang ersehnte EuGH-Urteil jedenfalls klar, dass deutsche Krankenhäuser die Bereitschaftsdienstzeiten ihrer Ärzte als Arbeitszeit anerkennen und durch Freizeit ausgleichen müssen. Maximal 48 Stunden Arbeit pro Woche sind künftig erlaubt, das deutsche Arbeitszeitgesetz, Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen müssen Genauerer regeln.

In atemberaubender Geschwindigkeit wurde daraufhin noch im September das deutsche Arbeitszeitgesetz novelliert, um es der europäischen Rechtsprechung anzupassen. Die Novelle gehört zu einem größeren Gesetzespaket, das am 17. Oktober im Bundesrat scheiterte und jetzt im Vermittlungsausschuss liegt. Bis zum Redaktionsschluss dieser Zeitschrift war hier noch keine Entscheidung gefallen. Insofern stehen alle Angaben zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen (Kasten auf S. 18) unter Vorbehalt. Doch wie auch immer die Sache ausgeht: der Umstellungsprozess auf europarechtskonforme Arbeitszeiten wird den Kliniken leichter fallen, die sich bereits frühzeitig mit neuen Arbeitszeitmodellen beschäftigt haben. „Das Urteil und auch das geplante Arbeitszeitgesetz lassen Gestaltungsspielräume offen, die kaum einer sieht“, sagt Lars Herrmann von der Arbeitszeitberatung Hoff, Weidinger, Herrmann und Partner. So sind Bereitschaftsdienste, sofern die Tarifverträge dies ermöglichen, nach wie vor auch im Anschluss an den normalen Tagesdienst erlaubt. Ihnen muss nur eine elfstündige Ruhezeit folgen. Nur wenige begrüßen die großen Freiheiten der gesetzlichen Rahmenbedingungen, einige werden sie aber auch auszuschöpfen wissen.

Wo gibt es schon Bewegung?

Eine ganze Reihe von Berliner Krankenhäusern hat nicht erst auf das Urteil gewartet, sondern ohne Druck mit der voraussehbaren Neuorganisation begonnen. So stellt die Charité bereits seit Oktober 2001 Dienstplanmodelle in einzelnen Kliniken um. Dabei ist sie allerdings erschwerend mit den Einspar-Vorgaben des Berliner Senats konfrontiert. Das Deutsche Herzzentrum Berlin (DHZB) verwendet schon seit 1997 eine EDV-gesteuerte Dienstplanung mit Zeiterfassung im Arztdienst. Teilweise entsprechen die Arbeitszeitmodelle dort schon den neuen rechtlichen Vorgaben, an Details muss aber noch gefeilt werden. Ebenfalls fest eingeführt sind seit Mai diesen Jahres EU-taugliche Regelungen im kleinen Paulinenkrankenhaus, das viele Patienten aus dem Herzzentrum nachbetreut.

Bei Vivantes laufen seit Herbst 2002 die Vorbereitungen zur Erprobung des Modells PUMA – Praxisorientierte Umsetzung von Arbeitszeitmodellen im Klinikum Friedrichshain (KFH). Die ursprüngliche Planung sah vor, im Juli mit der Probephase zu beginnen, doch aufgrund von Einwänden des Betriebsrats verzögerte sich der Start. Bei Redaktionsschluss hieß es, die Erprobung in den chirurgischen Fächern des KFH soll noch im November beginnen.

Seit 1. Juli testet das DRK-Klinikum Westend drei verschiedene Modelle, darunter versetzte Dienste, eine Kombination aus Früh- und Spätschichten mit Bereitschaftsdienst und ein Drei-Schicht-Modell. Auch die privaten Krankenhäuser Schlossparkklinik und Parkklinik Weißensee wollten im Oktober mit dem Probelauf beginnen, um pünktlich zum Jahresbeginn 2004 den regulären Betrieb nach neuen Modellen aufnehmen zu können. Im Januar diesen Jahres begannen die evangelischen Krankenhäuser in Berlin mit der elektronischen Zeiterfassung. Neue Arbeitszeitmodelle werden seitdem diskutiert, waren

Was gilt in puncto Arbeitszeit ?

BEREITSCHAFTSDIENST IST ARBEITSZEIT

Wörtlich steht das in keinem Gesetz, aber es gilt seit dem SIMAP-Urteil 2000 und für Deutschland definitiv seit dem EUGH-Urteil vom 9. September 2003. Mit dem Urteil wurde die EU-Richtlinie 93/104 in Bezug auf den Bereitschaftsdienst neu interpretiert. Es besagt aber nicht, dass Bereitschaftsdienste abgeschafft werden müssen.

MAXIMAL 48 STUNDEN ARBEIT PRO WOCHE

So legt es die EU-Richtlinie 93/104 schon seit 1993 fest. Diese Formulierung wurde jedoch nicht in die Novelle des deutschen Arbeitszeitgesetzes übernommen. Dort ist in der derzeitigen Fassung nur eine durchschnittliche Tagesarbeitszeit von acht Stunden definiert. Sie darf überschritten werden, muss aber innerhalb eines halben Jahres ausgeglichen sein, sofern die Tarifpartner nicht einen Ausgleichszeitraum von 12 Monaten vereinbaren. Die jetzige Fassung des Arbeitszeitgesetzes enthält mehrere Öffnungsklauseln, die abweichende tarifvertragliche und individuelle Vereinbarungen erlauben.

INNERHALB VON 24 STUNDEN 11 STUNDEN RUHEZEIT AM STÜCK

Sowohl das Europarecht als auch das Arbeitszeitgesetz fordern innerhalb eines 24-Stunden-Zeitraums 11 Stunden Ruhezeit am Stück. Allerdings erlaubt die Novelle des Arbeitszeitgesetzes im Einzelfall eine Verkürzung der Ruhezeit, zum Beispiel wenn auf eine Spätschicht eine Frühschicht folgt. Wird verkürzt, muss die Differenz zu den geforderten 11 Stunden Ruhezeit unmittelbar an die nächstfolgende Ruhezeit angehängt werden.

Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme zum Arbeitszeitgesetz die Öffnungsklauseln kritisiert, die quasi die gesamte Ausgestaltung der Arbeitszeit auf die Tarifparteien oder gar Einzelvereinbarungen delegieren. Sie möchte, dass der Gesetzgeber eine klare Tages-Maximalarbeitszeit von 13 Stunden in die Novelle aufnimmt.

Bis zum Redaktionsschluss war offen, ob der Vermittlungsausschuss dem folgen würde.

aber bei Redaktionsschluss noch nicht umsetzungsreif.

Etwas unklar ist die Situation am Unfallkrankenhaus Berlin (UKB) in Marzahn. Dort existiert zwar seit mehr als einem Jahr ein Haustarifvertrag, der Arbeitszeitkonten und leistungsabhängige Vergütung vorsieht, aber nach Angaben des Betriebsrats weder eine Regelung zum Bereitschaftsdienst noch zu Rufbereitschaften enthält. Die Gewerkschaften haben die umstrittene Vereinbarung jetzt gekündigt. Eine Anpassung an das EuGH-Urteil steht noch aus. „Grundsätzlich bevorzugt der Betriebsrat eher lange Schichten zwischen zehn und zwölf Stunden plus Übergabezeit und möchte einen Acht-Stunden-Dreischichtbetrieb möglichst verhindern“, sagt Assistenzarzt Dr. Armin Belg vom Betriebsrat des UKB.

Ärzte einbeziehen!

Aber halt: Bevor neue Modelle zum Einsatz kommen können, muss erst einmal der Wandel gestaltet werden. Dazu empfiehlt Arbeitszeitberater Herrmann, „dass Ärzte grundsätzlich mit einbezogen werden, denn sie haben ein Interesse an Entlastung und viele Ideen“. Herrmann berät mit seiner Firma einige Krankenhäuser bei der Umgestaltung, darunter in Berlin das Paulinenkrankenhaus und Vivantes.

Der Berliner Arzt und Gesundheitswissenschaftler Daniel Sagebiel sagt über die Vorbereitung des Wandels: „Extrem wichtig ist die genaue Dokumentation der Arbeitszeiten im Vorfeld. Damit steht und fällt ein realistisches Personal- und Arbeitszeitkonzept. Mehrarbeit ohne Freizeitausgleich oder Vergütung ist ein Rechtsbruch, mit dem ein für alle Mal Schluss sein muss.“ Arbeitszeitexperte Herrmann setzt im Umgestaltungsprozess zudem auf interdisziplinäre Arbeitsgruppen.

Verwaltung, Personalrat, Ärzte, Pflege- und Führungskräfte sollten so

schrittweise zu einer Lösung kommen. „Normalerweise ist das kein sehr aufwändiges Verfahren, wenn die Beteiligten sich einig sind, dass sie sich bewegen wollen“, sagt er.

Vier Grundmodelle sind vorstellbar

Doch trotzdem kann es knirschen, denn natürlich treffen verschiedene Interessen aufeinander. Die Krankenhäuser wollen meist kostenneutrale Lösungen und viele Ärzte fürchten beim Wegfall der Bereitschaftsdienste finanzielle Einbußen. Das können bis zu 1000 € sein, so Herrmann. Daher sei es wichtig, den Ärzten mit den neuen Modellen Brücken zu bauen. Eine solche Brücke könnte zum Beispiel die Wahlarbeitszeit sein. Statt der üblichen 38,5 Stunden könnten Ärzte 48 Stunden wöchentlich arbeiten, wenn sie wollen. Der verbleibende Bereitschaftsdienst reduziert sich entsprechend oder wird abgeschafft, so dass auch die Kliniken etwas davon haben. „Mit so einem Modell ist die Zustimmung der Ärzte wesentlich höher, weil sie das Geld aus dem früher zusätzlichen Bereitschaftsdienst nicht vermissen“, sagt Herrmann.

Zur Umsetzung kommen drei bis vier Grundmodelle in Frage, so der Arbeitszeitspezialist. Sie können je nach Bedarf miteinander kombiniert werden:

- ◆ Zwei- oder Drei-Schicht-Dienst
- ◆ Servicezeit
- ◆ Dienstmodule für die Nachtbesetzung
- ◆ Wahlarbeitszeit

„Diese Grundmodelle müssen der konkreten Situation vor Ort angepasst und auf die speziellen Anforderungen der Krankenhäuser hin gestaltet werden“, sagt Herrmann. Die Verknüpfung von mehreren Bereitschaftsdiensten in der Nacht zu Dienstmodulen sei derzeit noch

eher selten. Gleiches gelte für Wahl-arbeitszeiten. Konsequente Schicht-dienstlösungen sind eher personalinten-siv. Sie kommen daher, so Herrmann, in der Regel nur für OP's, Intensivstationen und Notaufnahmen in Frage.

Im Kern: Servicezeiten

Die „Servicezeit“ dagegen spielt in den meisten Modellen eine wesentliche Rolle. Oft wird sie auch Kern- oder Haupt-arbeitszeit genannt. In den meisten Berliner Krankenhäusern, die bereits umge-stellt haben, ist die Servicezeit ausge-dehnt worden. Die Ärzte arbeiten in flexiblen, zum Teil gestaffelten oder versetzten Tag- und Spätdiensten, um in der Servicezeit das volle Leistungsspek-trum der Klinik bereitzustellen.

Die verlängerte Servicezeit dauert im chirurgischen Operationsbereich des Deutschen Herzzentrums Berlin zum Beispiel von 7 bis 22 Uhr. Die Frühschicht mit 18,5 Ärzten beginnt um 7 Uhr und endet um 16.30 Uhr, die Spätschicht mit drei Ärzten fängt um 15.30 Uhr an und geht bis 22 Uhr. Hinzu kommt ein Bereit-schaftsdienst, der ab 16.30 Uhr die Nacht abdeckt und noch an die europa-rechtlichen Vorgaben angepasst werden muss (einen Beispiel-Dienstplan aus dem Herzzentrum zeigen wir in Abb. 1).

Ähnlich soll PUMA im Klinikum Fried-richshain von Vivantes probeweise lau-fen. Hier sind je nach Abteilung Service-zeiten von 7 bis 20 Uhr vorgesehen, mit Regeldiensten von 7 bis 15.30 Uhr und Spätdiensten von 11.30 bis 20 Uhr. Diese Dienste können von den verant-wortlichen Chefärzten auch als versetz-te Dienste stärker gestaffelt werden, so dass die Ärzte von 7 bis 11.30 Uhr fließend zu arbeiten beginnen. Die Nacht deckt PUMA mit Bereitschafts-diensten ab, die für einige chirurgische Fächer interdisziplinär und mit Hinter-grundrufbereitschaft des Spezialgebiets gestaltet werden.

Unter den Ärzten ist diese Lösung umstritten, nicht zuletzt weil sie ohne Neueinstellungen vonstatten gehen soll.

In versetzten Diensten arbeiten zum Beispiel die Ärzte der Internistischen Abteilungen des DRK-Klinikum Westend. Sie kommen im Zwei- bis Drei-Stunden-Abstand, der erste um 8 Uhr, der nächs-te um 10 Uhr und so weiter. Wer zuletzt kommt, übernimmt den anschließen-den, verkürzten Bereitschaftsdienst und hat danach einen freien Tag. Auch die Poliklinik der Charité zieht in Erwägung, ihre Servicezeit bei Verlängerung mit versetzten Diensten abzudecken.

Ganz ohne Schichten geht es nicht

So unbeliebt Schichtdienste sind – bei den Ärzten wegen unangenehmer Ar-beitszeiten, bei der Klinikleitung wegen des hohen Personalbedarfs – für einige Bereiche scheinen sie die einzig prakti-kable Lösung zu sein. Meist kommen sie im Operationsbereich, auf der Intensiv-station oder in der Rettungsstelle zum Einsatz.

Abb. 1: Muster-Dienstplan eines chirurgischen Assistenzarztes im Deutschen Herzzentrum Berlin* (Stand 10/2003)

Tag	Beginn	Ende	Einsatzort	Bereitschaftsdienst	Rufdienst	Frei
Mi 1	7.00	16.30	Paulinen-KH			
Do 2	7.00	16.30	Paulinen-KH			
Fr 3	7.00	24.00			3. OP-RD**	
Sa 4	0.00	7.00			3. OP-RD	
So 5	7.00	24.00			1. OP-RD	
Mo 6	0.00	7.00			1. OP-RD	
Di 7	7.00	16.30	OP			
Mi 8	7.00	16.30	OP			
Do 9	7.00	16.30	OP			
Fr 10	7.00	16.30	OP	16.00-7.00 2 Stat.		
Sa 11						Ausgleich nach BD
So 12						Frei
Mo 13	7.00	16.30	OP			
Di 14	7.00	16.30	OP		3. OP-RD	
					16.30-7.00	
Mi 15	7.00	16.30	OP			
Do 16	7.00	16.30	OP			
Fr 17	7.00	16.30	OP			
Sa 18	12.00	24.00		BD f. 2 Stationen		
So 19	0.00	7.00		BD f. 2 Stationen		
Mo 20						Frei
Di 21	7.00	16.30	OP			
Mi 22	7.00	16.30	OP			
Do 23	7.00	16.30	OP			
Fr 24	7.00	16.30	OP			
Sa 25						Frei
So 26						Frei
Mo 27						Frei
Di 28	7.00	16.30	OP			
Mi 29	7.00	16.30	OP		3. OP-RD	
					16.00-7.00	
Do 30	7.00	16.30	OP			
Fr 31	7.00	16.30	OP			

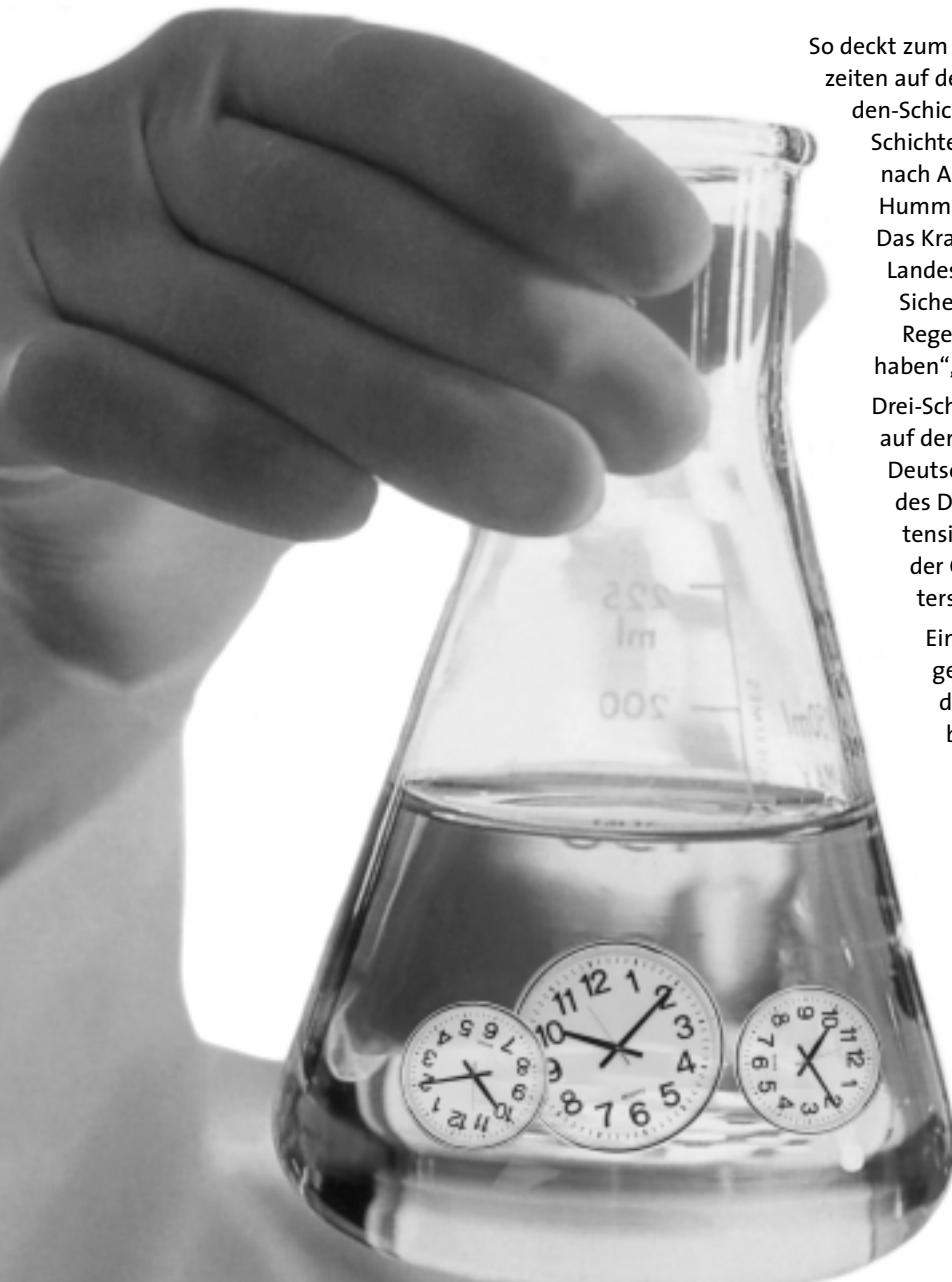
* Dienstplan-Modell aus dem Jahr 2003. Ein Abgleich mit der künftigen Arbeitsrechtslage steht noch aus. (Die Red.)
 ** Dritter OP-Rufdienst. (Es gibt drei OP-Rufdienste. In dieser Reihenfolge werden die Ärzte gerufen, wenn ad hoc Verstärkung gebraucht wird.)

Kostenneutrale Umsetzung im Konsens

Beispiel: Paulinenkrankenhaus

Seit 1. Mai diesen Jahres arbeiten die Ärzte am Paulinenkrankenhaus ohne Bereitschaftsdienste. Ökonomische Gründe gaben den Anstoß zur Umstellung. Weil Ärzte fehlten, kamen die Überstunden extrem teuer. Der Entwicklungsprozess in dem 150-Betten-Haus erstreckte sich über mehrere Monate. Die Arbeitszeitberatung Hoff, Weidinger, Herrmann und Partner hat ihn begleitet, weil die aus Verwaltungssicht nötige kostenneutrale Lösung allein nicht zu finden war.

Im Paulinenkrankenhaus ist es gelungen, eine Konsens-Lösung zu finden, der alle Beteiligten zustimmen konnten. Kostenneutral ist sie für das Haus durch den Abbau der Überstunden. Dafür wurden zwei Ärzte neu eingestellt. Die neuen Arbeitszeitregelungen erlauben auch die Beschäftigung von Teilzeitkräften. Allerdings sind sie planungsaufwändig. In den Abb. 2 und 3 sehen Sie, wie die Ärzte im Paulinenkrankenhaus arbeiten.



So deckt zum Beispiel das Paulinenkrankenhaus die Arbeitszeiten auf der Intensivstation durch zwei Ärzten mit 12-Stunden-Schichten und zwei weiteren Ärzten mit 8-Stunden-Schichten komplett ab. Die 12-Stunden-Schichten sind nach Angaben des Ärztlichen Direktors, PD Dr. Manfred Hummel, auf Wunsch der Ärzte eingerichtet worden. Das Krankenhaus hat dafür die Genehmigung des Landesamts für Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LaGetSi) eingeholt. „Die Ärzte finden diese Regelung gut, weil sie dadurch mehr Freizeit im Block haben“, sagt Hummel.

Drei-Schicht-Modelle existieren in Berlin unter anderem auf der Intensivstation und in der Kinderkardiologie des Deutschen Herzzentrums sowie in der Rettungsstelle des DRK-Klinikums Westend. Auch in den meisten Intensivstationen, Rettungsstellen und der Anästhesie der Charité arbeiten die Ärzte nach Angaben des Leiters Personalwirtschaft, Peter Kipp, in drei Schichten.

Ein besonderes Modell, das dem alten Arbeitszeitgesetz entspricht, praktiziert die Intensivstation der infektiologischen Abteilung in Mitte. Kipp bezeichnet es als „hartes aber meines Erachtens fantastisches Modell“. Die Ärzte arbeiten in der ersten Woche Donnerstag und Freitag je zehn Stunden. Samstag und Sonntag haben sie frei. Danach arbeiten sie zehn Tage am Stück je zehn Stunden lang. Ab dem elften Tag sind sie sechs Tage lang für 4,5 Stunden mit anschließendem 10-stündigem Bereitschaftsdienst eingeteilt. Ausnahme: Sonntag ist frei.

Dieser Dienst wird nach drei freien Tagen am Sonntag nachgeholt, dann haben die Ärzte faktisch zweieinhalb Wochen frei, bevor der Sechs-Wochen-Zyklus wieder von vorn beginnt. Kipp hatte zunächst Einwände gegen den langen Schichtdienstblock, „aber die Ärzte haben die Personalverantwortlichen überzeugt“, sagt er.

12 STUNDEN SIND KEIN TAG

Abb.2: Muster-Dienstplan für die Stationen des Paulinen-Krankenhauses*

Stand: 10/2003

Stelle	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	F10	F8	F8	F6	F10	F10	F6	-	-	-	F6	F10	F10	F6	F10	-	N12	N12	N12	-	-	-	-	U	U	U	U	U	-	-	
1	F6	-	-	F10	F6	-	-	F6	F8	F8	N12	N12	N12	-	-	-	-	F6	F10	-	F6	F6	F8	F8	F6	F10	F10	F6	F10	-	-
1	-	-	-	-	-	-	F10	F10	-	-	F10	F6	F6	F10	F6	F8	S8	F10	-	F6	F10	F10	-	U	U	F6	F10	F6	F8	F8	
1	-	N12	N12	N12	-	-	-	F6	-	-	F6	F6	F10	F10	F10	S8	F8	-	-	-	F6	F10	F8	S8	F6	F10	F10	F10	F6	-	
1	F6	-	-	F10	F10	F6	F6	F10	F8	F8	F10	-	-	-	F6	-	-	F10	F6	F10	U	U	-	U	U	U	U	U	-	-	
1	F10	F8	-	F6	F6	F10	F10	-	-	-	-	F10	F6	F6	-	-	-	F6	F10	F6	F10	F6	-	-	F10	F6	F6	F6	F10	F8	F8
1	F10	-	-	F10	F6	F6	F10	F6	S8	S8	F6	F10	-	-	-	-	-	F10	F10	F10	F10	-	N12	N12	N12	-	-	-	F10	-	
0,5	U	-	-	U	U	U	U	U	-	-	U	U	U	U	U	-	-	-	-	-	F6	F8	F8	-	-	-	F10	-	-	N12	
1	-	-	F8	-	-	F10	F6	F10	-	-	F10	F6	F10	F10	F10	-	-	SU	SU	SU	SU	SU	-	F6	F6	F10	-	F6	F8	F8	
1	U	-	-	U	U	U	U	U	-	-	-	F6	F6	F6	F6	F8	F8	F6	-	F6	F6	F10	-	F10	F10	F6	F6	-	-	-	
0,5	F6	F8	S8	F6	F10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	F6	F6	N12	N12	N12	-	-	-	-	-	-	-	-	
1	-	-	-	F10	F10	F6	-	N12	N12	N12	-	-	-	-	F6	F8	F8	F10	F6	F10	U	U	-	U	U	U	U	U	-	-	
1	F10	S8	F8	F6	F6	-	F10	F10	F8	F8	F6	F10	F10	F10	F10	-	-	-	-	-	-	-	-	F10	N12	N12	N12	-	-	-	
1	-	-	-	F6	F6	F10	F6	F6	-	-	-	F6	F6	N12	N12	N12	-	-	F6	F10	F10	F6	S8	F8	-	F6	F10	F10	F6	-	
1	F6	-	-	-	N12	N12	N12	-	-	-	F10	F6	F6	F6	-	-	-	F6	F10	F6	F6	F10	-	F6	F10	F6	F6	F10	S8	S8	

F6 Frühdienst
 F10 Spätdienst
 N12 Nachtdienst
 Davon v 1.00 – 6.00 Bereitschaftsdienst
 F8 Frühdienst Wochenende
 S8 Spätdienst Wochenende
 FW Freiwunsch
 SU Sonderurlaub
 8:00 - 14:00
 9:00 - 19:15
 18:30 - 9:00
 bezahlt
 8:00 - 16:12
 11:00 - 19:12
 U Urlaub
 FZA Freizeitausgleich

Pro Station ein F6 und eine F10, für die Normalstation einen N12 Spätdienst 45 Minuten Pause; Nachtdienst 30 Minuten Pause
 Längere Dienste hintereinander entsprechen in der Regel den Wünschen der Mitarbeiter, um im Anschluss länger frei zu haben.
 * Dieser Dienstplan wurde für 2003 entwickelt. Ein Abgleich mit der künftigen Arbeitsrechtslage steht noch aus.

Abb.3: Muster-Dienstplan für die Intensivstation des Paulinen-Krankenhauses*

Stand: 10/2003

29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2
x	x	x	x	x	T	x	T	T	S	x	F	T	VD	T	S	x	x	x	x	X	x	x	T	F	F	x	x	T	T	F	F	T	VD	
F	F	F	F	T	T	VD	x	x	T	T	S	x	x	F	F	T	T	T	T	VD	T	T	x	x	x	x	x	U	U	U	U	U	x	x
x	T	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	T	x	T	x	x	x	x	X	N	N	N	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	T	
N	N	N	x	x	T	F	T	F	T	x	N	N	N	x	x	x	T	T	T	T	x	x	x	x	S	x	T	x	x	x	x	x	x	
U	U	U	U	x	x	N	N	N	x	x	T	T	x	x	T	T	N	N	N	N	x	x	x	x	T	x	x	x	x	x	S	N	N	
x	x	T	S	x	x	T	S	x	N	N	N	x	x	S	N	N	N	x	x	T	T	x	x	x	x	x	F	F	N	N	N	x	x	
U	U	U	U	x	x	U	U	U	U	U	x	x	U	U	U	U	U	x	X	x	x	F	S	x	T	N	N	N	x	x	x	T		
4	4	4	4	x	x	U	U	U	U	x	x	U	U	U	U	U	x	X	4	4	4	4	4	4	T	VD	x	x	x	4	4	x	x	
S	S	x	T	T	x	U	U	U	U	x	x	U	U	U	U	U	x	X	x	T	S	N	N	N	x	x	x	T	T	T	T	x		
T	x	S	N	N	N	x	x	x	xk	xk	xk	x	x	xk	xk	xk	xk	xk	x	X	xk	xk	x	x	x	x	T	S	S	S	S	x	x	

Sa/So/Fei
 F = Frühdienst von 7:00 bis 15:12 (15:30)
 S = Spätdienst von 15:00 bis 23:12 (23:30)
 N = Nachtdienst von 19:00 bis 7:45
 T = Tagdienst von 7:00 bis 19:45
 xü = überstundenfrei
 VD = Visitedienst (2 Stunden)
 U = Urlaub
 xf = Fortbildung

* Dieser Dienstplan wurde für 2003 entwickelt. Ein Abgleich mit der künftigen Arbeitsrechtslage steht noch aus.

Attraktivere Arbeitsbedingungen werden zum Standortfaktor

Das lang herbeigesehnte Urteil, das Ärzten zu humaneren Arbeitszeiten verhelfen soll, bringt aber nicht nur Arbeitsentlastung und Geldeinbußen, sondern auch ganz andere Entwicklungen mit sich. Professor Roland Hetzer fürchtet Probleme in der Facharzt-Weiterbildung: „Ich glaube, dass die Chirurgen, die heute ausgebildet werden, nicht soviel Erfahrung haben wie früher, weil sie einfach nicht so viele Patienten sehen.“ Doch das lässt Ärztekammerpräsident Dr. Günther Jonitz nicht gelten: „Es ist ein Zeichen schlechter Arbeitsorganisation, wenn Weiterbildungsassistenten ihren OP-Katalog im Nachtdienst auffüllen.“ Auch Daniel Sagebiel sagt: „Ich halte es für durchaus möglich, eine Facharztweiterbildung in sechs Jahren bei 48 Stunden Wochen-Arbeitszeit abzuschließen. Es ist lediglich ein organisatorisches Problem.“

Weitere Schwierigkeiten kommen durch den Facharztmangel auf die Krankenhäuser zu. Dr. Almut Tempka, Oberärztin in der Unfallchirurgie der Charité Virchow, hat schon vor drei Jahren Personalmehrbedarf bei der Verwaltung angemeldet. Die Stellen wurden auch ausgeschrieben, allein es fehlten die Bewerber. „Es sind einfach keine qualifizierten Kräfte zu kriegen“, sagt Tempka und fordert wenigstens für eine Übergangszeit, „bis die

nächste Mittelbau-Generation nachgewachsen ist“, eine leistungsgerechte, außertarifliche Bezahlung der Leistungsträger.

MB-Geschäftsführerin Ann-Margret Baumann stellt Ernüchterung bei den Ärzten fest. Sie sagt: „Diejenigen, die laut nach mehr Freizeit gerufen haben, gucken sich jetzt nach dem Geld um.“ Baumann spricht sich dafür aus, ungünstige Arbeitszeiten deutlich besser zu bezahlen. „Das Gehaltsniveau der Ärzte muss insgesamt angehoben werden“, fordert auch Ärztekammerpräsident Jonitz. Er hofft, dass sich dieses Problem über Angebot und Nachfrage regelt.

Ausblick

Noch ist nicht absehbar, wie die Kliniken im nächsten Jahr auf die noch diffuse neue arbeitsrechtliche Lage reagieren und welche Spielräume sie nutzen werden. Grundsätzlich liegen in Individualvereinbarungen zur Arbeitszeit für die Ärzte Gefahren. Es steht zu befürchten, dass Ärzte über individuelle Vereinbarungen erpressbar sind, da hier Zeitverträge und Weiterbildungsanforderungen als Druckmittel eingesetzt werden können. Andererseits sprechen sich viele Ärzte für möglichst flexible Bedingungen aus; insofern können Einzelvereinbarungen auch Chancen bieten.

Die ersten Berliner Erfahrungen mit neuen Arbeitszeitmodellen zeigen, dass von den Ärzten in der Regel versetzte

Dienste bevorzugt werden. Zudem sind längere Arbeitsblöcke beliebt, die sich mit zusammenhängender Blockfreizeit abwechseln. Nicht sehr hoch im Kurs steht der Drei-Schicht-Dienst, der sich allerdings in einigen Bereichen wohl nicht vermeiden lassen. „Ich weiß aus Erfahrung, dass das Allerschlimmste auf einer Intensivstation das Drei-Schicht-Modell ist“, spricht zum Beispiel Dr. Bettina Temmesfeld, Oberärztin auf der Intensivstation der Charité/Mitte vielen Kollegen aus der Seele. „Drei-Schicht-Dienst ist wesentlich anstrengender, schlechter mit sozialen Aktivitäten zu koordinieren und der Informationsverlust ist höher als bei jeder anderen Variante.“

Kammerpräsident Jonitz hofft, dass der Zwang zur Neuorganisation für die Klinikärzte letztlich Verbesserungen bringen wird. Für ihn ist es ein Anachronismus, „dass in einem Bereich in dem ein Höchstmaß an Humanität erwartet wird, ein Höchstmaß an inhumanen Arbeitsbedingungen geboten wird. Die Krankenhäuser müssen weg vom Verschleißbetrieb, hin zu attraktiven Dauerarbeitsplätzen mit fairen Arbeitszeiten und wenig arztfremder Tätigkeit. Das wäre eine Kulturrevolution im Krankenhaus – die Chance dazu ist da“.

Angela Mißbeck

Unsere Autorin ist freie Journalistin in Berlin und arbeitet unter anderem für die Ärzte-Zeitung.



Nullrunde bei der Ärzteversorgung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 20. Oktober 2003

In der Berliner Ärzteversorgung wird es in diesem Jahr eine „Nullrunde“ geben – das heißt, es gibt für 2004 erstmals keine Erhöhung/Dynamisierung der Renten und Anwartschaften; sie bleiben auf dem Niveau des Vorjahres. Eine bittere Pille für Berlins Ärzte im Ruhestand. Doch sie muss geschluckt werden, um eine künftige Absenkung von Rentenansprüchen zu vermeiden. An diesem Abend ging es vor allem ums Thema Ärzte-Renten, denn der Jahresabschluss der Berliner Ärzteversorgung 2002 stand wie jedes Jahr auf der Agenda.

Von Sybille Golkowski

Demnach herrscht auch in kapitalgedeckten Rentenversicherungssystemen nicht nur eitel Sonnenschein, das war die wichtigste Botschaft, die die Delegierten an diesem Abend mit nach Hause nehmen konnten. Das Berliner Versorgungswerk arbeitet, wie alle berufsständischen Versorgungswerke, auf Basis der Kapitaldeckung. Obwohl ein solches System nicht so unmittelbar von der Binnenkonjunktur und dem „Nachwachsen“ junger Zahler abhängig ist wie die umlagefinanzierte BfA-Rente, ist es natürlich nicht unverwundbar. Es benötigt Mindestrenditen, um die Rentenansprüche seiner Mitglieder in Zukunft zu decken. Insofern ist man abhängig von der Entwicklung auf den internationalen Kapitalmärkten.

Die magischen 4 Prozent

Um die Rentenhöhe der immer zahlreicher und immer älter werdenden Berliner Ärzte zu halten, müssen sich die Beiträge im Berliner Versorgungswerk

mit 4 % jährlich verzinsen, erläuterte Dr. Elmar Wille (Liste Allianz), Vizepräsident der Ärztekammer und seit dem Frühjahr Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung. Wille freute sich, den Delegierten mitteilen zu können, dass die Verzinsung von 4 % nach dem schwierigen Börsenjahr 2002 trotz noch immer schlechter konjunktureller Bedingungen gehalten werden konnte. Darauf ist man nicht nur im Versorgungswerk sondern auch bei der Firma RMC stolz, die das Werk bei seiner Anlagestrategie berät.

Bei den Kapitalanlagen setzte man im schwierigen Anlage-Jahr 2002 vor allem auf Sicherheit, so Patrick Bremerich von RMC. Das heißt: Weniger Aktien, mehr festverzinsliche Papiere und ein Ausbau internationaler Anlagen, um sich von der konjunkturellen Talfahrt in Euro-Deutschland unabhängiger zu machen. 76 % des 3-Milliarden-Euro-Vermögens der Ärzteversorgung sind deshalb derzeit in festverzinslichen Papieren angelegt, 17 % in Aktien und 7 % in Immobilien.



Die Anlagestrategie ist bewusst restriktiv gehalten, das heißt, sie nimmt für eine hohe Sicherheit niedrigere Renditen in Kauf. So sind 17 % Aktien-Anlagen für einen Rentenversicherer sehr wenig, die Versicherungsaufsicht erlaubt bis zu 35 %. Dies sei jedoch volle Absicht, denn 2002 war das schwierigste Aktien-Jahr seit 70 Jahren und die Ärzteversorgung habe gut daran getan, hier rechtzeitig umzuschichten, so Bremerich.

Diese Strategie habe in den vergangenen Jahren stärkere Kursrückgänge insgesamt ausgleichen können. So konnte das Versorgungswerk sogar im Jahr 2002, in dem der Weltaktienindex um etwa 32 % fiel, aufgrund der guten Wertentwicklung seiner festverzinslichen Papiere noch ein – wenn auch bescheidenes – Plus von 0,18 % erzielen (über die 4 % Rechnungszins hinaus, die bei der Ärzteversorgung immer schon eingerechnet sind). Auch für 2003 werden die nötigen 4 % Rechnungszins wieder gehalten werden können.

Wie organisiert die Berliner Ärzteversorgung ihre Vermögensanlagen?

Die Kapitalanlagen des Versorgungswerkes erfolgen nach einem transparenten, arbeitsteiligen Prozess:

- Der Verwaltungsausschuss des Versorgungswerkes entscheidet über die strategische Ausrichtung der Kapitalanlagen. Er lässt sich hierbei von der Firma RMC Risk-Management-Consulting GmbH/Köln beraten.
- Die operative Umsetzung der Anlagestrategie wird an externe Spezialisten delegiert. In jedem Segment wird hier mit speziell in diesem Anlagentyp erfahrenen Unternehmen zusammengearbeitet. Bei der Auswahl dieser Anlagemanager wird der Verwaltungsausschuss ebenfalls von RMC beraten.
- RMC überwacht die Einhaltung der Anlagerichtlinien und erstellt einen Bericht über die Entwicklung des Gesamtvermögens.
- Die Anlagemanager präsentieren dem Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss jährlich ihr Anlageergebnis. Der Verwaltungsausschuss entscheidet über mögliche Konsequenzen.

Mit dem operativen Geschäft ihrer Kapitalanlagen hat die Ärzteversorgung derzeit folgende Anlagemanager beauftragt:

Festverzinsliche Wertpapiere (ca. 1750 Mio. €)

AXA Investment Managers

AM Generali

Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Rentenfonds (ca. 385 Mio. €)

JP Morgan

Frankfurt Trust

Sal. Oppenheim

West AM Kapitalanlagegesellschaft

Aktienfonds (ca. 485 Mio. €)

Fidelity

Capital International

Lazard

Sal. Oppenheim

LGT

Immobilien und Immobilienfonds (ca. 210 Mio. €)

AXA Real Estate Managers

Oppenheim Immobilien KAG

Deutsche Bank Real Estate

Warburg-Henderson Real Estate

Rendite* aus Kapitalanlagen der Berliner Ärzteversorgung

1996	+ 10,85 %
1997	+ 12,70 %
1998	+ 15,16 %
1999	+ 5,29 %
2000	+ 4,07 %
2001	+ 2,15 %
2002	+ 0,18 %
Jan. - Jun. 2003	+ 4,28 %

* Rendite über den Rechnungszins von 4 % hinaus

Die Ertragseinbußen in 2002 haben jedoch dazu geführt, dass derzeit kein Spielraum für zusätzliche Dynamisierungen und Steigerungen bei den Rentenansprüchen in 2004 vorhanden ist. In den Gremien der Ärzteversorgung war man sich deshalb einig, dass eine Nullrunde die beste aller Lösungen ist (siehe S. 26). Würde man doch eine zusätzliche Öffnung des Füllhorns unweigerlich mit einem Absinken der Rentenansprüche in der Zukunft bezahlen müssen, erläuterte Wille.

Noch immer entwickelt sich der Mitgliederbestand der Berliner Ärzteversorgung sehr dynamisch. Allein von 2001 auf 2002 stieg die Zahl der Mitglieder noch einmal um 556 auf nun 21.196 an. Dies bringt einerseits den Vorteil, dass ständig frische Beiträge ins Versorgungswerk einfließen und im Vergleich dazu die aktuellen Zahlungsverpflichtungen noch moderat sind. Allerdings sind die Zahler von heute die Rentner von morgen. Die Ärzteversorgung muss im Moment acht Mal soviel Geld investieren wie an Rentenauszahlungen geleistet wird, damit sich das Kapital der heute aktiven Zahler mit ausreichendem Gewinn verzinst. Der Vermögensbestand des Versorgungswerkes wird sich dadurch allein von 1998 (2 Milliarden €) bis 2005 (geplant 4 Milliarden €) in nur acht Jahren nahezu verdoppeln.

Ärzteversorgung jetzt mit selbstständiger Verwaltung

Elmar Wille präsentierte den Delegierten an diesem Abend auch noch einmal die neue Organisationsstruktur der Verwaltungsgesellschaft, die seit dem Januar die Geschäfte der Ärzteversorgung selbstständig führt. Inzwischen sei der Loslösungsprozess vom AXA-Konzern (der in der Vergangenheit die Geschäfte der Ärzteversorgung führte), fast vollständig abgeschlossen. Im Moment sehe es ganz so aus, als käme das Versorgungswerk auch ohne größere Verluste aus dem mit AXA noch bestehenden Rückdeckungsvertrag heraus. Die Lösung dieser Konstruktion wurde vor einem Jahr beschlossen, da sie durch eine Veränderung des Steuerrechts für

die Ärzteversorgung nicht mehr interessant ist. Allerdings, so Wille, musste die Ärzteversorgung im Haushaltsjahr 2002 eine Rückstellung von 72 Millionen Euro bilden, um eine mit der Kündigung übernommene mögliche Steuerbelastung abzufangen. Die jetzt im Oktober in den Bundestag eingebrachten Änderungen bezüglich Besteuerung von Versicherungen würde den Berliner Ärzten die 72 Millionen Euro belassen.

Ausdrücklich bedankte sich Wille noch einmal für den Einsatz all derer, die in der Vergangenheit in Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss gute Arbeit geleistet haben. In diesen Gremien hatte es nach den letzten Kammerwahlen einen fast kompletten Personalwechsel analog den Mehrheitsverhältnissen in der DV gegeben. Dem waren Konflikte zwischen Vorstand und früheren Mitgliedern der Versorgungswerk-Ausschüsse vorausgegangen, die sich um die Seriosität des Loslösungsprozesses der Ärzteversorgung vom AXA-Konzern drehten. Diese Konflikte, in denen es an gegenseitigen Misstrauensbekundungen und Beschuldigungen nicht gefehlt hatte, hatten bei allen Fraktionen Wunden gerissen. Willes Dank wurde deshalb als positives

Friedenssignal aufgenommen. Andreas Grüneisen, Listensprecher der Fraktion Gesundheit, bedankte sich seinerseits ausdrücklich für die rückwirkende Anerkennung der Arbeit der früheren Ausschüsse. Allerdings seien die damaligen Vorwürfe nicht vergessen, schob er nach. Ähnlich äußerte sich Rüdiger Brand (Fraktion Gesundheit), der noch heute im Verwaltungsausschuss sitzt und die inzwischen wohlthuende Arbeitsatmosphäre auch in Zusammenarbeit mit dem Vizepräsidenten lobte. Obwohl noch einmal kurzzeitig Gereiztheit und alte Vorwürfe im Saal Platz zu greifen drohten, endete der Tagesordnungspunkt nach einigem Hin und Her schließlich harmonisch: Einstimmig wurden die beiden Ausschüsse des Versorgungswerks entlastet und ebenfalls einstimmig der Jahresabschluss festgestellt.

Streit um die Besetzung eines Bundesgremiums

Ein kurzer Streit entbrannte wenig später. Die Fraktion Gesundheit kritisierte eine Entscheidung des Vorstands, der Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) gegen Dietrich Bodenstein (Liste Allianz) in der Ständigen Konfe-

renz Weiterbildung der Bundesärztekammer austauscht. Verärgert warfen die Mitglieder der Fraktion Gesundheit dem Vorstand vor, er habe mit Pickerodt ein erfahrenes Ausschussmitglied ohne Not aus den Gremien der Bundesärztekammer entfernt und betreibe damit eine Ausgrenzungspolitik der Fraktion aus wichtigen Gremien. Ärztekammer-Präsident Günther Jonitz (Marburger Bund) wies den Vorwurf zurück und erinnerte an die Mehrheitsverhältnisse, die Wechsel in allen Gremien selbstverständlich möglich machen. Mit Dietrich Bodenstein wolle man gezielt ein Vorstandsmitglied in die bundesweiten Weiterbildungsgremien entsenden. Nach längerer, teils heftiger Diskussion folgten die Delegierten schließlich einem Vorschlag von Hans-Peter Hoffert (BDA). Sie appellierten an den Vorstand, sowohl Bodenstein als auch Pickerodt für das Bundesgremium zu berufen.

Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit!

Kurz vor Sitzungsende positionierte sich die DV auf Antrag von Cora Jacoby (Fraktion Gesundheit) zum jüngsten

Warum Nullrunde? Ein Rechenbeispiel

Die Berliner Ärzteversorgung rechnet mit einem Rechnungszins von vier Prozent, um eine Rente in ausreichender Höhe und Dauer zahlen zu können, die mit der heute bestehenden Lebenserwartung Schritt hält.

Ein Beispiel: Ein Mitglied tritt heute mit 30 Jahren in das Versorgungswerk ein und zahlt den gegenwärtigen Höchstbeitrag von rund 1000 Euro (diese griffige Zahl soll die Rechnung vereinfachen; der durchschnittliche Beitrag liegt etwa bei der Hälfte). Wenn dieses Mitglied nach 35 Beitragsjahren mit 65 Jahren das Kapital ohne Zins zurückfordern könnte, würde es gut 420.000 Euro erhalten. Unterstellt man eine Verzinsung von vier Prozent – und mit der rechnet man im Versorgungswerk – kommt man auf eine Summe von gut 920.000 Euro.

Aus der Kapitalsumme von 920.000 Euro ergibt sich für unser Mitglied eine Altersrente von rund 5000 Euro monatlich. Bei null Prozent Verzinsung müsste es sich mit einer Rente von 2300 Euro zufrieden geben.

Wie sieht das nun für die heutigen Rentenbezieher aus? Wenn kein Rechnungszins von jährlich vier Prozent erwirtschaftet wird und zu einer entsprechenden Kapitalerhöhung führt, würde nach 15 Jahren – der Rentenbezieher ist dann 80 Jahre alt – das Kapital erschöpft sein. Kommen hingegen jährlich vier Prozent zum Kapital hinzu, reicht das Geld für 22 Jahre. Da natürlich die Lebenszeit sich nicht dem Zins anpasst, müsste bei geringerem Zins die Rente vermindert werden oder, was in unserem System nicht der Fall ist, die Jungen müssten für die Alten zahlen.

Warum rechnet die Ärzteversorgung mit vier Prozent Zinsen bei der Ermittlung der Rentenhöhe, statt die Zinsen mit null Prozent anzusetzen und die Dynamisierungen dann jährlich entsprechend der Kapitalerträge durchzuführen? Dies würde bezüglich der Altersrente etwa zu dem gleichen Ergebnis führen wie bei der Anwendung des Rechnungszinses. Aber, und das ist ganz wichtig für die berufstätigen jungen Mitglieder, man würde dann nur eine erheblich niedrigere Berufsunfähigkeitsrente oder Hinterbliebenenrente zahlen können.

Die aufgrund der schlechten Ertragslage im Jahre 2002 nötig gewordene Nullrunde wird vielen Mitgliedern trotzdem nicht gefallen. Doch ein Vergleich mit den Finanzierungsproblemen der staatlichen Sozialversicherungssysteme relativiert dies. Die Leistungsversprechen der gesetzlichen Versicherer sind seit Anfang der 90er Jahre nach Angaben von Professor Rürup um etwa 40 Prozent reduziert worden. Von einer solchen Reduktion kann bei der Berliner Ärzteversorgung keine Rede sein.

Elmar Wille

EuGH-Urteil aus dem September. Die europäische Rechtsprechung definiert danach auch für Deutschland den Bereitschaftsdienst eindeutig als Arbeitszeit. Jacoby sieht in dem nach dem Urteil mit heißer Nadel zusammengestricken Änderungsentwurf des deutschen Arbeitszeitgesetzes handwerkliche Fehler. Ein Eindruck, den die Delegiertenversammlung und auch der Vorstand geschlossen teilen.

So unterscheidet der Neuentwurf des Arbeitszeitgesetzes in § 7 weiterhin sprachlich zwischen voller Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst, was der Logik des EuGH-Urteils gänzlich widerspricht. Ohne lange Diskussion folgt die DV Jacobys mündlichem Antrag und verurteilt eine solche Differenzierung als nicht europarechts-konform.

Günther Jonitz verwies an dieser Stelle auf eine Presseerklärung der Kammer aus dem September, die den Gesetzesentwurf bereits zeitnah kommentierte. Vor allem die weitreichenden Öffnungsklauseln des Gesetzes wurden dort kritisiert. Sie könnten dazu führen, dass sich Ärzte mit Zeitverträgen aus Angst um ihren Job auf bilaterale Vereinbarungen einlassen, die weiterhin nicht europarechts-konform sind. *SyGo*

20 Jahre FrAktion Gesundheit

Ein berufspolitisches Jubiläum

„Wir lösen die Kammer auf“, mit diesem revolutionären Anspruch zog vor 20 Jahren, im Januar 1983, die FrAktion Gesundheit erstmals in die Ärztekammer Berlin ein. Ihre Delegierten kamen aus ganz unterschiedlichen Strömungen: Den gewerkschaftlich organisierten Ärzten der ÖTV, jungen Krankenhausärzten im Marburger Bund, Aktivistinnen des Gesundheitsladens Berlin und Menschen aus dem Umfeld der Alternativen Liste.

Schon bei ihrer ersten Wahl gelang es der FrAktion Gesundheit, als Listenverbindung mit dem Marburger Bund stärkste Liste der Ärztekammer zu werden. Der stimmenmäßig kleine Hausärzterverband nutzte die Chance und bildete 1983 das erste Ärzte-Bündnis mit einer linken Gruppe. Mit dem Internisten Dr. Helmut Becker stellte die FrAktion Gesundheit den Vizepräsidenten.

Viele der Themen, mit denen die oppositionellen Ärzte 1983 in die Westberliner Ärztekammer einzogen, wie die Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen, Aufbau einer Integrierten Versorgung, Förderung der Allgemeinmedizin, Ende der Chefarzthierarchie und der 36-Stunden-Schichten in den

Krankenhäusern, Pauschalvergütungen für die Ärzte oder die Verbesserung der Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen, sind auch nach zwanzig Jahren noch aktuell.

Vier Jahre später schaffte es die FrAktion Gesundheit, mit dem Bezirksgesundheitsstadtrat Ellis Huber den Präsidentenstuhl zu besetzen. Weit über die Berliner Grenzen hinaus wurden seine moralisierenden Zuspitzungen (z. B. Ethik statt Monetik) diskutiert. Huber war durch sein rhetorisches Talent lange Zeit der bekannteste und umstrittenste Ärztekammerpräsident der Republik. Seine Kritik am Gesundheitswesen und dem eigenen Berufsstand brachte die Ärztekammer als ärztliche Selbstverwaltungskörperschaft ins

öffentliche Bewusstsein. Nach zwölf Jahren im Amt wurde Huber von seinem damaligen Vizepräsidenten Günther Jonitz abgelöst. Die FrAktion Gesundheit ist heute knapp hinter der Listenverbindung Allianz/ Hartmannbund/Ausländische Ärzte die zweitstärkste Liste der Kammer.

Die Berliner Ärztekammer erhielt durch die FrAktion Gesundheit Impulse, die ihr heute noch Profil geben. Sei es das Zentrum für Folteropfer, die Obdachlosenambulanz, den Menschenrechtsbeauftragten, die Beschäftigungsgesellschaft MUT oder das Treffen junger Assistenzärzte – alle diese von der FrAktion Gesundheit einst ins Leben gerufenen Einrichtungen haben heute einen festen Platz in der Kammer.

Die FrAktion Gesundheit, so ihr Sprecher Andreas Grüneisen, will gemeinsam mit der Kammer die anstehenden Strukturveränderungen kritisch begleiten. Die Fusion der Uniklinika, neue Versorgungsmodelle für die ambulante Versorgung, die Umstrukturierung der ehemaligen städtischen Krankenhäuser zum Mammutkonzern Vivantes oder die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes – es bleibt viel zu tun.

Daniel Rühmkorf

Medizin am Rande der Zivilisation

Das Maua Methodist Hospital in Kenia

Der nachfolgende Artikel berichtet über das Lebenswerk von Dr. med. Dietmar Ziegler und seiner Frau Birgit, die am 11. Oktober 2003 bei einem Autounfall in Kenia ihr Leben verloren. Ihre vier Kinder waren zum Zeitpunkt des Unfalls nicht bei den Eltern und sind inzwischen nach Deutschland zurückgekehrt. Die Redaktion BERLINER ÄRZTE und der Autor, der sich im November 2002 zu einem Volontariat in Maua aufgehalten hatte, kamen überein, ein bereits fertiggestelltes und noch von Dietmar Ziegler selbst redigiertes Manuskript dennoch zu veröffentlichen, um so die herausragende Tätigkeit des Ehepaars Ziegler zu würdigen.

Von Nicolas Schönfeld



Fotos: Rüdiger Finger

Vor fünf Jahren kamen Dietmar und Birgit Ziegler mit ihren vier Kindern nach Maua, gelegen am Ostrand des Mt.-Kenia-Massivs. Dietmar Ziegler war Chirurg und hatte seine medizinische Ausbildung 1992 in Berlin begonnen, dann bereits in Vorbereitung auf den Entwicklungshilfeinsatz in England fortgesetzt. Birgit Ziegler war eine erfahrene OP-Schwester. Gemeinsam haben sie mit einem gemischten lokalen und internationalen Team das Krankenhaus, das aus ökonomischen Gründen noch vor drei Jahren von der Schließung bedroht war, durch ihren beispiellosen Einsatz zu einer regionalen Vorzeiginstitution entwickelt.

Das „Maua Methodist Hospital“ (MMH) umfasst 230 Betten mit angeschlossener Ambulanz in den Disziplinen Chirurgie (Schwerpunkt Traumatologie einschließlich Brandverletzungen), Innere Medizin, Kinderheilkunde sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. Daneben werden ausschließlich ambulant auch augen- und zahnärztliche Patienten versorgt. Als Spezialeinrichtung wird eine Betreuungseinheit für behinderte Kinder vorgehalten, weiterhin unterhält das Haus eine große Krankenpflegeschule. In verschiedenen kommunalen Projekten betreut das MMH insbesondere Tuberkulose- und AIDS-Kranke sowie onkologische Palliativfälle, wobei vor Ort keinerlei konservative tumorspezifische Therapie möglich ist.

Das Spektrum der behandelten Erkrankungen spiegelt die sozialen, kulturellen und klimatischen Verhältnisse der Region wider, die u.a. von hygienischen und Ernährungsproblemen als auch tropischer Feuchtwärme bestimmt sind. An erster Stelle internistischer Erkrankungen steht die Malaria tropica, gefolgt von unspezifischen Pneumonien und Tuberkulose, Gastroenteritiden einschließlich Typhus, Meningitiden, Mässern, Tetanus und natürlich dem breiten Spektrum HIV-assoziiierter Erkrankungen. In den drei OP-Sälen müssen vor allem Hieb- und Stichverletzungen durch ein ortstypisches Langmesser („panga cuts“) versorgt werden. Das Krankenhaus zählt jährlich 3000 Geburten, darunter etwa die Hälfte Schnittentbindungen.

Das Missionskrankenhaus weist im Vergleich zu den umliegenden staatlichen Krankenhäusern eine deutlich höhere Versorgungsqualität auf. Aber mit einer Quote von nur etwa 3 % Krankenversicherten war das Haus aufgrund einer kaum kalkulierbaren Zahlungsmoral seiner Patienten permanent auf finanzielle Stützung durch die Kirche angewiesen, die jedoch den Betrieb von Krankenhäusern nicht mehr als ihr Kerngeschäft auffasste und folgerichtig begonnen hatte, sich aus diesem Zweig zurückzuziehen. Nur durch die konsequente Einführung von zumindest teilweiser Vorkasse in Verbindung mit vorab kalkulierbaren Behandlungspauschalen gelang eine Trendwende, die das Haus überleben ließ, freilich unter Inkaufnahme einer finanziell verursachten Patientenselektion.

Für die Diagnose und Therapie der Tuberkulose existiert ein nationales Programm, das einen einfachen, für die meisten Fälle praktikablen und zielführenden Algorithmus aufweist. Die Medikamente werden kostenfrei an die Patienten abgegeben, der Therapieerfolg überwacht. Ganz entgegengesetzt sieht es in Kenia jedoch auf dem Gebiet der AIDS-Bekämpfung aus. Im Gegensatz beispielsweise zum Nachbarstaat Uganda hat das überalterte und erst Ende vergangenen Jahres abgewählte Regime von Präsident Daniel Arap Moi

Helpen Sie dem Projekt mit einer Spende!

Welche Lücke die beiden Entwicklungshelfer Dietmar und Birgit Ziegler insbesondere in bezug auf das Machungulu-Projekt für AIDS-Kranke in Kenia hinterlassen, ist derzeit kaum abzuschätzen. Es werden daher dringend Spenden für den inzwischen von der Kirche eingerichteten „Dietmar und Birgit Ziegler-AIDS-Fond“ erbeten, um die Weiterführung des Pionierprojekts mit seiner großen Bedeutung für die Region Meru North in Kenia zu unterstützen:

**Kontonummer 401773
Ev. Kreditgenossenschaft Stuttgart
BLZ 600 600 06**



Der Chirurg Dietmar Ziegler, hier im Kreise seiner Mitarbeiter. Das Bild entstand ein Jahr vor seinem tragischen Unfalltod.

Ausmaß und Ursachen der HIV-Epidemie noch bis in jüngste Zeit gelehnet, mit katastrophalen Folgen für die Verbreitung des Virus durch fehlende Präventionsanstrengungen. Der Distrikt Meru North gehört dabei mit 36% Infizierten der städtischen und 26% der ländlichen Bevölkerung zu den am schlimmsten betroffenen in Kenia. AIDS folgt der Infektion mit 5 bis 8 Jahren Abstand, wodurch die Betroffenen nicht nur ihre Arbeit oder Einkommensmöglichkeiten, sondern auch Halt und Unterstützung ihres sozialen Umfeldes verlieren. Gesundheitsversorgung können sie sich daher im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung nicht mehr leisten.

Die äußerst ungünstigen Umstände für die Betreuung HIV-Infizierter und vor allem AIDS-Erkrankter hatten das Ehepaar Ziegler herausgefordert. Das Nachbardorf Machungulu mit rd. 20.000 Einwohnern, viele davon Geschäftsreisende, bildete eine der AIDS-Keimzellen im Distrikt. Die dortige Methodistische Kirche als sozialer Impulsgeber gründete in 2001 ein Gesundheitskomitee, das zunächst lokale Geldquellen erschloss, eine Gesundheitswoche organisierte, die Stadt säuberte und sich schließlich mit der Bitte um den Aufbau eines AIDS-Projekts an das Krankenhaus wandte. Unter Einbeziehung anderer Kirchen, von Fachkräften und Lokalpolitikern gelang es dem Komitee zusammen mit dem MMH, flächendeckend eine ganze Gemeinschaft zu mobilisie-

ren. Durch Ausbildung von Gesundheitsarbeitern, Aufklärung und aufsuchende medizinische und pflegerische Unterstützung begannen die Beteiligten, dem in Jahrzehnten gewachsenen Zyklus der Heimlichkeit und Weiterverbreitung der Infektion wirksam entgegenzutreten. Wie auch andernorts in Kenia engagierten sich in dem nicht-staatlichen Projekt zur AIDS-Bekämpfung übrigens maßgeblich Frauen, was angesichts stark patriarchalischer Strukturen in ganz Ostafrika nicht deutlich genug gewürdigt werden kann.

Seit nunmehr über einem Jahr wird am MMH eine Sprechstunde abgehalten, die HIV-Infizierte schrittweise an eine antiretrovirale Dreifachtherapie heranführt. Die patientenseitigen Voraussetzungen, die vor Beginn einer Therapie erfüllt sein müssen, sind die vollständige Akzeptanz der Diagnose, das Bekenntnis zur Erkrankung innerhalb der Sozialgemeinschaft, die dauerhafte Bereitstellung finanzieller Mittel für die Medikamente und die Selbstverpflichtung zu kontinuierlicher medizinischer Überwachung unter Therapie. Das Machungulu-Projekt ist für kenianische Verhältnisse zu einem enormen Erfolg geworden.

Anschrift des Verfassers:

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

Zum Tode von Bernhard Schmidt

In seinem Altersruhesitz in Esslingen verstarb am 23. September 2003 der emeritierte Ordinarius und Direktor des Instituts für Hygiene und Mikrobiologie der Freien Universität Berlin Prof. Dr. med. Bernhard Schmidt.

Als Sohn eines Druckereibesitzers in Magdeburg geboren, legte er 1925 am Hessischen Realgymnasium in Mainz das Abitur ab und trat in die Reichswehr sein. 1925 bis 1927 studierte er an der Universität Gießen Chemie und Naturwissenschaften und von 1927 bis 1932 Medizin und Chemie in München. Es folgten dort Staatsexamen und

Promotion 1932. Bernhard Schmidt wurde zum Hygieniker und Bakteriologen ausgebildet und 1939 an der Universität Göttingen habilitiert. Mit seiner Kommandierung an die Militärische Akademie in Berlin erfolgte auf Ersuchen der Heeresanitätsinspektion auch eine Umhabilitation an die Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin.

Nach der Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft im März 1946 wurde er Abteilungsvorsteher am Hygienischen Institut der Stadt und der Universität Frankfurt/Main. 1953

erfolgte die Berufung als Ordinarius für Hygiene an die Freie Universität Berlin verbunden mit der Leitung des Medizinaluntersuchungsamtes in Wedding.

Schmidt war einer der letzten Vertreter des Gesamtfaches Hygiene und prägte, nicht zuletzt als gefürchteter Prüfer im medizinischen Staatsexamen, eine Generation von Studenten in Westberlin. Er setzte sich in seiner Amtszeit für die Untergliederung seines Faches ein, was unter anderem dadurch sichtbar wurde, dass der Lehrstuhl die Bezeichnung Hygiene und Mikrobiologie erhielt. 1974 wurde er nach Erreichung der Altersgrenze emeritiert. Seine Nachfolge wurde in verschiedene Lehrstühle aufgeteilt.

Dr. phil. Dr. med. Manfred Stürzbecher

In memoriam Hermann Kahl



Foto: privat

Am 29.9.2003 starb Dr. med. Hermann Kahl im 87. Lebensjahr. Der aus Berlin-Pankow stammende Internist trat 1947 seine Facharzt-Ausbildung im katho-

lischen St. Hedwig-Krankenhaus Berlin-Mitte an, wurde dort 1949 Oberarzt und 1960 als Nachfolger seines Lehrers Prof. Dr. Adam Maria Brogsitter zum Chefarzt der Inneren Abteilung und zum Leiter der Krankenpflegeschule ernannt. Ab 1963 bis zu seinem Ausscheiden nach Erreichen der Altersgrenze 1982 war er auch Ärztlicher Direktor seines Hauses. Damals umfasste die Innere Abteilung 260 Betten.

Bis zum Mauerbau 1961 waren zahlreiche ärztliche Mitarbeiter in den Westen abgewandert, so dass in der

Inneren Abteilung schließlich nur noch fünf Ärzte tätig waren, von denen vier ihren Wohnsitz in Westberlin hatten. Unter ihnen war auch Hermann Kahl, der 1955 nach Westberlin umgezogen war. Auch nach dem Mauerbau am 13. August 1961 blieb er seinen Patienten im St. Hedwig-Krankenhaus treu. Unter Inkaufnahme erheblicher finanzieller Nachteile und täglicher minutiöser Grenzkontrollen fuhr er mit einem Sonderausweis von West- nach Ostberlin und zurück. Auf diesem Weg hat er unter anderen Medikamente, Fachbücher und Fachzeitschriften, die es „im Osten“ nicht gab, über die Grenze mitgebracht. Nach seinen eigenen Worten war es sein Ziel, „die Ausbildung der Ärzte auf der Inneren Abteilung so zu gestalten, dass sie mit der ganzen Breite ihres Fachgebietes vertraut gemacht wurden. Erst im letzten Ausbildungsjahr sollten sie sich dann einer Subspezialität zuwenden“. So nahm die Innere Medizin im St.

Hedwig-Krankenhaus nach der Heranbildung einer ausreichenden Anzahl von Fachärzten unter seiner zielgerichteten Leitung seit 1974 einen erheblichen Aufschwung. Die notwendigen Neuanschaffungen medizinisch-technischer Geräte wurden über die Caritas finanziert. Dabei fungierte Hermann Kahl als Vermittler zwischen Firmen und Caritas. Er war Vertrauensarzt des Bistums für erkrankte Priester und Ordensfrauen und hat unter anderem Weihbischof Hans-Georg Kleinedam und Kardinal Alfred Bengsch bis zu ihrem Tode betreut.

Für seine außerordentliche Lebensleistung wurde ihm am 2.9.2003 das Verdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Wir haben in Hermann Kahl eine großartige Persönlichkeit verloren, die wir sehr verehrt haben und die uns mit ihrer Selbstlosigkeit, Treue und Standhaftigkeit, aber auch mit ihrem urwüchsigen Humor immer im Gedächtnis bleiben wird.

PD Dr. med. Christian Boewer

Der doppelbödige „Doktor Deter“

Doktor Deter macht alle Menschen „Gesund“ – und sein Arztschild verspricht nicht zuviel, eher zu wenig: An manchen Tagen heilt er auch alle kranken Tiere. Jeden Morgen stürmen Hunderte von Kranken das Haus, kriechen sogar durch den Schornstein oder lassen sich an Fallschirmen herab. Da geht's nicht ohne Rationalisierung und ohne diagnostische Mitarbeit der Patienten. Drinnen finden sich deshalb Wegweiser: „Windpocken links um die Ecke, Halsschmerzen die Treppe hinauf, Nasenbluten nächste Tür...“ Und „Der Rest nach rechts“.

Und wie macht denn dieser Wunderdoktor alle auf der Stelle so gesund, dass sie das Haus durch die Hintertür tanzend und jubelnd verlassen? Das erfährt man leider nur für einige Indikationen: Kopfschmerzen zum Beispiel muss Doktor Deter unter großer Anstrengung „mit zwei Händen aus den Kranken ziehen, mit dem Fuß in ihrem Bauch“. Und dann gibt er die Kopfschmerzen seinem treuen Sprechstundenhelfer und Butler, der sie über dem Knie zerbrechen muss. Das ist eindrucksvoll dargestellt in einem der vielen kunterbunten Bilder von Gerda Dendooven, die in ihrer skurrilen Komik dem Text durchaus ebenbürtig sind. (Hier sehen Sie einen Ausschnitt.)

Bei Fieber geht's nicht ohne Apparatemedizin: den Fiebersauger, dessen Inhalt Doktor Deter nach getaner Arbeit am Patienten aus dem Fenster schüttelt. Und wenn er viele Fieberpatienten zu behandeln hatte, senkt sich eine heiße gelbe Wolke auf Wespen, Spatzen und Passanten nieder.

Trotz des Massenansturms von Patienten ist Doktor Deter kein Kassenlöwe, und auch von Honoraren ist nie die Rede. Sonst aber von beinahe allem, was im Medizinbetrieb so vorkommt, wenn auch meist hintergründig zwischen den Zeilen. Die kleinen Leser

werden großen Spaß haben, aber (Arztkinder ausgenommen) vieles nicht so recht verstehen, was der Autor für die Großen hineingeschmuggelt hat, besonders für die Kollegenschaft. Denn Toon Tellegen ist nicht nur ein niederländischer Lyriker und ein international bekannter Kinderbuchautor, sondern auch Arzt. Er war lange in Afrika tätig und ließ sich dann in Amsterdam nieder.

Seine ärztliche Erfahrung schlägt sich im realistischen Hindergrund dieser köstlich-burlesken Geschichten nieder, der hinter aller Phantastik durchschimmert. Da sind – wie in der „Dritten Welt“ – die Unmassen von Hilfesuchenden, die in Erwartung von Wundern das Haus belagern. Da sind Doktor Deters Heilmethoden zwischen seriöser Psychosomatik und Schamanen-Hokuspokus; etwa, wenn er den Patienten die gebabten Schmerzen in kleinen weißen Dosen überreicht oder alle Ohrenentzündungen in eine große Kiste packt. Leider geht's auch hier nicht ganz ohne Nebenwirkungen und iatrogene Schäden ab: Ein paar geheilte Kinder sind plötzlich extrem vorgealtert, tragen schwarze Koffer herum und wollen den ganzen Tag Konferenzen abhalten.

Schließlich verscheucht Doktor Deter alle Patienten und schwört sich: „Ich mache nie wieder jemanden gesund!“ Burnout also. Sein Faktotum hängt ein Laken an die Fassade, mit dem Satz: „Doktor Deter kann nicht mehr.“ Er geht weg für immer – und kann doch nicht recht aufhören. Ein Riese (sein Helfersyndrom?) zwingt ihn, Ausnahmen zu machen. („Wenn jemand sehr krank ist...“) Die FAZ nennt das Buch „ein Meisterwerk, das zum Kultbuch werden könnte“. Der gelungenen deutschsprachigen Fassung merkt man an, dass die Übersetzerin Mirjam Pressler selbst Kinderbücher schreibt.

Rosemarie Stein



Bild: Gerda Dendooven

Toon Tellegen:
Doktor Deter. NP Verlag, St. Pölten, Wien 2003, 94 S., geb., 14,90 Euro.
Noch ein Tipp für Weihnachten:
– Im selben Verlag erschien auch eine Neuausgabe des schon vor drei Jahrzehnten preisgekrönten Kinderbuch-Klassikers „Mrs. Beestons Tierklinik“ von Renée Nebelhay mit Bildern von Walter Schmögner.