

Die Revolution auf leisen Sohlen

Man kann das Wort Reform nicht mehr hören! Es bereitet inzwischen manchem schon körperliche Schmerzen. Welche Änderungen mit der Paragrafenflut einhergehen, die der Bundesgesetzgeber da ins Land gekippt hat, ist vielen Ärzten noch gar nicht bewusst. So geht in der öffentlichen Wahrnehmung fast unter, dass das neue SGB V eine Teilkastration der KV gebracht hat: Erfordernis des Einvernehmens mit den Krankenkassen (das heißt Zustimmung) zu Honorarverteilungsregelungen und Abschaffung der quasi absoluten Vertragshoheit der KV für Verträge mit den Krankenkassen, soweit ambulante Versorgung geregelt wird.

Weiterhin hat noch kaum jemand bemerkt, was aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung und neuer Bundesgesetze (SGB V) auf uns alle zukommt. Vieles davon greift tief in die ärztlichen Berufsregeln ein. Die Ärzteschaft ist aufgrund der neuen gesetzlichen Regelungen gezwungen, auf dem Deutschen Ärztetag in Bremen umfassende Änderungen an der Berufsordnung vorzunehmen. Fast jahrhundertealte Berufsregeln sollen gekippt werden. Um ein Beispiel zu geben: Wie wär's mit einer Zweigpraxis in Frankfurt/Oder für den erfolgreichen Niedergelassenen aus Berlin-Mitte? Oder wie wär's, wenn der



Dr. med. Elmar Wille

ist Vizepräsident der Ärztekammer Berlin und niedergelassener Augenarzt in Tempelhof

renommierte Chefarzt mit exotischem Spezialgebiet aus einer bekannten Privatklinik aus Berlin auch montags eine regelmäßige Sprechstunde in München hält? Es geht sogar noch flexibler. Eine zahlenmäßige Begrenzung der „Wirkungsstätten“ pro Arzt (wie bei den Apothekern das so genannte Mehrbesitzverbot) findet sich in den Vorlagen für den Deutschen Ärztetag in Bremen nicht. So könnte eine ungehinderte Reisetätigkeit in eigener Sache kreuz und quer durch die Republik anheben. Der „Di-Mi-Do-Professor“, (der nur dienstags, mittwochs und donnerstags anwesende Professor), unter Studenten eine bekannte Erscheinung, ist im Vergleich zum Arzt der Zukunft geradezu noch ortsfest. Früher gab es ja noch Begriffe wie „Residenzpflicht“ ... So geschehen also in KV und Ärztekammer noch Zeichen und Wunder, von denen vor einigen Jahren noch niemand auch nur im Traum eine Ahnung hatte.

Aber wollen wir das? Wir, die Ärztinnen und Ärzte Berlins? Seien wir auf der Hut! Die faktische Abschaffung des Facharztes für Innere Medizin als Generalist in seinem Fach ist so eine Entwicklung der letzten Jahre. Sie demonstriert beispielhaft die normative Kraft des Faktischen, die dadurch entsteht, dass Jahre zuvor an ein paar Wörtern in den Paragraphen der Sozialgesetze gedreht wurde. So würden wahrlich die Verhältnisse

revolutioniert werden, wenn überörtliche Gemeinschaftspraxen, Teilgemeinschaftspraxen, Teilpartnerschaften, so genannte Ärztegesellschaften und die Möglichkeit an mehreren Stellen/Orten ärztlich tätig zu sein, zugelassen würden.

Haben die Initiatoren dieser Vorhaben wirklich alles bis ans Ende bedacht, was da auf den Weg gebracht wird? So wie die Handels- und Handwerkerstruktur Deutschlands heute völlig anders ist als vor zwanzig oder dreißig Jahren, werden wir wohl in absehbarer Zeit nach diesen geplanten Änderungen von Sozialgesetzbuch V, Berufsordnung und Kammergesetz die Landschaft nicht wiedererkennen. Wenn vorläufig Vivantes die städtischen Krankenhäuser abgelöst hat, so steht uns im ambulanten Bereich die „ALDI/LIDL-Struktur“ noch bevor. Vor diesem Hintergrund dürfen wir alle gespannt sein auf den kommenden KV-Wahlkampf und auf den Deutschen Ärztetag in Bremen mit den tiefgreifendsten Änderungen unserer Berufsregeln seit Jahrzehnten.

Ihr

E. W.



WO GIBT'S DAS BESTE KRANKEN- HAUS?

TITELTHEMA.....

Wo gibt's das beste Krankenhaus?

Ab 2005 müssen alle Kliniken in Deutschland alle zwei Jahre einen Qualitätsbericht veröffentlichen. Darin werden unter anderem das Abteilungsspektrum, die Fallzahlen und die wichtigsten DRGs mit Mengenangaben sichtbar. Genügt bald ein Mouseklick, um zu sehen, ob ein Laden Top oder Flop ist? Wir sprachen mit Insidern über die Möglichkeiten und Mängel des Qualitätsberichts.

Von Sybille Golkowski.....14

Man darf die Erwartungen nicht überspannen!

Interview mit Professor Dr. med. Konrad Selbmann.....18

Erste Erfahrungen mit den Qualitätsberichten bei HELIOS

Von Daniel Rühmkorf.....20

MEINUNG.....

Die Revolution auf leisen Sohlen

Von Elmar Wille.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell6

Mitteilungen aus dem Gemeinsamen Krebsregister11

Leserbriefe12

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Dealende Ärzte vorm Kadi

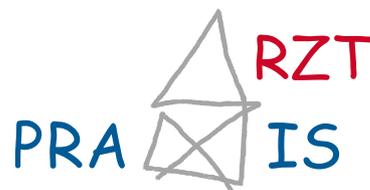
Das Landgericht verurteilte zwei Ärzte wegen Verschreibung Sucht erzeugender Arzneimittel an süchtige Patienten. Aus Mangel an professioneller Abgrenzung machten sich die Ärzte zu Dealern. Von Constanze Jacobowski.....21

Qualitätsmanagement in Praxen

Solange der gemeinsame Bundesausschuss noch an präzisierenden Vorgaben feilt, können sich Ärzte mit dem Thema „Qualitätsmanagement in

Praxen“ noch Zeit lassen. Hier geben wir erste Informationen, was die ärztlichen Körperschaften hierzu anbieten.

Von Christa Markl-Vieto.....22



Wie Hausärzte ihre Praxen verbessern können

Namhafte Allgemeinmediziner entwickelten ein interessantes Qualitätsmanagement-System für Hausarztpraxen.

Von Rosemarie Stein.....24

Suchtprobleme auf Russisch

Mit den besonderen Therapie-Erwartungen und dem Problem oft fehlender Krankheitseinsicht bei russischen Alkoholpatienten beschäftigte sich eine kleine Veranstaltung am VIVANTES Humboldt-Klinikum

Von Angela Mißbeck.....25

FORTBILDUNG.....

Skripte der fachspezifischen Fortbildung „Intensivmedizin“ im Internet.....26

Sicherer verordnen.....10

PERSONALIEN.....

Zum Tode von Dietrich Pellnitz.....27

Heinz Fischer zum 91sten Geburtstag.....27

FEUILLETON.....

Samariter - Arzt und Patient

Wie zeichnen kranke Künstler ihre Ärzte? Eine Ausstellung im medizinhistorischen Museum gibt Auskunft.

Von Rosemarie Stein 28

Impressum34

Start im September

Neue EbM-Kurse

In Berlin findet vom 3. bis 5. September 2004 der 7. Grundkurs evidenzbasierte Medizin (EbM) statt. Veranstalter sind die Kaiserin-Friedrich-Stiftung und die Charité in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (Siegburg).

Aufgrund zahlreicher Anfragen ehemaliger Teilnehmer wird das Angebot zusätzlich um einen 60-stündigen Aufbaukurs erweitert. Er wird nach dem EbM-Curriculum des Deutschen Netzwerks EbM und des Ärztlichen Zentrums für Qualität (www.ebm-netzwerk.de) an zwei Wochenenden (3.-9. und 19.-21. September 2004) durchgeführt. Dabei werden in Kleingruppen die Kenntnisse des Grundkurses vertieft und um weitere versorgungsrelevante Themen wie Screening und Leitlinien erweitert.

Veranstaltungsort für alle Kurse ist das Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7 in Berlin/ Mitte.

Weitere Informationen erhalten Sie über www.kaiserin-friedrich-stiftung.de sowie telefonisch unter Tel. 30 88 89-25.

Ärztesselte

Jonitz kritisiert „Schwarzbuch“

Als platte Stimmungsmache gegen die Ärzteschaft bezeichnete Berlins Ärztekammer-Präsident Dr. med. Günther Jonitz das vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte „Schwarzbuch gegen die Gesundheitsreform“.

Unter dem schönen Titel „...auf dem Rücken der Patienten“ sind dort leider nicht selbstkritische Worte der politisch Verantwortlichen zu ihrem Reformwerk zu lesen, sondern stattdessen 70 Seiten Ärzteschelte. Den Leistungserbringern wird anhand penibel gelisteter Beispiele vorgeworfen, sie hätten in den Frühtagen der Reform die allgemeine Konfusion genutzt, um Patienten gezielt irrezuführen. Für Berlins Ärztekammer-Präsidenten Dr. Günther Jonitz ist der Fall klar: „Die in diesem Buch geschilderten Vorwürfe gegen Ärzte sind ein schlichtes

Ablenkungsmanöver“. Damit solle die Wut der Patienten über die Mehrbelastungen und bürokratischen Kapriolen der Reform auf andere gelenkt werden.

„Das Vorgehen des Ministeriums ist glücklicherweise so durchsichtig, dass die Patienten darauf nicht hereinfließen werden“, sagte Jonitz. Auch Bundesärztekammerpräsident Dr. Jörg Hoppe verurteilte das Schwarzbuch scharf. „Bei allen Versäumnissen und Irritationen, die sicher auch bei den Leistungserbringern einzuräumen sind, ist und bleibt doch das größte Problem die völlige Inkompetenz in der Kommunikation der Reforminhalte“, sagte er.

Das Schwarzbuch finden Sie im Internet unter:

www.die-gesundheitsreform.de/presse/materialpool/dokumente/PDF/schwarzbuch_aerzte.pdf

Hilfe für Frauen

Projekt S.I.G.N.A.L. stellt seine Ergebnisse vor

136 misshandelte Frauen wurden zwischen Oktober 1999 und Dezember 2002 in der Erste-Hilfe-Stelle des UKBF behandelt. Mehr als zwei Drittel von ihnen waren unter 40 Jahre alt. Und über 50 % wiesen mehr als eine behandlungsbedürftige Verletzung auf. Am häufigsten waren dabei Verletzungen an Kopf und Oberkörper. Dies sind einige der wichtigsten Fakten der wissenschaftlichen Auswertung des Modell-Interventionsprojektes S.I.G.N.A.L.

Es läuft seit 1999 in der Notfallambulanz des Universitätsklinikums Benjamin Franklin. Sein wichtigstes Ziel: Schulung und Hilfestellung für Ärzte und Pflegekräfte beim Erkennen und systematischen Erheben von Verletzungen infolge häuslicher Gewalt. Denn Ärzte sind für 80 % der Betroffenen die ersten Ansprechpartner, wenn es um Misshandlungen und Gewalterfahrungen geht. Auch dies ein Er-



gebnis der vom Bundesfamilienministerium finanzierten Begleitforschung, die das Institut für Gesundheitswissenschaften an der TU durchführte. Dabei kam heraus: Obwohl Ärztinnen und Ärzte als erste Ansprechpartner für Opfer häuslicher Gewalt so wichtig sind, sprechen sie nur bei etwa 8 % der betroffenen Patientinnen das Thema Gewalt von sich aus an, wenn sie entsprechende Verletzungen zu versorgen haben. S.I.G.N.A.L. will das gezielt ändern und Gewaltopfern bereits dort helfen, wo man sie am schnellsten und besten erreicht: in der Klinik. Deshalb schulte das Projekt Ärzte und Pflegekräfte darin, Gewaltopfer zu erkennen und darauf anzusprechen, Verletzungen gerichtsfest zu dokumentieren, die Gefährdungslage abzuklären und die Patientinnen über zusätzliche Beratungsangebote zu informieren.

Die Ergebnisse des S.I.G.N.A.L.-Projektes sind in einem Leitfaden mit konkreten Handlungsanweisungen (Praxishandbuch) eingeflossen, den interessierte Ärzte unter www.medizin.fuberlin.de/SIGNAL/signal.htm finden und selbst verwenden können.

Mitte Mai werden die Ergebnisse auf einer großen Fachtagung in Berlin vorgestellt:

14. Mai 2004, 10 bis 16.15 Uhr im Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Hörsaal West, 12200 Berlin.



- Abschaffung ist überparteilich Konsens

Über die AiP-Abschaffung zum 1. Oktober (wir berichteten) sind sich mittlerweile offenbar alle Parteien einig. Dies zeichnete sich auf einer Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 31. März 2004 zur Änderung der Bundesärzteordnung ab. So wie es jetzt aussieht, bedeutet dies ab Oktober:

- Für Ärztinnen und Ärzte, die nach dem 1. Oktober 2004 ihr drittes Staatsexamen absolvieren, wird es keine AiP-Phase mehr geben. Sie nehmen nach dem Studium sofort eine Assistenzarztstätigkeit auf.

- Ärztinnen und Ärzte, die vor dem 1. Oktober 2004 ihr Drittes Staatsexamen absolvieren, müssen noch eine AiP-Phase durchlaufen. Allerdings werden sie ab

dem 1. Oktober 2004 den Assistenzärzten finanziell gleichgestellt.

Der finanzielle Mehraufwand wird auf etwa 300 Millionen Euro geschätzt. Er soll den Krankenhäusern durch eine Änderung der Bundespflegesatzverordnung und des Krankenhausentgeltgesetzes zur Verfügung gestellt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit geht von etwa 10.000 betroffenen Jungärzten aus. Pro Stelle wird die Differenz zwischen AiP- und Assistentengehalt mit etwa 29.000 Euro jährlich beziffert.

Etwa bis Juni ist mit einer abschließenden Entscheidung im Deutschen Bundestag zu rechnen. Danach folgt die letzte Befassung im Bundesrat.

Tag der offenen Tür

Die Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. (A.P.B.) veranstaltet am Freitag, dem 14. Mai 2004 einen Tag der offenen Tür. In der Zeit von 16 bis 18 Uhr sind Interessenten in der Invalidenstraße 115 in 10407 Berlin herzlich willkommen. Mehr Informationen bei Dr. Karl-Heinz Blomberg unter Tel. 42 18 00.

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Charité Campus Mitte Prof. Dr. Dr. Wolfgang Kox, Klinikdirektor der Anästhesiologie an der Charité, ist für fünf Jahre beurlaubt und für diese Zeit Ärztlicher Direktor am Universitätsklinikum Münster. Während dieser Zeit hat seine Stellvertreterin, die Leitende Oberärztin Prof. Dr. med. Claudia Spies, die Leitung der Anästhesiologie übernommen.

St. Joseph-Krankenhaus Prof. Dr. med. Christiane Erley ist neue Chefin der Nephrologie (Medizinische Klinik II). Christiane Erley war zuvor als Oberärztin an der Universitätsklinik in Tübingen tätig. Ihr Vorgänger, Prof. Dr. med. Klaus Schäfer, ist in den Ruhestand gegangen.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-1600/-1601, Fax: -1699.
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.golkowski@aekb.de

Eigener Tarifvertrag für Ärzte in Verhandlung

In der Zentralklinik Emil von Behring wird es möglicherweise ab 2006 den ersten eigenen Haustarifvertrag für Ärzte bundesweit geben. Die Klinik hat am 15. April eigene Verhandlungen mit dem Marburger Bund (MB) aufgenommen. Für die nichtärztlichen Mitarbeiter verhandelt ver.di. ab sofort allein. Solch ein getrenntes Marschieren der großen Gewerkschaften ist neu.

Der Hintergrund: Die Klinikleitung wollte im vergangenen Sommer aus dem BAT aussteigen und einen Notlagentarifvertrag vereinbaren, der die Gehälter auf das Niveau von 2002 zurückführt (das entspricht einer Gehaltskürzung von 4,4 %, stattdessen wird ein Freizeitausgleich von 12 Tagen gewährt). Eine Rückkehr in den BAT war nicht mehr vorgesehen, stattdessen sollte ein Haustarif verhandelt werden. Da ver.di. auf eine Rückkehr zum BAT bestand, der Marburger Bund jedoch nicht, kam es zum getrennten Vorgehen der Gewerkschaften. Der MB unterzeichnete für seine Mitglieder einen entsprechenden Notlagentarifvertrag (Übergangstarifvertrag) zu den oben geschilderten Konditionen. Er gilt bis Ende 2005, dann soll

ein eigener Haustarifvertrag greifen. Der MB möchte nicht nur eine neue Eingruppierungssystematik durchsetzen, bei der auch zusätzliche Bezeichnungen und Qualifikationen der Ärzte vergütungsrelevant werden. Auch die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes soll in einer realistischen Variante, keinesfalls jedoch über ein Dreischichtmodell, realisiert werden, so MB-Geschäftsführerin Ann-Margret Baumann auf Rückfrage von BERLINER ÄRZTE.



Der Betriebsrat des Hauses ist über die Situation nicht sehr glücklich. Besonders ärgerlich findet er, dass die Klinikleitung über eine Nebenabrede nun auch nichtärztlichen Mitarbeitern anbietet, in den MB-Vertrag einzusteigen. Für den Betriebsratsvorsitzenden Lutz Fischer ist das „absolut inakzeptabel“; er sieht dadurch die Geschlossenheit der Beschäftigten gefährdet.

Im Gegensatz dazu möchte der MB die jetzige Situation als Chance nutzen, endlich bessere Arbeitsbedingungen für seine Mitglieder durchzusetzen. Ann-Margret Baumann berichtet, dass weitere interessierte Kliniken angefragt haben. Das Beispiel könnte Schule machen.

Internisten

Neuer Berufsverband gegründet

In Berlin gibt es seit Anfang März einen neuen internistischen Berufsverband: den BNFI – Berufsverband der Niedergelassenen fachärztlich tätigen Internisten e.V. Er kritisiert die „diffuse Haltung des BDI zur Haus- und Facharztrennung“ und sieht seine Aufgabe darin, künftig Kollegen beider Versorgungsbereiche wieder stärker zu integrieren. Die neue Vorsitzende des BNFI ist Dr. med. Maria Klose. Kontakt unter info@dr-klose.com.

Ausstellung

„Walter Menne-Lebenszeichen“

... heißt die erste große Ausstellung von Werken des Berliner Malers und Arztes seit seinem Tod vor drei Jahren (BERLINER ÄRZTE 4/2000). Man hätte sie im Virchow-Klinikum erwartet, wo Menne lange als Pathologe tätig war, aber man findet sie im Westend.

Für den vor zwei Jahren gegründeten Förderverein „Kunst in den DRK-Kliniken Westend“ berichtete der Chirurg Ernst Kraas bei der Eröffnung über die einjährige Vorbereitungszeit und dankte Marianne Menne für die langfristige Leihgabe der Bilder (sie sind zu erwerben, der Katalog ist aber noch nicht fertig). Persönliche Erinnerungen an Menne und die harmonische Zusammenarbeit in der Virchow-Pathologie konnte Hans-Herbert Wegener beisteuern: Beim Interpretieren histologischer Präparate habe Menne ihn „den Zweifel gelehrt“. Die Retrospektive berücksichtigt Beispiele aus allen Schaffensperioden des großen Berliner Schwarz-Weiß-Künstlers, von den noch spätexpressionistischen Anfängen bis zu den spätesten seiner dynamischen, aber auch meditativen Tuschbilder.

Die Kunsthistorikerin Anne-Marie Freybourg hat die Ausstellung professionell gestaltet und die Bilder sehr schön gruppiert - keine leichte Aufgabe, denn die verfügbaren Räume befinden sich in mehreren Etagen und sogar Gebäuden: Im Foyer und Casino sowie auf verschiedenen Stockwerken des Hochhauses, auf den Stationen 1 b und 4 a, einige Großformate auch in der Vorhalle der Frauen- und Kinderklinik.



Walter Menne, Tusche auf Japanpapier
Bild ohne Titel, Ausschnitt von 1966

Die Ausstellung ist bis September 2004 tagsüber (etwa 9 bis 18 Uhr) zugänglich und wird auch zur Hundert-Jahr-Feier des Krankenhauses im Juni noch zu sehen sein. R.St.

Eröffnungsveranstaltung

Beckenbodenzentrum

Das Deutsche Beckenbodenzentrum (DBBZ) wird am 12. Mai 2004 offiziell mit einer Eröffnungsveranstaltung in den St. Hedwig Kliniken eingeweiht.

Die Veranstaltung findet von 15 bis 19.30 Uhr in der Großen Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin statt.

Das Zentrum arbeitet interdisziplinär und ist auf die Diagnostik, Therapie und Erforschung von Harninkontinenz und Darmfunktionsstörungen spezialisiert.

Sie erreichen das Zentrum unter:
Tel. 2311-2623 (Urologie)
Tel. 2311-2106 (Uro-Gynäkologie)
Tel. 2311-2517 (Proktologie).

Nordosten verzeichnet die meisten Organspenden

Die nördöstlichen Bundesländer Brandenburg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern sind bei der Bereitstellung von Spenderorganen bundesweit am erfolgreichsten. Mit 18,4 Organspendern pro Million Einwohner im Jahre 2003 liegt

die Region deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Dr. Claus Wesslau, Geschäftsführender Arzt der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Region Nordost, betont, dass zu diesem Erfolg die Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäu-

sern entscheidend beigetragen haben. Damit meint er vor allem die Transplantationsbeauftragten und die Ärzte auf den Intensivstationen.

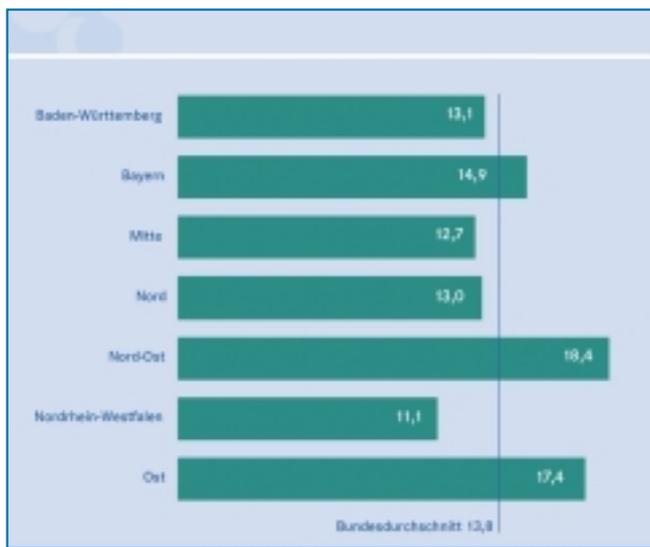
Zwar hat das Transplantationsgesetz die Rahmenbedingungen für Organspende und Transplantation deutlich verbessert, doch führte dies nicht automatisch zu einem Anstieg der Spenden. „Der Schlüssel zur Steigerung der Organspenden liegt in den Krankenhäusern“, betont Wesslau. Die Etablierung regionaler und krankenhauserinterner Strukturen sei die wesentliche Voraussetzung, um die Krankenhäuser noch besser in das System der Organspende einzubinden. Nur so können mögliche Spender auf einer Intensivstation auch erkannt und an die DSO gemeldet werden.

Trotz der guten Zahlen besteht auch in der Region Nord-Ost kein Grund zu uneingeschränktem Jubel. Der Anteil der Ablehnungen liegt auch hier bei

mehr als 40 %. Die DSO setzt deshalb auf noch mehr Öffentlichkeitsarbeit. Derzeit werden mehr als 80 % der Entscheidungen für oder gegen eine Organspende nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen getroffen. „Besser wäre es, wenn Menschen bereits zu Lebzeiten ihren Willen klar dokumentieren“, sagt Wesslau.

Die DSO Nord-Ost berät Ärzte und Kliniken in der Akutsituation Organspende rund um die Uhr und führt auf Anfrage Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen für Ärzte und Schwestern in den Krankenhäusern durch.
Tel: 030/ 34 67 04 0.

Einen vertiefenden Beitrag zum Thema finden Sie im Internet unter: www.aerztekammer-berlin.de, Kapitel „BERLINER ÄRZTE 5/2004, im Kapitel „Presse/Aktuelles“ unter „Aktuelle Meldungen der Ärztekammer Berlin.“



Zahl der Organspender pro eine Million Einwohner im Jahr 2003 in den sieben deutschen Organspenderegionen (Quelle: DSO)

Coxibe

Neuropsychiatrische Effekte

Das mögliche Auftreten leichter neuropsychiatrischer unerwünschter Wirkungen wie Müdigkeit, Parästhesien, Seh- und Hörstörungen ist bei den meisten nicht-steroidalen Antiphlogistika bekannt. Auch unter Coxib-

ben wie Celecoxib (Celebrex®) und Rofecoxib (Vioxx®) können – nach 142 Berichten aus Australien – u.a. Verwirrheitszustände, Schlaflosigkeit, Halluzinationen, Konzentrationsschwäche, Agitiertheit, Alpträume oder Amnesie auftreten.

Quelle: Prescrire internat. 2003; 12(68): 225

ne Informationen unserer Überwachungsbehörde vor. Im Handel befinden sich die Präparate Petadolex® (Indikationen: Spasmoanalgetikum bei Migräne, Nacken- und Rückenschmerzen, Asthma) und Petaforce V® (Indikationen: starke spastisch be-

dingte Schmerzen und Migräne, unterstützend bei akuten krampfartigen Schmerzen im Bereich der ableitenden Harnwege).

Quelle: Pharm. Ztg. 2004; 149: 542

Anmerkung: Ähnlich wie Kava-Kava-haltige Arzneimittel, die wegen schwerer Leberschäden bereits aus dem Handel genommen wurden, und Schöllkraut-haltige Arzneimittel, deren erhebliche Lebertoxizität in mehreren Einzelfällen dokumentiert ist, scheinen auch die Wurzeln des Pestwurz keine generell „harmlosen und gut verträglichen“ pflanzlichen Naturprodukte zu sein. Insbesondere bei Dauertherapie wie z.B. zur Migräneprophylaxe ist Vorsicht geboten. Da beide oben genannten Fertigarzneimittel nur apothekenpflichtig und nicht rezeptpflichtig sind, kann bei unklaren Leberbeschwerden eine Nachfrage nach der Einnahme dieser Präparate lohnen.

Pestwurz

Lebertoxizität

In der Schweiz wurde im Januar die Zulassung pestwurzextrakt-haltiger Arzneimittel widerrufen. Das Schweizer Heilmittel-

institut hat dieses Vorgehen begründet mit dem Auftreten schwerer Leberschäden, die trotz vorangegangener Vorsichtsmaßnahmen wie Überwachung der Transaminasen auftraten. In Deutschland liegen derzeit kei-

Vitamine

Sinnvolle tägliche Aufnahme

Die wissenschaftlichen Empfehlungen der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung bzw. Ernährungsforschung (DGE, ÖGE, SGE) zur sinnvollen täglichen Vitaminzufuhr (Werbereich aufgrund unterschiedlicher Empfehlungen je nach Alter, Geschlecht und besonderen Lebensphasen wie Schwangerschaft) werden in nachfolgender Tabelle verglichen mit den Daten einer englischen Expertengruppe über die oberen Grenzen einer zusätzlichen, auch langfristigen täglichen Vitamineinnahme (bezogen auf Erwachsene mit einem Körpergewicht von 60 kg), die noch ohne unerwünschte Wirkungen eingenommen werden kann.

Quelle: Expert Group on Vitamins and Minerals, May 2003, www.food.gov.uk/healthiereating/vitaminsminerals; DGE, Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr, Umschau Braus GmbH 2000, S. 229-223

	Empfehlungen der DGE, ÖGE und SGE	engl. Expertengruppe: tägl. Aufnahme mit der Nahrung	engl. Expertengruppe: maximal empfohlene tägl. Aufnahme
Wasserlösliche Vitamine			
Biotin (Vitamin H)	0,03 – 0,06 mg	ca. 0,03 mg	ca. 1 mg
Folsäure	0,06 – 0,6 mg FÄ ¹	ca. 0,3 mg	ca. 1,5 mg
Niacin (Nikotinamid, Vitamin B ₃)	2 – 8 mg NÄ ²	ca. 34 mg	ca. 560 mg
Pantothensäure	2 – 6 mg	ca. 5,4 mg	ca. 210 mg
Riboflavin (Vitamin B ₂)	0,3 – 1,6 mg	ca. 1,8 mg	ca. 43 mg
Thiamin (Vitamin B ₁)	0,2 – 1,4 mg	ca. 1,5 mg	ca. 100 mg
Pyridoxin (Vitamin B ₆)	0,1 – 1,9 mg	ca. 2 mg	ca. 10 mg
Cobalamin (Vitamin B ₁₂)	0,4 – 4 µg	ca. 0,006 mg	ca. 2 mg
Vitamin C	50 – 150 mg	ca. 64 mg	ca. 1000 mg
Fettlösliche Vitamine			
Retinol (Vitamin A)	0,5 – 1,5 mg RÄ ³	ca. 520 µg RÄ	1500 µg RÄ
β-Carotin	bis 10 mg	ca. 2,3 mg	ca. 7 mg
Vitamin D (Ergocalciferol, D ₂ ; Cholecalciferol D ₃)	5 – 10 µg	ca. 0,003 mg	ca. 0,025 mg
Tocopherol (Vitamin E)	3 – 17 mg TÄ ⁴	ca. 8,5 mg TÄ	ca. 540 mg TÄ
Vitamin K (Phyllochinon, K ₁ ; Menachinon, K ₂ ; Menadiol, K ₃)	4 – 80 µg	ca. 0,068 mg	ca. 1 mg

1. FÄ = Folatäquivalente, berechnet aus der Summe folatwirksamer Verbindungen in der üblichen Nahrung
2. NÄ = Niacinäquivalent = 1 mg Niacin = 60 mg Tryptophan
3. RÄ = Retinoläquivalent = 1 µg Retinol = 1,15 µg Retinylacetat = 1,83 µg Retinylpalmitat = 6 µg β-Carotin = 12 µg andere Provitamin A-Carotinoide; 1 IE = 0,3 µg Retinol
4. TÄ = d-α-Tocopheroläquivalent; 0,67 mg TE = 1 IU = 0,91 mg dl-α-Tocopherol

Anmerkung: „Aufgrund mangelnder Daten bei Tier und Mensch können sichere obere Grenzen einer zusätzlichen Vitaminzufuhr nicht angegeben werden“, so die Expertengruppe nach Durchsicht aller verfügbaren wissenschaftlichen Daten. In die Empfehlungen wurden daher Sicherheitsfaktoren von 3 – 10 eingeführt. Dies gilt als wissenschaftlicher Standard (z.B. bei der Berechnung des ADI-Wertes, der die duldbare tägliche Aufnahmemenge einer in Lebensmitteln enthaltenen Substanz – wie z.B. ein Pestizid – bezeichnet). Daher unterscheiden sich die von den englischen Experten angegebenen Mengen erheblich von denen, die von Protagonisten einer Hochdosis-Vitamintherapie als ungefährlich eingeschätzt werden.

Das ärztlich gebotene Prinzip „Primum nil nocere“ sollte immer dann verstärkt beachtet werden, wenn Therapieerfolge behauptet werden und durch klinische Studien nicht nachgewiesen sind. Insbesondere gilt dies, wenn aggressive Werbemethoden geschäftliche Interessen durchscheinen lassen.

Jetzt Krebsmeldepflicht in Berlin

Am 17. März 2004 hat das Berliner Abgeordnetenhaus das „Gesetz zur Einführung einer Meldepflicht für Krebserkrankungen“ verabschiedet. Ärzte und Zahnärzte, die in Berlin eine Krebserkrankung feststellen, sind künftig verpflichtet, diese an das dafür zuständige Gemeinsame Krebsregister (GKR) zu melden. Sie können mit der Meldung auch ein mit ihnen kooperierendes Tumorzentrum beauftragen.

Damit ist Berlin nach Sachsen (1993), Mecklenburg-Vorpommern (1998), Sachsen-Anhalt (2000) und Thüringen (2003) das fünfte von sechs der am Ge-



meinsamen Krebsregister beteiligten Bundesländer mit Krebsmeldepflicht. Nur in Brandenburg existiert nach wie vor lediglich ein Melderecht für Ärzte mit Informationsverpflichtung gegenüber dem Patienten.

Die Vollständigkeit des Eingangs ärztlicher Krebsmeldungen aus Berlin wird gegenwärtig auf 63% geschätzt, basierend auf einem Verfahren, welches das Robert-Koch-Institut derzeit einheitlich für alle epidemiologischen Krebsregister in Deutschland anwendet. Damit markiert Berlin das Ende der Rangfolge innerhalb der GKR-Länder (siehe Abbildung).

Große Unterschiede zeigen sich zwischen den Berliner Bezirken. Setzt man die auf ärztlichen Meldungen für die Diagnosejahre 1999 bis 2001 basierende Neuerkrankungsrate für Berlin insgesamt auf 100%, ergibt sich eine Spannweite zwischen 148% in Weißensee und

lediglich 42% in Steglitz. Solche großen Differenzen werden in keinem anderen Bundesland beobachtet.

Die unmittelbar nach Einbeziehung von Berlin-West in die Registrierung (1995) deutlich, gegenwärtig noch um circa 20% höhere Inzidenz in den Ost- gegenüber den Westbezirken der Stadt spiegelt jedoch in erster Linie nicht das tatsächliche Erkrankungsgeschehen, sondern meldebedingte Unterschiede.

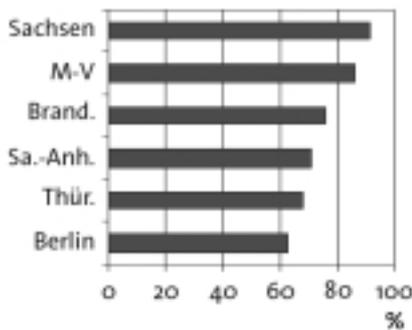
Zurückzuführen ist das vor allem auf unterschiedlich stark ausgeprägte Aktivitäten der Berliner Tumorzentren.

Aber auch die einzelnen Krebslokalisationen werden unterschiedlich gut von den Ärzten gemeldet. So wird der Brustkrebs mit 90% laut RKI-Schätzung vergleichsweise gut erfasst, was sicher nicht zuletzt auf die diese Lokalisation betreffende Sensibilisierung bei Ärzten und Patienten zurückzuführen ist. Hingegen weist der Prostatakrebs eine Erfassungsrate von lediglich 45% auf. Auch der Darmkrebs, der zunehmend in den Fokus des Interesses rückt, da in einer effektiven Früherkennung ein großes präventives Potenzial steckt, wird gegenwärtig nur zu circa 45% gemeldet.

Welche Effekte die Einführung der Meldepflicht bringen kann, zeigt Sachsen-Anhalt. Vor Einführung der Meldepflicht rangierte dieses Bundesland mit Werten um 50% stets hinter Berlin. Seit 2001 konnte die Vollständigkeit sprunghaft auf über 70% mit wachsendem Trend gesteigert werden.

Krebs-epidemiologen und Krebsregisterexperten sind sich einig, dass mit der Einführung einer Krebsmeldepflicht eine vollzählige Registrierung kein Selbstläufer wird, jedoch kann eine entsprechende gesetzliche Grundlage eine entscheidende Schubkraft ausüben.

Nach wie vor ist das Engagement aller an der Krebsregistrierung beteiligten Ärzte und Ärztinnen nötig.



Prozessbeobachtung in der Türkei

Seit Anfang der 90er Jahre stehen Ärzte und Ärztinnen, die in den Behandlungszentren der türkischen Menschenrechtsstiftung Folteropfer behandeln, immer wieder vor Gericht. Im Namen der Berliner Ärztekammer fahren Mitarbeiter des Berliner Behandlungszentrums für Folteropfer zur Unterstützung der Kollegen in die Türkei und nehmen als internationale Prozessbeobachter teil.

Dr. Alp Ayan, Psychiater am Behandlungszentrum in Izmir, stand am 26. und 29. Januar 2004 in Izmir als Angeklagter vor Gericht. Die Klage am 26.1. bezieht sich auf Teilnahme an einer Beerdigung eines Häftlings im September 1999, der während des Massakers im Ulucar Gefängnis in Ankara zu Tode gekommen war. Dr. Alp Ayan und 68 weitere Personen wurden unter dem Vorwurf festgenommen, sie seien der Aufforderung sich aufzulösen nicht nachge-

kommen und hätten Gewalt gegen das Militär angewandt. Dr. Ayan und eine Kollegin, Günseli Kaya, verbrachten bereits 113 Tage in Untersuchungshaft.

Der Staatsanwalt hatte in seinem Plädoyer Gefängnisstrafen von 1 bis 5 Jahren gefordert. Die Rechtsanwältin von Dr. Ayan und Frau Kaya sowie die Angeklagten selber unterstrichen in ihrer Verteidigung, dass der Besuch einer Beerdigung zu den universellen Menschenrechten gehört und beantragten, dass der Staatsanwalt und der Richter sich gemeinsam mit den Angeklagten Pressevideomaterial anschauten, das eindeutig die Gewaltlosigkeit der Angeklagten belegt. Die Urteilsverkündung fand am 13. Februar statt.

Dr. Ayan wurde zu 18 Monaten und einem Tag, Frau Kaya zu 18 Monaten Gefängnis verurteilt sowie einer Geldstrafe von 60 Millionen Lire (ca. € 35). Nach



Foto: privat

Kämpft gegen Dauerprozesse:
Der Arzt Dr. Alp Ayan aus Izmir.

Aussage des Gerichts sei „die Strafe sofort anzutreten, wegen der kriminellen Tendenz der Angeklagten. Die weiteren 24 Verurteilten, neben Dr. Ayan und Frau Kaya, bekleiden Ämter in Gewerkschaften oder Parteien. Die Verteidigung wird Berufung gegen das Urteil einlegen. Voraussichtlich wird bis zur Entscheidung des Kassationsgerichts der Prozess verjährt sein, so dass es weder ein Urteil noch einen Freispruch geben wird.

Dieses absurde Theater ist leider immer noch Realität im türkischen Rechtssystem trotz verabschiedeter Reformen.

Diese Absurdität ist im zweiten Prozess, in dem Dr. Ayan alleine vor Gericht steht, fast noch offensichtlicher. Die Anklage lautet auf „illegales Verlesen einer Presseerklärung in einem öffentlichen Raum“. Der gleiche Richter hatte in der gleichen Sache, nur mit einem anderen Datum, Dr. Ayan freigesprochen mit den Worten „unschuldig, weil Sie lediglich Ihre Grundrechte wahrgenommen haben“. Jetzt soll er sich der Forderung des Staatsanwalts, ein Jahr Haftstrafe, anschließen. Der Prozess wurde auf den 25. März vertagt, weil der Richter mehr Zeit zum „Studium der Akten“ benötige. Wir dürfen gespannt sein, zu welchem Ergebnis er dann kommt.

Britta Jenkins
Behandlungszentrum für
Folteropfer Berlin

LESERBRIEFE

Leserbriefe zu „Arzt oder Kaufmann?“
BERLINER ÄRZTE 3/2004

Knallhart haben sie es dem Dr. Hoffert heimgezahlt, die IGeL-Kollegen dem „Salonsozialisten“ aus Steglitz, dass er es wagte, ihr selbstzufriedenes Einigeln in beutelschneiderische Rechtfertigungen anzukratzen.

Herr Grotmann verfügt also über eine Notenskala der medizinischen Versorgung von optimal bis mangelhaft. Mir fällt es schwer, die Stufen angesichts unserer guten Versorgungslage derart breitgefächert inhaltlich zu füllen, denke mir seine tägliche Praxis aber zum Beispiel so:

Ein AOK-Patient kommt nach einer Amaurosis fugax und erhält eine farbcodierte Duplex-Sonographie der supraaortalen Gefäße zugestanden. Ergebnis: relevante Carotis-int.-Stenose. Gesteht der Patient, zu den zahllosen vermögenden Rentnern zu gehören, so öffnen sich ihm die Versorgungsstränge optimal-sehr gut-gut-befriedigend als IGeL-Wahlleistungen in ambulant-stationärer Verzahnung. Eine reine AOK-Versorgung auf der Stufe „ausreichend“ (nach der Grotmann-Skala: „eine Stufe vor mangelhaft“) gäbe die Duplex-Sonographie und ASS 100 her. „Mangelhaft“, z.B., für Obdachlose, hieße: Strömungsgeräusch und ASS 100. Nach dem zu erwartenden Schlaganfall folgt die nächste Einordnung in die Grotmann-Skala.

Der fette BKK-Diabetiker (Billigkrankenkasse!) bekäme nichts, bevor er nicht abgespeckt hätte (immerhin plausibel). Speckte er ab, seine pAVK schritte aber fort, so hieße „eine Stufe vor

mangelhaft“: Abwarten bis zur Amputation. Noch gälte das „sozialverträgliche Ableben“ am nekrotischen Bein wohl als „mangelhafte“ Versorgung, während die Skala von „optimal“ bis „befriedigend“ bereits igelnd abgesteckt sein müsste.

Sieht unsere kassenärztliche Versorgung tatsächlich so aus, meine Herren Schäfer, Grotmann und auch Dzierqwa? Zahlen die Kassen für die vier oberen Versorgungsstränge nichts mehr? Stapeln sich bei ihnen riesige Euro-Reserven aus den horrenden Beiträgen, da alles Kostenträchtige längst geigelt wird?: Die Transplantationen, die Bypässe und Stents, die künstlichen Gelenke, die exzessiven Arzneimittelverordnungen? Wird der schlau Zugereiste mit manifester Aidskrankung oder offener Tuberkulose nur eine Stufe vor „mangelhaft“ bzw. „nach einfachem Standard“ behandelt (wissen die Herren Kollegen wie das aussähe?) oder nicht doch optimal, obwohl er nie Beiträge leistete und bei ihm nichts zu igeln ist?

Irgendwie vergaloppieren sich die drei Empörten. Womit wird denn geigelt? Mit hochspezialisierten, kostenträchtigen und medizinisch indizierten Leistungen, weil es eine einkommens-unabhängige medizinische Versorgung nach Schäfer nicht gäbe, nicht geben könne? Nichts davon wurde mir bekannt, nur anderes: Überflüssige Labor- und Sonographieleistungen, eine Fülle paramedizinischer „diagnostischer“ und „therapeutischer“ Methödden mit abstrusen Apparaten und Mittelchen. Jeder erhält die Werbesendungen. Die beliebte Akupunktur nach ein paar Wochenendkursen gehört ebenso dazu wie die Erweiterung diverser Praxen zu Verkaufsläden für Vitamine, Mineralien und Diätpulverchen. Sind das die „notwendigen Leistungen“ Herrn Dzierqwas?

So ähnlich klar wie es die Kollegen Hoffert und Herrmann beim Namen nannten, so unumwunden kommentierte vor etlichen Wochen ein Tagesspiegel-Redakteur die ärztliche Misere: Die Selbstverwaltung der Ärzte sei auf ganzer Linie gescheitert (man denke nur an die hoffnungslosen Versuche, die Arzneimittelausgaben nach medizinischer Indikation und Wirtschaftlichkeit auszurichten). Folglich sei es nur konsequent, wenn Politiker und Kassen das Sagen bekämen. Und das ist auch die Antwort auf Beutelschneiders Wehklagen.

Dr. med. Jürgen Keller, 13353 Berlin

Selbstzufriedenes Ein-IGeIn

Ihr Anliegen in Ehren, aber gegen die Trennung von Ethik und Wirtschaft wehre ich mich. Als Christ und Arzt bin ich gerne bereit, meinen Patienten zu dienen. Ich sehe dies auch als zwingende Voraussetzung, in der Arbeit als Hausarzt glücklich zu sein. Aber der Arbeiter ist seines Lohnes wert!

Und gute Arbeit verdient guten Lohn und nirgendwo in der Welt können wir langfristig erwarten, für wenig Einsatz gute Qualität zu erhalten.

Dr. med. Matthias Ploner, 12203 Berlin

Auf der Suche nach guten Kliniken half bislang nur Mund-zu-Mund-Propaganda. Ein Mix aus Erfahrungen mit zurückkommenden Patienten, persönlichen Kontakten und alten Netzwerken beeinflusste das Einweisungsverhalten niedergelassener Ärzte. Doch geht das auch anders? Lassen sich die Leistungen von Kliniken transparent und nach außen vergleichbar darstellen? Die Antwort der Politik auf dieses Problem hat 16 Buchstaben und heißt „Qualitätsbericht“. Ab 2005 ist er für alle Kliniken Pflicht und muss von da an alle zwei Jahre neu erstellt werden. Die Krankenkassen haben die Pflicht, ihn ins Internet zu stellen (erstmalig zum 30. September 2005). Sie können Details vergleichend kommentieren und Empfehlungen abgeben (!). Bricht damit auch in Deutschland die Zeit der Klinik-Rankings aus? Steht uns eine Revolution an Transparenz und Patientenfreundlichkeit bevor? Können Kliniker künftig mit einem Mouseclick prüfen, ob ihr Laden „Top“ oder „Flop“ ist? BERLINER ÄRZTE sagt Ihnen, was künftig veröffentlicht wird und bat Insider um eine Einschätzung.

Wo gibt's das beste

Der Qualitätsbericht soll Klarheit schaffen – Wird er leisten, was er verspricht?

Von Sybille Golkowski

AUFNAHME

Als Krankenhausgesellschaft, Kassen, Bundesärztekammer und Pflegeverbände Anfang März 2004 vor die Presse traten, um das neue Instrument des Qualitätsberichts vorzustellen, sprachen sie von einem „Meilenstein“. „Der Qualitätsbericht eröffnet erstmals die Möglichkeit, die Art und Anzahl der Leistungen sowie deren Qualität für Patienten, Ärzte und Krankenkassen flächendeckend darzustellen“, hieß es in der gemeinsamen Presseerklärung. Der mündige Patient, der sich per Mouseclick über Kliniken informieren kann, schien damit ein Stück näher gerückt. Die Selbstverwaltungspartner ließen zwischen den Zeilen jedoch durchblicken, dass es ein schwieriger Prozess war, überhaupt erst einmal

Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts festlegt. Er soll aus einem Basisteil mit Strukturdaten und einem Systemteil mit ausgewählten Angaben zu Qualitätssicherungsmaßnahmen des jeweiligen Hauses bestehen. Der Qualitätsbericht besteht somit aus Pflicht und Kür (siehe Kasten auf S.17). Was kommt damit auf die Kliniken zu und wie ist das Instrument zu bewerten? Wir sprachen mit Ärztinnen und Ärzten, die selbst in Kliniken Qualitätsmanagement betreiben.

Besserer Überblick

Unisono loben sie die Möglichkeit, nun sehr schnell sehen zu können, welche Krankenhäuser welche Angebote vor-

nien, Geburten und Herzinsuffizienz vorfinden. Eben das, was am häufigsten vorkommt.“ So belegen zum Beispiel bei vielen Kliniken, die über eine Geburtshilfe verfügen, die Geburten den Platz 1, weil sie einfach so oft vorkommen. Über die Qualität der Geburtshilfe sagt das aber noch gar nichts aus. Im Gegensatz dazu kann es bei kleineren Häusern aber Spezialisierungen geben, die leider in den Top-DRGs nicht auffallen, weil sie nicht so häufig sind.

Aussagekraft der DRGs begrenzt

Ähnlich argumentiert auch Dr. med. Eberhard Thombansen, Qualitätsmanager bei Vivantes. „Wenn ein kleines Haus gemessen am Gesamtspektrum von einer bestimmten Operation nur wenige durchführt, diese aber von einem einzelnen Spezialisten gemacht werden, dann werden Sie das in den Top-DRGs nie erkennen können. Der Mann kann aber Spitze sein.“ Das sind Verzerrungen, von denen der auf Mengen fixierte Patient nichts weiß - leider. Und noch etwas ist hinderlich: Die Logik der DRGs passt nur schwer in die Grenzen von Fachabteilungen. Da DRGs häufig der Entlass-Abteilung zugerechnet werden (zum Beispiel bei Vivantes), der Patient aber mit der Hauptdiagnose zuvor ganz woanders lag, führt das zu Verwerfungen. Zudem kann es vorkommen, dass verkomplizierende Nebendiagnosen in die DRG rutschen und die Hauptdiagnose statistisch verdrängen. Matthias Albrecht nennt ein Beispiel: „Ein Querschnittgelähmter wird mit einer Lungenentzündung eingeliefert. Durch die Querschnittlähmung wird die Behandlung komplizierter und fällt in der DRG-Verschlüsselung stärker ins Gewicht als die eigentliche Hauptdiagnose, „Pneumonie“. Ein anderer Patient kommt vielleicht mit einer Gastritis ins Haus. Nach ein paar Tagen wird bei ihm zusätzlich eine Tuberkulose festgestellt, die fortan die DRG dominiert.“ Eine noch halbwegs gute Übersicht vermittelt deshalb eher die Gesamtstatistik der Top 30-DRGs. Das Zuordnen von Top

KRANKENHAUS?

so weit zu kommen. Vorausgegangen war nämlich ein monatelanges Tauziehen zwischen Krankenhausgesellschaft, Kassen und Politik, moderierend begleitet von der Bundesärztekammer. Gerangelt wurde darum, was in den Qualitätsberichten dargestellt werden kann und was eben nicht mehr .

Gefordert wird „ein strukturierter Qualitätsbericht“ im Gesetz (SGB V § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6). Die nähere Ausgestaltung von Inhalt und Umfang überließ die Politik jedoch der Selbstverwaltung, will heißen: den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer und der Pflegeverbände. Die konnten sich im Dezember 2003 auf einen Vertrag einigen*, der

*) Den vollständigen Vertrag der Spitzenverbände mit anhängendem Fragebogen für die Krankenhäuser finden Sie im Internet unter www.vdak.de/strukturierter_qualitaetsbericht.htm

halten. Die Suche nach Einrichtungen, die über spezielle Diagnostik oder Behandlungsschwerpunkte verfügen, wird dadurch erheblich erleichtert. Welche Kliniken verfügen über eine Augenklinik? Wo gibt es eine Schmerzambulanz? Wie groß ist die Allgemeinchirurgie in Haus XYZ? Alles kein Problem mehr, der Qualitätsbericht gibt Auskunft. Doch schon die Nennung der Top-DRGs hat ihre Tücken. Denn Fachleute halten deren Aussagekraft für begrenzt. „Es ist davon auszugehen, dass die Top-DRGs nur bei hochspezialisierten Kliniken wirklich aufschlussreich sind“, sagt Dr. med. Matthias Albrecht, Qualitätsmanager beim Verein zur Errichtung Evangelischer Krankenhäuser und im Vorstand der Ärztekammer Berlin. „Je spezialisierter ein Haus, umso besser kann man das auch an den Top-DRGs erkennen. Bei einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung hingegen werden Sie unter den Spitzenplätzen die übliche Mischung aus Leistenhernien, Pneumo-

10-DRGs zu Fachabteilungen ist aber weniger aussagekräftig“, sagt Thombsen. Bei den Top 30 wird noch ein anderes Problem entstehen. Besonders häufig werden in den Kliniken Komplex-DRGs codiert, die gerade wegen ihrer Spannweite beliebt sind. Nur werden weder Laien noch Fachleute erkennen können, was bei „Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC“, „Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplexer Diagnose“ oder „Eingriff am Fuß“ denn nun eigentlich genau gemacht wurde.

Ergo: Da die Aussagekraft der Top-DRGs nur begrenzt ist, setzen Insider auf den Kür-Teil des Qualitätsberichts. In dem können Kliniken immerhin mit ihren Stärken punkten. Sie können alle Qualitätsmanagementprogramme aufführen, an denen sie teilnehmen und freiwillig Einzelergebnisse aus der Qualitätssicherung nach Sonderentgelten und Fallpauschalen darstellen. „Durch die Freiwilligkeit besteht natürlich die Gefahr, dass der Qualitätsbericht zum Marketinginstrument verkommt und der Vergleich der Krankenhäuser anhand harter Indikatoren zu kurz kommt“, sagt Albrecht.

Qualitätsvergleich unmöglich

An diesem Punkt sehen übrigens alle von uns befragten Fachleute erheblichen Nachbesserungsbedarf. So wird man im Qualitätsbericht vergebens nach harten Indikatoren suchen, die die Häuser auch in ihren Ergebnissen vergleichbar machen. Niedergelassene Ärzte würden natürlich gern Daten zur Mortalität, zur Dekubitusrate, zu nosokominalen Infektionen, Wundinfektionen oder Rezidiven finden. Fehlanzeige! „Die größte Schwäche des Qualitätsberichts in seiner heutigen Form ist die Unmöglichkeit, die Behandlungsergebnisse der Kliniken zu vergleichen“, sagt Christa Markl-Vieto, Referatsleiterin Qualitätsmanagement bei der Ärztekammer Berlin.

Damit bleibt einer der wichtigsten Patientenwünsche unberücksichtigt, nämlich der, eine Information darüber zu be-



kommen, welches Krankenhaus denn „gut“ sei. „Gut“ lässt sich natürlich nie pauschal sondern nur anhand quantifizierbarer Indikatoren messen. Und eigentlich gibt es die sogar längst. In der Qualitätssicherung nach Fallpauschalen und Sonderentgelten werden solche Indikatoren nämlich schon zu immerhin 25 Prozeduren und Operationen erhoben und in einem aufwändigen Verfahren bundesweit ausgewertet.

Nur sind diese Daten top-secret! Sie werden den Kliniken nur zum internen Gebrauch überlassen. „Die Häuser bekommen neben ihren eigenen Ergebnissen zum Vergleich auch die anonymisierten Gesamtergebnisse der anderen. So können sie sehen, wo sie stehen und gezielt nachbessern“, sagt Henning Schaefer. Der Arzt ist Geschäftsführer des Berliner Qualitätsbüros, das im Auftrag von Krankenhausgesellschaft, Kassen, Ärztekammer und Pflegeverbänden errichtet wurde. Es stellt den Kliniken die

sensiblen Daten zur Verfügung und steuert die Diskussion über Ausreißer in geschlossenen Fachgruppen. Schaefer betont, das Instrument funktioniere sehr gut und rege innerhalb der Kliniken massive Qualitätsdebatten an. Zur Veröffentlichung freilich sind die Daten nicht bestimmt.

Aus Sicht der Krankenhäuser, die um Marktanteile konkurrieren, ist das kein Wunder. „Natürlich möchte kein Krankenhaus seine Komplikationsraten in der Zeitung lesen“, sagt Eberhard Thombsen.

Komplikationen brauchen Risikoadjustierung

Man könnte es auch so ausdrücken: Kliniken

scheuen die Publikation schlechter Ergebnisse wie der Teufel das Weihwasser. Doch nicht ganz zu Unrecht, denn Fachleute sind sich darin einig, dass die Veröffentlichung von Mortalitätsraten, Rezidiven und Wundinfektionen die Öffentlichkeit schnell zu falschen Schlüssen verleitet. Ohne Hintergrundwissen über das Zustandekommen hoher Mengen führt das Lesen solcher Daten fast zwangsläufig zu Fehleinschätzungen. „Ich wäre sehr dafür, dass man das macht; nur so wäre ein Qualitätsbericht sinnvoll. Aber dann müssen wir Patienten und Öffentlichkeit anleiten, solche Daten richtig zu interpretieren“, sagt Dr. med. Maria Eberlein-Gonska. Die Ärztin ist Qualitätsmanagerin am Universitätsklinikum Dresden und Geschäftsführerin der GQMG **).

Damit nicht Äpfel mit Birnen verglichen werden, fordert sie die „Validierung und Risikoadjustierung“ von Ergebnis-Daten, wenn sie denn zur Veröffentlichung be-

**) GQMG Gesellschaft für Qualitätsmanagement und Gesundheitsversorgung e.V.

stimmt sein sollten. Es muss also überprüft werden, ob Daten korrekt erhoben wurden und die Risikostruktur der Patienten muss statistisch vergleichbar gemacht werden. Sonst wäre eine Spezialklinik, in der die Mortalitätsrate sehr hoch ist (da Risikopatienten gezielt dorthin verlegt werden), nicht mit einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung vergleichbar. Und was Eberlein-Gonska mit „Validierung“ meint, wird an einem anderen Beispiel klar: „Wenn ich in einem Qualitätsbericht sehe, dass im Krankenhaus A die Rate der nosokominalen Infektionen bei 4 % liegt und im Krankenhaus B bei 0,2%, dann weiß ich, dass A ehrlich war und B schlicht gelogen hat. Aber eine Patientin kann das nicht wissen.“

„Und dann wird ein Assi in den Keller geschickt...“

Womit wir bei einem Grundproblem der Qualitätssicherung wären: Wie valide sind eigentlich die erhobenen Daten? Jeder, der schon einmal einen Tag damit verbracht hat, im Nachhinein Fragebögen zu Patienten, die er nie gesehen hat, für die Statistik auszufüllen, weiß, wovon hier die Rede ist. „Es kann nicht angehen, dass Kliniken zum Beispiel die Daten für die Wundinfektionen des Jahres 2003 rückwirkend erheben. Da wird ein armer Assistent oder AiP in den Keller geschickt und kriegt gesagt ‚mach mal! ... Das kann's ja wohl nicht sein‘, ärgert sich Maria Eberlein-Gonska.

„Die Statistiken zeigen, was die Kliniken angeben, nicht was in den Kliniken wirklich läuft“ urteilt auch Matthias Albrecht. „Bei Bögen, die per EDV-Erfassung ausgefüllt werden, ist es leicht, zu manipulieren. Wenn der Arzt Zeitdruck hat, vermeidet er, Felder mit „ja“ auszufüllen, weil dann immer noch zusätzliche Masken zur Beantwortung aufgehen. Also kreuzt er „nein“ an, dann ist er schneller fertig“. Oder dies: „Wenn eine Klinik merkt, dass sie noch nicht so gut dabei

SO IST DER QUALITÄTSBERICHT AUFGEBAUT

BASISTEIL

(Strukturdaten nach Vorgliederung)

- Träger/Anschrift
- Zahl der Betten
- Fachabteilungen
- Patientenzahlen Gesamthaus
- Die Top 30-DRGs des gesamten Krankenhauses
- Versorgungsschwerpunkte
- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten und Fallzahlen ambulant
- Die Top 5 der ambulanten Operationen des Hauses
- Großgeräte und besondere apparative Angebote (nach ja/nein)
- Therapeutische Möglichkeiten (nach ja/nein, zum Beispiel Logopädie, Schmerztherapie, Einzelpsychotherapie, Thrombolysen, etc.)
- Die Top 10-DRGs pro Fachabteilung
- Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen pro Fachabteilung
- Die 10 häufigsten Operationen/Prozeduren pro Fachabteilung
- Personalqualifikation und Zahlen im ärztlichen und im Pflegedienst nach Fachabteilungen (auch Zahl der Ärzte insgesamt und in Weiterbildung pro Fachabteilung)
- Teilnahme an externer Qualitätssicherung
- Übersicht über die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung
- Lebertransplantation (mindestens 10 pro KHS und Jahr)

- Nierentransplantation (mindestens 20 pro KHS und Jahr)
- Komplexe Eingriffe am Ösophagus (mindestens 5 pro KHS und 5 pro gelistetem Operateur/Jahr)
- Komplexe Eingriffe am Pankreas (mindestens 5 pro KHS und 5 pro gelistetem Operateur/Jahr)
- Stammzelltransplantation (mindestens 10 bis 14 pro KHS/Jahr)

SYSTEMTEIL

(Daten aus Qualitätssicherungsmaßnahmen, freiwillig)

- Angaben zur Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätsbewertung (Selbst- und Fremdbewertung)
- Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung nach § 137 nach Fallpauschalen und Sonderentgelten (Kann-Bestimmung)
- Teilnahme an Qualitätsmanagementprogrammen

VERÖFFENTLICHUNG

Der Qualitätsbericht ist erstmals zum 31. August 2005 für das Jahr 2004 und danach alle 2 Jahre, immer spätestens zum 30. Juni für das Vorjahr zu erstellen. Der Qualitätsbericht muss den Landesverbänden der Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

Die Landesverbände der Krankenkassen müssen den Qualitätsbericht erstmals spätestens am 30. September 2005 für das Jahr 2004 und danach alle 2 Jahre immer spätestens am 31. Juli für das Vorjahr im Internet veröffentlichen.

Die Veröffentlichung muss vollständig und unverändert sein. Die Kassen dürfen aber zur Erhöhung der Transparenz vergleichend über Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen.

ist, dann wird schwuppdwupp über Nacht jemand drangesetzt, der nochmal 300 Bögen ohne Patientenakten eingibt. So läuft das doch überall“, sagt Albrecht. Deshalb zieht er als verantwortlicher Qualitätsmanager in seinen Kliniken regelmäßig Stichproben und überprüft die Plausibilität von Angaben. Leider wird das nicht überall gefordert und gemacht.

Valide Daten gibt's nur mit „Monitoring“

Insider fordern deshalb zur Überprüfung von Angaben ein externes Monitoring. Will heißen: Kontrollen durch regelmäßige gegenseitige Begehungen, bei denen dann auch stichpunktartig Akten gezogen werden. Wenn jemals Qualitätsindikatoren für den Qualitätsbericht

abgefragt werden, wäre ein Monitoring unerlässlich. „Verzicht auf Monitoring bei gleichzeitigem Publikationsdruck... da könnte ich mir schon vorstellen, was dabei herauskäme“, schmunzelt Eberhard Thombansen. Man muss kein Pessimist sein, um ihm zuzustimmen. „Um Ergebnisse aber valide zu erheben, muss man sich auf wenige Indikatoren beschränken“, sagt Maria Eberlein-Gonska. Alles andere wäre zu aufwändig und organisatorisch nicht mehr in den Griff zu bekommen. Aber es ginge, wenn man nur wollte.

Wichtig bei diesen Indikatoren wäre es jedoch, dass man für sie eindeutige Definitionen gibt, die für alle Kollegen gelten, die Fragebögen ausfüllen. Beispiel Wundinfektionen: „Beim einen

Kollegen muss erst Eiter fließen, bevor er von einer Wundinfektion spricht, beim anderen wird schon ein geröteter Stichkanal als solche eingestuft“, sagt Dr. med. Markus Ziegler, Qualitätsmanager im Unfallkrankenhaus Berlin. Schulung aller, die je mit Fragebögen in Berührung kommen, wäre hier die Lösung.

Unterlassenes wird nicht erfasst

Aus seiner Sicht gibt es aber noch einen anderen Aspekt, der bislang beim Thema Qualitätsbericht völlig außen vor blieb. Der Qualitätsbericht hat die Tendenz, „Qualität“ an Mengen festzumachen. Dabei könne man sie oft gerade daran erkennen, was nicht getan wird; nur



FOTO: IZZ

Professor Dr. Hans-Konrad Selbmann, Universität Tübingen, ist unter anderem Chairman der Leitlinien-Kommission der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) und ausgewiesener Fachmann in Sachen „Qualitätssicherung“.

Mit ihm sprach Sybille Golkowski.

INTERVIEW

Man darf die Erwartungen nicht überspannen!

Herr Professor Selbmann, wie beurteilen Sie die Qualitätsberichte, so wie sie jetzt vertraglich geplant sind?

Sie sind sicherlich der erste Schritt in die richtige Richtung. Ich glaube, der Pflichtteil – der Strukturteil – bietet viele erfreuliche Informationen. Zum Beispiel die Fallzahlen bei bestimmten Erkrankungen oder Operationen. Das ist in dieser Breite zur Zeit noch nicht öffentlich verfügbar. Schade ist eigentlich nur, dass der Strukturteil nur die häufigsten Erkrankungen oder Eingriffe abfragt. Wenn ein Patient etwas Selteneres hat, wird er seine Krankheit unter den Top 10 einer Fachabteilung nicht finden. Aber der Qualitätsbericht wird dazu führen, dass die Krankenhäuser auch die Fallzahlen für seltenere Erkrankungen zumindest parat haben und sie auf Anfrage dann hoffentlich auch herausgeben.

Und was halten Sie vom „Kür“-Teil?

Der zweite Teil – der Qualitätsmanagement-Teil – ist noch nicht so strukturiert und auch nicht vergleichbar angelegt, denn die meisten Angaben sind freiwillig. Ich denke aber, dass es bei dem Qualitätsteil so eine Art „Einschwingphase“ geben wird. Wenn die Kliniken gelesen haben, was die anderen dort so reinschreiben, werden sie sich das nächste Mal auch in diese Richtung bewegen. Übrigens ist es ein Problem, dass die Berichte nur alle zwei Jahre veröffentlicht werden sollen. Zumindest im zweiten Jahr sind die Angaben schon nicht mehr aktuell. Was man bräuchte, ist ein regelmäßiges Updating. Das werden die Kliniken dann vielleicht auf ihren eigenen Websites anbieten.

Leistet der Qualitätsbericht eine Orientierung bei der Suche nach einem guten Krankenhaus?

Das ist zwar das Ziel, das die Politik damit verfolgt, aber ich glaube ehrlich gesagt nicht daran, dass diese Anforderung erfüllt wird. Die Patienten müssten schon sehr geschult sein, um den Qua-

leider wird das statistisch nicht erfasst. Für Ziegler sitzen die guten Ärzte nämlich vor allem dort, wo Indikationen hinterfragt werden und auch mal was unterlassen wird. „Die Indikationsstellung macht mindestens die Hälfte der chirurgischen Qualität, ja der ärztlichen Qualität überhaupt aus“, sagt Ziegler, der übrigens selbst Chirurg ist. „Möglicherweise kann die Unterlassung einer Maßnahme mehr Leben retten als deren Durchführung“. So könne man in einer Chirurgie natürlich am laufenden Meter Beinarterien operieren. Die Frage sei nur, ob der Eingriff überhaupt bei allen Patienten gerechtfertigt und sinnvoll war. Eine Tatsache, die niemand dem Patienten erklärt und die in der „Mengen-Zähl-Logik“ völlig untergeht.



Trotz der Schwächen, die Fachleute dem Qualitätsbericht in seiner jetzigen Form bescheinigen, gilt er bei den Initiatoren als Durchbruch. Ein Anfang ist gemacht, denn immerhin hat es eine Publikation von Fallzahlen pro Klinik in Deutschland noch nie gegeben.

„Allein die Pflicht zur Veröffentlichung birgt die Chance, dass die Kliniken im Wettbewerb damit punkten, wo sie gut sind. Wir hoffen, dass dadurch Bewegung in die Häuser kommt und der Ehrgeiz, auch Heikles offen zu publizieren“, sagt Berlins Ärztekammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz. Er ist bei der Bundesärztekammer für das Thema Qualitätssicherung zuständig.

Dass der große Patienten-Traum, nämlich endlich nachlesen zu können, wo die guten Ärzte sitzen, mit dem Qualitätsbericht wahr wird, bezweifelt aber auch er. Wie vor 2000 Jahren wird die Mund-zu-Mund-Propaganda auch weiterhin unersetzlich bleiben.

SyGo

litätsbericht lesen zu können. Der normale Patient wird einen echten „Dschungelführer“ benötigen. Hier sehe ich übrigens einen Riesenmarkt für Firmen, die ab 2005 die im Internet zugänglichen Berichte noch weiter aufbereiten und versuchen, in dieser Weise Patienten zu helfen. Das gibt es in anderen Ländern ja auch.

Wo gibt es im Ausland schon Erfahrungen mit Qualitätsberichten und wie sehen sie dort aus?

In den USA und in England gibt es sie schon länger. Dort existieren z.B. auch regelrechte Hitlisten wie „Die 50 besten Krankenhäuser“ in den USA für die verschiedenen Staaten und in 13 verschiedenen Disziplinen. Auch die Engländer haben ihre Hitlisten für Krankenhäuser und sogar für Health Authorities.

Werden in England und den USA auch Qualitätsindikatoren abgefragt, die ja im deutschen Qualitätsbericht noch fehlen?

Ja. In England sogar noch mehr als in den USA. In den USA wird in der Regel im-

mer die Mortalität berichtet und Häufigkeit schwerster Komplikationen, die im Krankenhaus selbst entstanden sind. Das klassische Beispiel ist die „Sterblichkeit“ nach Bypass-Operation, zu der es in einigen ostamerikanischen Staaten im Internet sogar „Hitlisten“ gibt, die bis auf den einzelnen Operateur heruntergehen.

Und in England?

... gibt es einen ganzen Katalog an Qualitätsindikatoren, ein regelrechtes Buch. Dort spielen die Wartezeiten eine ganz große Rolle. Aber auch die Ergebnisqualität, die schweren unerwünschten Ereignisse und die Mortalität. Die Frage ist übrigens in beiden Ländern: Stimmen die Daten?

Werden die Qualitätsberichte dort von der Öffentlichkeit gut angenommen?

Interessanterweise nicht. Man hat dort Ärzte, Patienten und Versicherungen befragt und festgestellt, dass die Bürger kaum nach solchen Qualitätsberichten fragen. Zum Teil halten sie sie für über-

holt, sie glauben ihnen nicht, verstehen sie nicht oder kommen aus anderen Gründen nicht damit zurecht. Zudem sagen Ärzte in ländlichen Regionen, sie hätten oft gar keine Alternative. In den USA ist es nicht machbar, erst einmal nachzublättern und den Patienten dann quer durch den Bundesstaat zu schicken. Da wird das nächstgelegene genommen und man muss sich darauf verlassen, dass es gut ist.

Wer nutzt die Qualitätsberichte denn dann?

Die Qualitätsberichte werden in England und USA eher von den Versicherern dazu genutzt, Krankenhäuser nach ihrer Qualität zu klassifizieren.

Ja ist denn dann alles für die Katz?

Nein, keinesfalls. Man darf nur die Erwartungen an die Berichte nicht überspannen. Sie geben den Kliniken in jedem Fall Anreize zur Verbesserung und stoßen Diskussionen und Wettbewerb an. Und sie machen Informationen transparent, die wir heute noch nicht haben. ■

Erste Erfahrungen mit Qualitätsberichten bei HELIOS

Wenn im kommenden Jahr Qualitätsberichte von den Krankenhäusern veröffentlicht werden müssen, kann ein Berliner Haus auf eine gewisse Routine verweisen: Das HELIOS Klinikum Berlin-Buch erstellt bereits seit 2002 einen medizinischen Jahresbericht, der über die Anforderungen an einen Qualitätsbericht hinausgeht. Die HELIOS Kliniken GmbH Fulda gibt nach eigenen Angaben als erste Klinikgruppe quantifizierte Medizinziele vor und veröffentlicht die aus den DRG-Daten ermittelten Ergebnisse in ihren medizinischen Jahresberichten (www.helios-kliniken.de/download/pdf/HELIOS-MJB-2002_031030.pdf).

Die Ziele betreffen die Verweildauer, die Mortalitätsraten oder den Anteil mikroinvasiver Eingriffe. Der Vergleich der Krankenhäuser basiert, wie im Jahresbericht 2002 veröffentlicht, auf 19 Einzelzielen, die 11 Krankheitsbilder betreffen. Die Krankheitsbilder umfassen das Aortenaneurisma, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Pneumonien, die Operationsmethoden Cholezystektomie, Herniotomie, Kolorektale Karzinom-OPs, extrakranielle Gefäßoperationen, nichtrupturierte Aortenaneurismen, Hysterektomien und die Langzeitbeatmung. Die Einzelziele werden konzernweit angegeben, sind also nicht (und das wäre für Ärzte und Patienten ja gerade interessant) aufs einzelne Haus heruntergebrochen lesbar. Dies ist jedoch in naher Zukunft geplant. Entwickelt werden die Einzelziele in den Fachgruppen, in denen die Fachabteilungsleiter der jeweiligen HELIOS-Klinik vertreten sind. Bis heute haben die Fachgruppen 200 Parameter definiert, die konzern-intern kontinuierlich ausgewertet werden. Die einzelnen Kliniken profitieren von den Erkenntnissen aller Einrichtungen.

Für die Konzernspitze bringen die Daten nicht nur Aufschluss über die verschiedenen Abläufe in ihren hinsichtlich Ausstattung und Bettenzahl verschiedenen Häusern, sondern auch über die Kosten, die pro Fall und Haus auflaufen. Denn die Ergebnisqualität wird unter anderem über die Verweildauer definiert. Diese wiederum ist ausschlaggebend für den Erlös.

Seit in den 24 HELIOS-Häusern der hausinterne Leistungsvergleich durchgeführt werde, gäbe es eine deutlich verbesserte Ergebnisqualität und größere Transparenz der medizinischen Leistungen, so der HELIOS-Geschäftsführer Bert Uwe Drechsel selbstbewusst. Davon ist auch Prof. Dr. Jörg Schulz, Ärztlicher Leiter des Klinikums Berlin-Buch und Chefarzt der Geriatrie, überzeugt. Für ihn sind regelmäßige Qualitätsberichte und der klinikinterne Wettbewerb bereits fester Bestandteil des Klinikalltags.

Insofern werden die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte keine neue Herausforderung sein. Während HELIOS mit den Medizinzielen insbesondere Ergebnisqualität abbildet, wird

der neue Qualitätsbericht lediglich Auskunft zur Struktur- und Ergebnisqualität liefern. Die DRG-Daten werden so in der Konzernzentrale in Fulda aufbereitet, dass die jeweiligen Fallgruppen mit ihren spezifischen Leistungen dargestellt werden. Über das Intranet ist es jedem Mitarbeiter möglich, die aktuellen Zahlen aller Kliniken abzurufen.

Zusätzlich kommt das Peer-Review-Verfahren zum Einsatz. Wird in einem Haus oder einer Abteilung beispielsweise eine höhere Mortalität festgestellt, werden die Patientenakten vom betroffenen Chefarzt und zwei Chefarzten anderer HELIOS-Kliniken analysiert. Anhand der konkreten Fälle werden mögliche Unzulänglichkeiten in der Behandlung oder unbefriedigende Behandlungsabläufe kollegial herausgearbeitet und Veränderungsprozesse initiiert. Dieses Vorgehen, so Jörg Schulz, sei ein helfendes und kein sanktionierendes Verfahren, von dem alle Beteiligten profitierten.

„Die Zeiten, in denen sich ein Chefarzt hinstellte und sagte, er sei nur für den Patienten da, sind vorbei“, unterstreicht Prof. Schulz. Zu Beginn wurden die Qualitätskontrollen von vielen Kollegen als Gängelung und Einmischung verstanden, erinnert er sich. Vielen Chefarzten war es schwer verständlich, warum sich die Konzernleitung derart detailliert für die Arbeit der einzelnen Abteilungen interessierte. Mittlerweile sehen die Kollegen, dass von diesem Qualitätswettbewerb Patienten, Mitarbeiter und der Konzern gleichermaßen profitierten.

Damit ab 2005 die verbindlichen Qualitätsberichte erstellt werden können, hat HELIOS zusammen mit dem AOK Bundesverband, dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) und dem Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) ein Projekt zur Qualitätssicherung auf der Basis der im Rahmen der DRG-Abrechnung verfügbaren Daten gestartet, um kassen- und klinikseitig die vorhandenen Daten vergleichen zu können.

Dr. med. Daniel Rühmkorf,
Medizinjournalist

Dealende Ärzte vorm Kadi

Das Berliner Landgericht verurteilte jetzt in zwei Fällen Ärzte wegen Verschreibung Sucht erzeugender Arzneimittel an Süchtige. Die beiden Fälle werfen ein Schlaglicht auf ein trauriges Thema. Aus falsch verstandener Nachgiebigkeit und Mangel an professioneller Abgrenzung machten sich Ärzte zu Dealern.

Von Constanze Jacobowski

Im vergangenen Jahr hat es wiederholt Verurteilungen von Ärzten gegeben, die Suchtkranken Sucht erhaltende Arzneimittel verschrieben haben, ohne auf eine kausale Behandlung der Erkrankung hinzuwirken.

In einem Fall handelte es sich um einen Arzt, der seit vielen Jahren Methadon an opiatabhängige Patienten verschrieben hatte. Er wurde wegen „unerlaubten Handels mit Betäubungsmitteln“ verurteilt, da der Arzt sich – nach Meinung der Sachverständigen – nicht an die Regeln der ärztlichen Kunst gehalten hatte. Da die Verschreibung nicht mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Suchtfreiheit oder der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patienten erfolgte, handelte es sich nach Auffassung des Gerichts nicht um eine ärztliche Behandlung, sondern um rein gewerbliche Interessen, die den Arzt zu seiner Verschreibungspraxis veranlassten.

Mehrere Zeugen beschrieben, dass sie von dem Arzt Methadon bekommen hätten, ohne dass sie vorher untersucht und ohne dass ihre Abhängigkeit durch entsprechende Untersuchungen nachgewiesen worden sei. Der Arzt unterließ es auch, sich ein Bild von den bei seinen Patienten jeweils notwendigen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen zu machen und darauf hinzuwirken, dass sie an diesen – vom Gesetz vorgesehenen – Maßnahmen teilnehmen. Auch verschrieb der Arzt bereits nach kurzer Zeit das Methadon zur Mitgabe für mehrere Tage, ohne sich zu vergewissern, ob das Mittel bestimmungsgemäß eingenommen wurde und ob Anhaltspunkte für einen Missbrauch weiterer psychotroper Drogen bestand. Er führte keine Aufklärungsgespräche über Sinn und Zweck

der Behandlung und unterließ es, durch geeignete Maßnahmen zu überprüfen, ob der Erfolg der Behandlung durch Beikonsum gefährdet ist. Das Methadon wurde je nach Tageszeit zu gestaffelten Preisen an die Patienten verkauft.

Da der Arzt einen erheblichen Teil seines Lebensunterhalts durch diese Verschreibungen verdiente, sah das Gericht in erster Instanz es als erwiesen an, dass er gewerbsmäßig handelte und verurteilte ihn wegen „unerlaubten Handels mit Betäubungsmitteln“ zu 2 Jahren und 6 Monaten Haft. Ein Strafmaß, das nicht zur Bewährung hätte ausgesetzt werden können.

Das vom Gericht ausgesprochene Berufsverbot wurde aufgehoben, da der Arzt glaubhaft machen konnte, dass er bereits seit geraumer Zeit und auch in Zukunft keine Substitutionsbehandlungen mehr durchführt. Das Urteil wurde inzwischen angefochten. Die Berufungsverhandlung endete für den betroffenen Arzt nun mit zwei Jahren auf Bewährung.

In einem anderen Fall war ein Arzt wegen Körperverletzung angeklagt. Über einen längeren Zeitraum hinweg verschrieb er in großen Mengen Benzodiazepine an drogen- und medikamentenabhängige Personen. Der Fall war durch den Abschiedsbrief eines Jugend-

Ohne Zeugen geht nichts

Fälle wie diese gibt es immer wieder. Gern würde die Ärztekammer Berlin noch häufiger und früher eingreifen, wenn ihr gehäufte Fälle von suchterzeugenden bzw. -erhaltenden Verschreibungen bei einem Arzt oder einer Ärztin zu Ohren kommen. Doch auch wir können nur tätig werden, wenn eindeutige Zeugenaussagen oder schriftliche Beweismittel vorliegen. Anonyme Angaben haben den Status von Gerüchten und können nicht bearbeitet werden.

Die Kammer hat das Ziel, durch die von ihr regelmäßig durchgeführten curricularen Fortbildungen in „Suchtmedizinischer Grundversorgung“ immer mehr Ärzte auszubilden, die den notwendigen Wissens- und Kompetenzstand für die Behandlung suchtkrankter Patienten haben.

lichen bei einem versuchten Selbstmord ins Rollen gekommen. In seinem Brief hatte der junge Mann die Ärzte angeklagt, die ihm jahrelang immer wieder Tabletten verschrieben und damit die Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Sucht ermöglicht hatten. Der junge Mann hatte seinen damaligen Selbstmordversuch überlebt, befand sich zum Zeitpunkt des ersten Verhandlungstermins in einer Therapieeinrichtung und sagte vor Gericht als Zeuge aus. Beim zweiten Termin war der Zeuge verstorben. Er hatte bei einem Therapie-Urlaub der Versuchung nicht widerstehen können und sich bei einem der ihm bekannten Ärzte wieder einmal größere Mengen von Hypnotica besorgt, deren Einnahme dann den Tod des erst 19 Jahre jungen Mannes her-

beiführte. Dieser schreckliche Ausgang illustrierte anschaulich die Gefahren unkontrollierter Suchtmittelverschreibungen.

In der Gerichtsverhandlung stellte der angeklagte Arzt durchaus nachvollziehbar dar, wie er zu dem wurde, was er schließlich war: einzenebekannter Vielverschreiber, dessen Praxisadresse als Tipp zwischen den Süchtigen weitergegeben wurde und dessen Rezepte auf dem Schwarzmarkt gehandelt wurden. Er beschrieb sich selbst als einen weichherzigen Menschen, der von den komplexen Anforderungen seiner allgemeinmedizinischen Praxis ziemlich überfordert sei und der sich den „Lügen“ und den Forderungen der Süchtigen hilflos ausgesetzt sah. Er habe helfen wollen und deshalb verschrieben, was diese Menschen eben „brauchten“. Das aber habe immer

weitere süchtige Patienten in seine Praxis gezogen.

Die Sachverständige führte aus, dass die Verordnung von Sucht erzeugenden Medikamenten vom Gesetzgeber bewusst in die Hände von Ärzten gelegt sei, denn nur ein Arzt könne aufgrund seiner Ausbildung eine Nutzen-Schaden-Abwägung vornehmen. Zwar würden Suchtkranke die Verschreibung ihres Suchtmittels vordergründig als „Hilfe“ begreifen und einfordern, doch es sei gerade Aufgabe des Arztes, diesen Forderungen nicht einfach nachzugeben, sondern mit dem Süchtigen zusammen ein auf Heilung ausgerichtetes suchtmittelmedizinisches Gesamtkonzept zu entwickeln. Wo dies vom Süchtigen nicht gewünscht werde, ende die Aufgabe des Arztes. Durchaus verständlich sei es, wenn ein Arzt sich gelegentlich mit ihm überfordernden Krankhei-

ten und Situationen konfrontiert sehe. Jedoch müsse er sich dann entweder selbst die notwendigen Kenntnisse aneignen oder den Patienten an einen Spezialisten überweisen. Ein gutes Herz und guter Wille ersetze eben nicht die ärztliche Kunst. An in Suchtfragen kompetenten Ärzten gebe es in Berlin keinen Mangel.

Der Arzt wurde wegen Körperverletzung zu 6 Monaten Haft auf Bewährung verurteilt. Das geringe Strafmaß (bis zu fünf Jahren Haft wären möglich gewesen) kam zustande, weil die Richterin das Verhalten des Arztes als „minderschweren Fall“ einstufte. Der Arzt habe zwar unprofessionell gehandelt, aber keine bewusste Absicht gehabt, seine Patienten zu schädigen.

Dr. med. Constanze Jacobowski
Clearingstelle für Substitution
der Ärztekammer Berlin

Qualitätsmanagement in Praxen

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind durch das seit Januar 2004 geltende Gesundheitsmodernisierungsgesetz verpflichtet, innerhalb von fünf Jahren Qualitätsmanagement in ihren Praxen einzuführen. Die Vorgaben, wie dies konkret zu geschehen hat, werden noch vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet. Etwa im dritten Quartal ist hiermit zu rechnen. Seit Jahresbeginn liegen nun erste solide Konzepte der ärztlichen Körperschaften vor, von denen einige jedoch erst im Laufe dieses Jahres Marktreife erlangen werden. Im Juni bietet die Ärztekammer Berlin zu diesem Thema eine Informationsveranstaltung an.

Die Berater waren wieselflink. In der Hoffnung auf fette Beute bearbeiten Anbieter aus der Finanzdienstleister-, Pharma- und Beraterszene seit Monaten die niedergelassene Ärzteschaft und behaupten, das Qualitätsmanagement müsse jetzt und sofort eingeführt werden, die Zeit dränge.

Das ist nicht der Fall. Es besteht kein Grund zu überstürzten Entscheidungen und niedergelassene Ärzte tun gut daran, zunächst einmal die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuwarten. In der Zwischenzeit sollten bestehende Angebote seriöser Anbieter in Ruhe gesichtet werden. Die jetzt vorliegenden ersten Konzepte der ärzt-

lichen Körperschaften und etablierter Qualitätsmanagement-Systeme sind vom Umfang her unterschiedlich aufwändig und umfassen den gesamten Bereich Beratung, Zertifizierung und Schulung oder auch nur Teile davon. Hier schon einmal ein kleiner Überblick:

- **Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** hat ein umfassendes Konzept mit einem Zertifikat zur Beratung und Schulung vorgelegt, das sich zur Zeit aber noch in der Erprobungsphase befindet. Das Konzept wird Ende des Jahres an den Start gehen und ist derzeit noch nicht offiziell am Markt. Erste Informationen unter <http://www.kbv.de/presse/5475.htm>

- **KPQ**, ein System für Qualitätsmanagement in Praxen aus der Feder der Kassenärztlichen Vereinigung in Westfalen Lippe liegt bereits seit 2002 vor und beinhaltet Elemente der DIN EN ISO ebenso wie Forderungen des EFQM-Modells. Informationen unter www.aekwl.de, Suchschlagwort KPQ.
- **KTQ** wird im Laufe dieses Jahres ein Konzept zu Qualitätsmanagement in Praxen vorstellen, in das die Erfahrungen, die mit KTQ im stationären Bereich gesammelt wurden, einfließen.
- Gefördert von der **Bertelsmann-Stiftung** entstand ein Qualitätsmanagement-Modell für Hausärzte auf der Basis des in Holland bereits erprobten „Visitatie“. Das System wurde kürzlich in Berlin der Presse vorgestellt (siehe Beitrag von Rosemarie Stein auf S. 24).
- **EFQM- und DIN EN ISO-Elemente** finden sich als Basis in den unterschiedlichsten Angeboten z.B. der TÜV-Anbieter und vieler kleiner Anbieter wieder.

Ende des Jahres werden sich niedergelassene Ärzte unter den erprobten und evaluierten Angeboten ein für sie geeignetes auswählen können. Wofür man sich letztlich entscheidet, wird nicht nur

von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses, sondern auch davon abhängen, welchen Aufwand man betreiben möchte, welche Art von Benefit für die eigene Praxis besonders interessant ist und welche finanziellen Ressourcen zur Verfügung stehen.

Die neue Pflicht zum Qualitätsmanagement in der Praxis kann aber auch Anlass sein, wieder einmal medizinische Ergebnisse, die Zufriedenheit der Patienten und organisatorische Abläufe unter die Lupe zu nehmen, Schwachstellen aufzuspüren, die sich im Alltag eingeschlichen haben, Kernprozesse zu überprüfen und möglicherweise effizienter und effektiver zu gestalten. Es könnte auch der ausschlaggebende Anstoß werden, Kooperationen mit Kolleginnen und Kollegen aufzubauen oder Innovationen einzuführen, die man sowieso schon lange geplant hatte. Benefit für alle bringt das Qualitätsmanagement vor allen dann, wenn es zu einer Reduktion der Kosten bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität für die Patientinnen und Patienten führt. Diesem Anspruch gerecht zu werden ist ohne Zweifel schwierig, doch wenn er erreicht wird, lohnend.

Christa Markl-Vieto
Referatsleiterin Qualitätssicherung/
-management der Ärztekammer Berlin

Die gesetzlichen Vorgaben

§ 135 a SGB V: Verpflichtung zur Qualitätssicherung

§ 135 a verpflichtet jeden Leistungserbringer, individuell zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihm erbrachten Leistungen. Auch hier fordert der Gesetzgeber erneut, dass die Leistungen dem jeweiligen Stand der

Die Ärztekammer Berlin informiert:

Einführung von Qualitätsmanagement in Praxen

Referent: Dr. Thomeczek, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Als weitere Ansprechpartner stehen Ihnen zur Verfügung:

Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin
Dr. Franziska Diel, Kassenärztliche Bundesvereinigung
Christa Markl-Vieto, Ärztekammer Berlin, Referat Qualitätsmanagement

Termin: 2. Juni 2004 von 19 bis 21 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, Hörsaal

wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden müssen. Darüber hinaus werden Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere das Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern.

Auch sind neben den zugelassenen Krankenhäusern, stationären Vorsorgeeinrichtungen und stationären Rehabilitationseinrichtungen zukünftig auch die Vertragsärzte verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

§ 136 SGB V: Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Gemäß dieses, im GMG 2004 überarbeiteten Paragraphen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen. Ferner sind die Kassenärztlichen Vereinigungen gehalten, die Qualität der

in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen. Auswahl, Umfang und Verfahren sind im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen festzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 hat hierzu in Richtlinien Kriterien zu erarbeiten.

§ 136 a SGB V: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

§ 136 a bestimmt, dass verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135 a und Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen (insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen) sowie die grundsätzlichen Anforderungen an einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durch Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 vorgegeben werden.

Weitere Informationen finden Sie auf der zum Thema „QM in Praxen“ umfassend informativen Homepage des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin, einer gemeinsamen Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Aachener Str. 233-237, 50931 Köln, www.Q-M-A.de.

Wie Hausärzte ihre Praxis verbessern können

Ärzte sind zum Qualitätsmanagement nicht nur gesetzlich verpflichtet, zertifizierte Qualität ist künftig auch ein Marktvorteil. Ein sehr interessantes Projekt hierzu – allerdings beschränkt auf Hausarztpraxen – stammt von der Elite der Allgemeinärzte und wird organisatorisch und finanziell gefördert von der Bertelsmann-Stiftung.

Wer prüft denn, ob ich gut arbeite? Das Vor-sich-hin-Wurschteln muss ein Ende haben!“ So zitierten wir (im Schwerpunkttheft 6/2003 „Wo lassen Sie denken?“) einen Berliner Arzt, den die Frage umtrieb, wie man die Qualität des eigenen Handelns in seiner Praxis beurteilen und verbessern kann. „Dem Manne kann geholfen werden“, möchten wir gern sagen – aber er ist Urologe, und was wir hier vorstellen, ist – zunächst – den Hausärzten vorbehalten. Sie können einen unabhängigen und kompetenten Kollegen bitten, ihre Praxis systematisch nach Schwachstellen abzuklopfen und Ihnen Ratschläge für ein wirksames Qualitätsmanagement zu geben.

Visitation durch einen erfahrenen Kollegen

Wie das geht, hat Joachim Szecsenyi, Professor für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung in Heidelberg, zum ersten Mal öffentlich geschildert, im neuen Berliner Haus der Bertelsmann-Stiftung, der rekonstruierten „Kommandantur“ Unter den Linden: Man meldet sich nach ausführlicher Information zum „Europäischen Praxis-Assessment (EPA)“ an, genauer: zum „indikatorengestützten Assessment-, Qualitätsmanagement- und Zertifizierungsverfahren für Hausarztpraxen“. Hat man den Auftrag erteilt, werden erst einmal alle Praxismitarbeiter sowie 75 Patienten schriftlich befragt. Am vereinbarten Tag kommt ein Hausarzt-Kollege als „EPA-Visitor“ gegen neun mit Checkliste zur Begehung der Praxis und Beurteilung Ihrer Infrastruktur. Um elf sollte an diesem Tag die Vormittags-Sprechstunde enden; da

wird der verantwortliche Arzt interviewt. Von eins bis drei dauert die Besprechung mit dem gesamten Team, danach kann der Praxisbetrieb wieder normal laufen. Binnen drei Monaten nach der Begehung soll der Arzt seine Praxisprobleme in einem Qualitätszirkel oder Workshop diskutieren. Er erhält

Informationen für Arztpraxen zur Teilnahme an EPA:

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Petra Wippenbeck
Weender Landstraße 11
37073 Göttingen
Tel. 0551/78952-14
Fax: 0551/78952-10
E-Mail: p.wippenbeck@aqua-institut.de
Internet: www.aqua-institut.de

einen Bericht zugeschickt, der besonders auf die Schwachstellen dieser Praxis eingeht, mit dem Rat, zuerst dort anzusetzen, „wo mit geringem Aufwand ein hoher Nutzen oder eine Verminderung von Risiken zu erwarten ist“. Etwa vier Monate nach der Praxisbegehung wird der Arzt erneut befragt, und nach Selbstauskunft über die Veränderungen erhält er das Zertifikat – ohne erneute Prüfung, denn man setzt nicht auf Kontrolle, sondern auf den edukativen Effekt.

Ergebnisqualität wird noch ausgespart

Vorerst beschränkt man sich auf Mängel der Struktur- und Prozessqualität (Ausstattung, Mitarbeiterqualifikation, Organisation). Die Ergebnisqualität wird

– noch – ausgespart. Das erscheint vertretbar, denn auch Behandlungsfehler (wie eine falsche Medikation) beruhen zu über 80 Prozent auf Organisationsmängeln, ergab eine internationale Studie über medizinische Fehler in der Hausarztpraxis. Später will man aber auch medizinische Qualitäts-Indikatoren sowie Risiko- und Fehlermanagement einbeziehen.

Die Initiatoren schildern ihre Methode als praxisgerecht, zeitsparend und (mit Kosten unter 2000 Euro) relativ preiswert. „Ich habe mich schon anonym an Seminaren für 10.000 Euro beteiligt, die gar nichts brachten“, sagte in der Diskussion Christa Markl-Vieto, Referatsleiterin Qualitätssicherung der Ärztekammer Berlin. Überdies sollen die Hausärzte weitere Qualifizierungshilfen bekommen, wie Materialien, Websites, Workshops und eine Benchmarking-Datenbank für den Vergleich mit anderen Praxen. Zwei Machbarkeitsstudien – eine mit sechs, die zweite mit 51 Praxen – zeigten: Das Verfahren wird sehr gut akzeptiert, ist leicht anzuwenden und stößt tatsächlich Qualitätsverbesserungen an. „Ende April sollen die ersten Praxen ihr Zertifikat bekommen“, sagte Szecsenyi.

Vorbild Niederlande

Um das Verfahren zu erarbeiten, mussten die deutschen Allgemeinärzte das Rad nicht neu erfinden. Sie stützen sich vielmehr auf ausländische Erfahrungen, vor allem auf die holländische Methode „Visit-in-Practice“, woran dort schon die Hälfte der Hausärzte teilnehmen. Das hat zu belegbaren Verbesserungen der Versorgung geführt. Der sehr aktive niederländische Hausärzterverband fiel nicht nur den deutschen Kollegen positiv auf. Für seine Beiträge zur primärärztlichen Versorgungsqualität erhielt er vor vier Jahren den „Carl-Bertelsmann-Preis“ für innovative und exemplarische Ansätze zur Lösung zentraler gesellschaftspolitischer Aufgaben. Seither fördert die Bertelsmann-Stiftung – bislang mit einer halben Million Euro – praxisnahe Qualitätsprogramme für die Allgemeinmedizin.

„Mit Zertifikaten haben wir schon Erfahrung – durch unsere Schlaganfall-Stiftung“, sagte Brigitte Mohn von der Bertelsmann-Stiftung. Noch im Jahr der Preisverleihung hob die Stiftung „EPA“ (European Practice Assessment) aus der Taufe, gemeinsam mit Richard Grol (vom Centre for Quality of Care Research, Universität Nijmegen). An dem Projekt beteiligen sich vorerst sechs Länder: Belgien, Deutschland, Frankreich, die Niederlande, England/Wales und die Schweiz. Dazu mussten erst einmal die nötigen Strukturen geschaffen werden. Das Europäische Praxis-Assessment EPA ist ein gemeinsames Projekt der „European Task Force on Practice Assessment

(TOPAS EUROPE)“ und der Bertelsmann-Stiftung. Verantwortlich für den deutschen Projektteil ist das Göttinger „Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA)“, dessen Geschäftsführer Szecsenyi ist. TOPAS entwickelte und evaluierte in nur zwei Jahren ein umfangreiches Methoden-Instrumentarium, abgestimmt speziell auf die Hausarztpraxis.

Außerdem gründeten TOPAS Germany und die Bertelsmann-Stiftung den gemeinnützigen Verein „Praxistest“, der unabhängig von Partikularinteressen und nicht gewinnorientiert ist, sondern Qualität und Transparenz der Gesund-

heitsversorgung fördern will. (1. Vorsitzender: Dr. Thomas Ruprecht, Hamburg, 2. Vorsitzende: Dr. Brigitte Mohn, Gütersloh.) Er erarbeitet unter anderem Prüf- und Zertifizierungskriterien, akkreditiert geeignete Verfahren und Anbieter und vergibt Qualitätszertifikate. In einer Selbstdarstellung des Vereins heißt es, das Praxistest-Zertifikat bestätige, dass die Praxis sich anhand klarer Indikatoren überprüfen lässt und dass sie sich „in einem Prozess kontinuierlicher Qualitätsförderung nach dem Modell des Qualitätskreislaufs befindet“.

Rosemarie Stein

Suchtprobleme auf Russisch

Den enormen Anstieg Hilfe suchender russischer Suchtpatienten in ihrer Einrichtung nahm eine Gruppe von Ärzten unter Leitung von Priv.-Doz. Dr. Werner Platz von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Vivantes Humboldt-Klinikums zum Anlass, eine Veranstaltung speziell den Problemen russischer Migranten zu widmen.

Nach Beobachtungen der Suchtambulanz am Vivantes Humboldt-Klinikum sind rund 60 Prozent der Patienten dieser Einrichtung inzwischen russischsprachig. Und das sei erst die Spitze des Eisbergs, so Platz. Denn längst nicht alle potenziell Betroffenen suchen auch wirklich Hilfe. Ein knappes Drittel der geschätzten 300.000 Russen in Berlin habe Alkoholprobleme, schätzt der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Auffallend sei der hohe Gewöhnungsgrad: „Mit 2,4 Promille laufen sie noch schnurgerade.“ Dr. Josef Eljaschewitsch vom Jüdischen Krankenhaus berichtet von einem Trinkverhalten, bei dem mehrere Wochen lang große

Mengen konsumiert werden und erst dann eine Pause eingelegt wird, wenn der Körper streikt. Aber was unterscheidet russische Alkoholpatienten von Suchtkranken anderer Nationalitäten? Medizinisch bestehe kein Unterschied, so Eljaschewitsch. Es sei jedoch sehr viel schwieriger, einen Russen davon zu überzeugen, dass seine Sucht eine Krankheit ist, als einen Landsmann anderer Herkunft. Bei Russen, Polen und Finnen sei auffällig, „dass Alkoholkonsum im täglichen Leben als normal und sogar wünschenswert betrachtet wird. Es gilt auch als männlich, viel zu trinken“, sagt Eljaschewitsch. Ärzte müssen also nicht nur Sprachschwierigkeiten

überwinden, sondern – wie bei den meisten Alkoholpatienten – auch den Widerstand gegen die Krankheitseinsicht. Nach Eljaschewitschs Angaben scheint er bei den Ostsee-Anrainern besonders ausgeprägt.

Doch Ärzte müssen mit einer weiteren russischen Spezialität rechnen: Selbst wenn die Patienten einsehen, dass sie behandelt werden müssen, lehnen viele von ihnen eine psychotherapeutisch gestützte Entwöhnungstherapie ab, so Eljaschewitsch: „Ihnen erscheint das als Geschwafel. Viele Patienten bevorzugen drastische Maßnahmen und fragen uns zum Beispiel, ob es Medikamente zur Blutreinigung gebe“. Oft forderten seine russischen Patienten Entwöhnungsmethoden ein, die sie aus ihrer Heimat kennen, so Eljaschewitsch.

Zwei Methoden, die in Russland zur Alkoholentwöhnung eingesetzt werden, schilderte die russische Ärztin Rimma Rubinstein im Rahmen der Ver-

anstaltung. Drastisch muten sie in der Tat an. So erhielten betrunkenen Patienten bei der stationären Aufnahme Sulfasin-Spritzen zur Entgiftung und Stoffwechsellumstellung. „Dabei steigt die Körpertemperatur auf rund 41 Grad Celsius an“, so Rubinstein. Anschließend würden den Patienten Neuroleptika, Tranquilizer und Sedativa verabreicht. „Viele der Patienten entwickeln unter der Therapie ein Delirium tremens mit teilweise tödlichen Folgen“, so die Ärztin weiter. Die Behandlung werde fortgesetzt mit einer Apomorphin-Spritze, die innerhalb von fünf Minuten Erbrechen hervorrufe. Bei Einsetzen der Übelkeit sollten die Patienten ihr liebstes alkoholisches Getränk zu sich nehmen. „Der Zustand der Patienten verschlechtert sich danach zusehends“, berichtet die russische Ärztin. Sie habe selbst auch schon erlebt, dass ein Arzt einen Patienten in dieser Phase mit Alkohol bespritzt habe, um suggestiv

das Übelkeits- und Krankheitsgefühl noch zu verstärken.

Langfristig erfolgreich sind solche Methoden indes kaum, berichtete Rubinstein. „Die meisten Patienten tranken weiter!“ Auch eine andere Methode führte letztlich nicht zum Ziel. Dabei wird Disulfiram in einen Muskel implantiert. Das Präparat blockiert nach Angaben von Eljaschewitsch den Alkoholabbau, eine Methode, die in Russland verstärkt im Kommen sei.

Ergo: Zwischen Alkoholpatienten russischer und denen anderer Herkunft besteht kein medizinischer, wohl aber ein kultureller Unterschied, sowohl bezüglich des Trinkverhaltens als auch der Therapieerwartungen. Zusätzlich zu den allgemeinen Widerständen gegen eine Therapie müssen im Umgang mit russischen Patienten diese kulturellen Besonderheiten zumindest im Hinterkopf behalten werden. Zudem besteht

vielfach eine erhebliche Sprachbarriere. Erfahren im Umgang mit russischsprachigen Alkoholpatienten sind u. a. folgende beiden Einrichtungen in Berlin:

*Vivantes Humboldt-Klinikum
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
– Institutsambulanz
Priv.-Doz. Dr. med. Werner Platz
Oranienburger Straße 285
13437 Berlin
Tel.: 030/41 94-56 08*

*Jüdisches Krankenhaus Berlin
Abteilung für Suchtkranke –
Abhängigenambulanz
Dr. Josef Eljaschewitsch
Heinz-Galinski-Strasse 1
13347 Berlin
Tel.: 030/49 94-24 62*

Angela Mißbeck
Medizinjournalistin

Skripte der Fachspezifischen Fortbildung „Intensivmedizin“ im Internet

Von der Fachspezifischen Fortbildung „Innere Medizin – Internistische Intensivmedizin“, die das Referat Fortbildung der Ärztekammer Berlin/Ernst von Bergmann-Akademie im Wintersemester 2003/2004 veranstaltete, liegen jetzt Skripte vor. Die Ärztekammer Berlin hat sie ins Internet gestellt. Unter www.aerztekammer-Berlin, Kapitel „Fortbildung“, „Fachbeiträge“ sind Skripte zu folgenden Vorträgen zu finden:

Akutes Nierenversagen: Pathophysiologie und Prophylaxe

Vorlesung vom 23. 10.2003,
Prof. Dr. med. Ralf Schindler und
Dr. med. Stanislaw Morgera

Management eines Patienten im akuten Nierenversagen

Vorlesung vom 23. 10.2003,
Dr. med. Stanislaw Morgera

Leberversagen Hepatorenales Syndrom

Vorlesung vom 30. 10.2003,
PD Dr. med. Thomas Berg

Transfusionsmedizin

Vorlesung vom 6.11.2003,
Prof. Dr. med. Marcell Heim,
Magdeburg

Akute Pankreatitis

Vorlesung vom 13. 11.2003,
Prof. Dr. med. Helmut Friess, Heidelberg

Lysetherapie bei akutem ST-Hebungs-Myokardinfarkt

Vorlesung am 20. 11.2003 ,
Lutz Nibbe,
Charité Campus Buch

Sterben und Tod – Sterbehilfe oder Lebenshilfe für Sterbende

Vorlesung am 4.12.2003,
Prof. Dr. med. Josef Römelt, Erfurt

Sepsis – Epidemiologie, Definition und Diagnose

Vorlesung am 8.1.2004,
Dr. med. Frank Brunckhorst, Jena

Heilschlaf – Analgosedierung: Konzepte und Probleme

Vorlesung vom 15.1.2004,
Dr. med. Joachim Hommel, Gotha

Fliegende Elefanten und weiße Mäuse –Delir

Vorlesung vom 15.1.2004,
Dr. med. Rainer Bachus

Notfallsituation Kopfschmerz

Vorlesung vom 5.2.2004,
Prof. Dr. med. Peter Marx

„Vom Schlag getroffen“

Vorlesung vom 5.2.2004,
Dr. med. Hans-Christian Koennecke

Fulminante Colitis

Vorlesung von Prof. med. Dr. Axel Dignass,
Charité Campus Virchow

Zum Tode von Dietrich Pellnitz



Foto: privat

Nach einem erfüllten Leben starb am 13. März 2004 Prof. Dr. med. Dietrich Pellnitz im Alter von 90 Jahren. Pellnitz, 1913 in Bernburg an der Saale geboren,

aufgewachsen in Berlin, studierte in Würzburg, Königsberg, München und Berlin Medizin und promovierte 1940. Nach einer Verwundung als Arzt eines Infanterie-Regimentes wurde er 1943 an die militärärztliche Akademie in Berlin versetzt, wo er Chef des jüngsten Jahrganges der Fahnenjunker und zugleich „Truppenarzt“ der Akademie wurde.

1946 begann Pellnitz seine HNO-ärztliche Ausbildung an der Universität

Würzburg. 1949 wurde er Oberarzt an der HNO-Klinik der neu gegründeten Freien Universität Berlin. Nach seiner Habilitation im Jahre 1953 war Pellnitz von 1958 bis 1977 Chefarzt der HNO-Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin und danach viele Jahre als Konsiliarius der Schloßpark-Klinik und des Martin-Luther-Krankenhauses tätig.

Sein wissenschaftliches Interesse galt vor allem praktisch-klinischen Fragen, denen er zahlreiche Publikationen und Vorträge widmete. Jahrzehntlang war er als akademischer Lehrer tätig und hat Generationen von Hals-Nasen-Ohrenärzten in Berlin ausgebildet. Über 20 Jahre war er Vorsitzender der „Oto-laryngologischen Gesellschaft zu Berlin“, deren Geschicke er ab 1962 – mit kurzer Unterbrechung – bis 1988 leitete. Zudem saß er mehrfach im Vorstand der Deutschen Gesellschaft

für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie.

Nach der Wiedervereinigung hat sich Dietrich Pellnitz intensiv für das Zusammenwachsen der beiden Berliner HNO-Gesellschaften eingesetzt. Die Verdienste von Professor Pellnitz als wissenschaftlicher Lehrer und Mensch sowie als Mitglied und Vorsitzender vieler wissenschaftlicher Gesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Verbände wurden 1984 anlässlich der Verleihung des Verdienstkreuzes 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland durch den Berliner Senat gewürdigt.

Am 8. November 2003 wurde zu Ehren von Dietrich Pellnitz anlässlich seines 90. Geburtstags ein wissenschaftliches Symposium veranstaltet, an dem er noch voller Freude aktiv teilnehmen konnte und auf dem seine besonderen Verdienste durch Kollegen, Freunde und Schüler gewürdigt wurden.

Prof. Dr. med. Detlev Adler

Heinz Fischer zum 91sten Geburtstag



Foto: privat

Ein herzlicher Glückwunsch geht auf diesem Wege an Professor Dr. med. Heinz Fischer. Der frühere Leiter der histopathologischen Abteilung der

Universitätsfrauenklinik der Charité feiert am 21. Mai 2004 seinen 91. Geburtstag.

Bereits 1946 trat Fischer zur Aufnahme seiner Facharztweiterbildung in die Universitätsfrauenklinik der Charité ein, der er bis zu seiner Emeritierung im

Jahre 1982 die Treue hielt. 1953 wurde Fischer unter Professor Kraatz Oberarzt der Frauenklinik. Es folgte 1960 die Habilitation über die Schädigung der terminalen Strombahnen in Plazenta und Foet durch exogene Gifte. 1965 wurde Heinz Fischer Professor mit Lehrauftrag für Gynäkologie und Geburtshilfe. 1955 übernahm er die Leitung der Histopathologie, die er bis zu seiner Emeritierung 1982 innehatte.

Bei seinen Studenten und Schülern war Heinz Fischer außerordentlich beliebt. Seine intensive Vorbereitung auf die Vorlesungen und die Regel, in jeder Lehrveranstaltung eine Patientenvorstellung durchzuführen, galten als beispielhaft. Geprägt war sein Umgang

mit Kollegen und Studenten durch sein freundliches Wesen, seine Gründlichkeit und sein immenses Fachwissen. Sprichwörtlich zum „Wanderer zwischen den Welten“ wurde Fischer durch den Mauerbau. Der in Charlottenburg wohnhafte Fischer behielt seinen Arbeitsplatz in der Tucholskystraße in Mitte bei und pendelte bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1982 täglich von West- nach Ostberlin und zurück. In den 70er Jahren war Fischer der letzte an der Charité tätige westberliner Arzt.

Seinen 91sten Geburtstag feierte der noch immer aktive Jubilar im vergangenen Jahr gemeinsam mit zahlreichen Schülern. Die registrierten mit Freude die vielen Fachbücher, die in Fischers Arbeitszimmer lagen und von seinem noch immer wachen und regen wissenschaftlichen Interesse zeugten.

Prof. Dr. med. Geerd Dellas

Samariter – Arzt und Patient

im Berliner Medizinhistorischen Museum

„... zogen ihn aus und schlugen ihn und gingen davon und ließen ihn halbtot liegen...“ Man kennt es, das Gleichnis vom barmherzigen Mann aus dem geächteten, weil sektiererischen Samaria (Lukas 10, 25-37), der nicht an dem Überfallenen vorbei ging wie zuvor die rechtgläubigen Geistlichen. Vielmehr ging er „zu ihm, verband ihm seine Wunden und goss darein Öl und Wein und hob ihn auf sein Tier und führte ihn in die Herberge und pflegte sein...“

Graphische Darstellungen dieses paradigmatischen Aktes der Zuwendung zu Kranken und Hilfsbedürftigen hängen unter dem Titel „Samariter – Arzt und Patient“ jetzt im Berliner Medizinhistorischen Museum, alle aus dem 20. Jahrhundert; zum Beispiel die hier abgebildete Lithographie von Max Liebermann. Daneben eine Radierung, auf der die Szene erweitert ist: Eine knieende Frau versucht, dem Zusammengeslagenen Wasser einzuflößen, und dahinter wartet das Tier, ein Esel. Ein drittes Liebermann-Blatt zeigt ein Schlachtfeld mit einer Gruppe Kriegsverletzter. Einer wird gerade von Sanitätern geborgen.

Außer der Samariter-Geschichte, die auch Gegenstand eines Gemäldes wurde, hat Liebermann nur selten biblische Szenen gestaltet: Das Frühwerk „Der zwölfjährige Jesus im Tempel“, das in einer Münchner Ausstellung wegen seines Naturalismus bayerische Katholiken empörte und antisemitische Angriffe gegen den Künstler auslöste, und das Gemälde „Simson und Delila“.

Bei der Vernissage der Ausstellung erhellte ihr Initiator Albrecht Scholz, Direktor des Dresdener Universitäts-Instituts für Geschichte der Medizin, den Hintergrund:

Liebermann hatte sich 1910 von James Israel, Chirurgie-Chefarzt am Jüdischen Krankenhaus und Begründer der Urologischen Chirurgie, operieren lassen. Als man den Genesenden zum erstenmal in die Badewanne hob, so erzählte er später, habe er „wie eine Vision die Geschichte vom barmherzigen Samariter erblickt“.

Die Ausstellung zeigt sehr verschiedene Blätter zu diesem Thema, von Ernst Barlach etwa oder von Claus Weidendorfer, der in den frühen achtziger Jahren eine ganze Serie von Unfall-Bildern schuf.

Hyperrealistisch ist ein Farblitho von Uwe Pfeifer aus dem Jahre 1991, das einen Rettungseinsatz zeigt. Der professionelle Samariter in Berufskleidung hat den Verunglückten offenbar gerade in die stabile Seitenlage gedreht.

Die Ausstellung erweitert also ihren Gegenstand um Darstellungen zum

Thema Krankheit, Arzt und Patient, etwa von Käthe Kollwitz, Grieshaber, Hegenbarth sowie dem Arzt und Künstler „Dottore“ (eigentlich Wolfgang Lehmann). Den Übergang vom paternalistischen zum partnerschaftlichen Verhältnis halten zwei Radierungen von Werner Schinko fest. Beide zeigen, wie der Arzt einen nackten Patienten untersucht, aber auf der zweiten ist auch der Arzt symbolisch entkleidet: Arzt und Patient begegnen einander auf gleicher Ebene.

Das leitet über zu einer dritten Gruppe von Werken, in denen sich die Erfahrungen von Künstlern mit ihrer eigenen Krankheit und ihren Ärzten niederschlagen. Eindrucksvoll thematisiert zum Beispiel der Hamburger Zeichner Horst Janssen sein Augenleiden und die Hilfe des Arztes. Das „Schlüsselwerk, das Professor Scholz den Anstoß zum Sammeln von „Samariter“-Graphik gab, ist die Radierung „Am Bett eines Kranken“ des Russen Anatoli Kaplan –überzeugend in ihrer sparsamen Linealität.

Die Wanderausstellung umfasste, wie sie an vier anderen Orten zu sehen war, nur 39 Blätter, vor allem aus der Sammlung des Dresdner medizinhistorischen Instituts. In Berlin erweiterte man sie um 19 Werke aus der Charité und aus Privatsammlungen. Darunter ist auch ein Blatt der Berliner „Medizin-Malerin“ Maina-Miriam Munsky, die endlich wiederentdeckt werden sollte.

Eine Reihe von sieben Vorträgen kann man immer mittwochs um 18 Uhr in der Ausstellung hören. Den nächsten hält am 12. Mai Prof. Rolf Winau zum Thema „Von der paternalistischen zur kooperativen Medizin“. Den darauffolgenden (am 19.5. fällt die Veranstaltung wegen Himmelfahrt aus), am 26. Mai, Prof. Kurt Possinger zur „Kommunikation zwischen onkologisch erkrankten Patienten.“

Rosemarie Stein

„Samariter – Arzt und Patient“. Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité, bis 13. Juni, Di-So 10-17, Mi 10-19 Uhr. Katalog 8,50 Euro mit Vortagsreihe Telefon: 030/450 536 156 oder www.bmm.charite.de



Max Liebermann, *Der barmherzige Samariter*, 1922