

## Motivation Berliner Art



Foto: Archiv

### Dr. med. Werner Wyrwich

*... ist Oberarzt der Unfallchirurgie am Campus Benjamin Franklin und im Vorstand der Ärztekammer Berlin*

**G**laubt man einer Umfrage des renommierten Gallup-Instituts, steht es schlecht um die deutsche Arbeitsmoral: Nur 12 % der Befragten gaben an, engagiert ans Werk zu gehen, 70 % machten Dienst nach Vorschrift und 18 % hatten bereits innerlich gekündigt. Dieses düstere Bild kann glücklicherweise nicht für die Krankenhäuser in Berlin gelten. Schließlich hört und liest man hier allorts, dass man stolz darauf sei, nur über qualifiziertes und hoch motiviertes Personal zu verfügen.

Wenn dem so ist, können wir uns beruhigt zurücklehnen: Wie die aktuelle Studie des „Great Place to Work“-Instituts belegt, erzielen nämlich jene Unternehmen beste Erfolge, deren Mitarbeiter nicht „Dienst nach Vorschrift“ machen, sondern motiviert und engagiert am Betriebsergebnis mitarbeiten und unternehmerisch mitdenken.

Danone, Kraft, Microsoft und das Vorarlberger Kinderdorf sind Beispiele für solche Unternehmen. Erfolgsfaktoren sind: Die Glaubwürdigkeit des Managements in den Augen der Betroffenen, wie fair und respektvoll es mit der Belegschaft umgeht und wie sehr sich der Einzelne mit dem Unternehmen identifiziert. Die individuelle Vergütung ist in diesen Firmen als Faktor der Mitarbeitermotivation von nachrangiger Bedeutung.

Berliner Kliniken (oder Klinikketten) finden sich übrigens unter Europas Top

100-Unternehmen nicht, auch nicht unter den Deutschen Top 50, obwohl nach offizieller Lesart hinsichtlich der eben genannten Erfolgsfaktoren in Berlin keine Defizite bekannt sind.

Mitarbeitermotivation hat bei uns allerdings auch eine andere Qualität: Flexibilität, Solidarität und Mitarbeiterbeteiligung sind die Zauberworte. So ermöglicht zum Beispiel die Kündigung der Arbeitszeitbestimmungen durch die Tarifgemeinschaft deutscher Länder zum 30. April 2004 mehr Flexibilität: Sowohl eine Absenkung der Wochenarbeitszeit um 10 % mit Lohnreduktion, als auch eine Anhebung von 38,5 auf 40 Stunden pro Woche (oder mehr) ohne Lohnausgleich ist möglich. Im ersten Fall gewinnen Mitarbeiter an Freizeit, letztgenanntes fördert die zeitliche Bindung des Mitarbeiters an das Unternehmen und solidarisiert Angestellte und Beamte in puncto Dauer der Arbeitszeit.

Weil Mitarbeiter und Klinken in der Not solidarisch zusammenstehen müssen, sind Notlagentarifverträge chic. Hier wird neben der Teamfähigkeit von Arbeitnehmern auch ihre Bereitschaft geprüft, sich am Erhalt von Arbeitsplätzen direkt zu beteiligen. Der staatliche Hinweis, dass eine Klinikgruppe untergehen werde, wenn es keine Landeskredite mehr gibt, diese aber nur gewährt werden, wenn Beschäftigte auf Urlaubs-

und Weihnachtsgeld verzichten, schafft Vertrauen und vermittelt das gute Gefühl, endlich selbst etwas für sein Land getan zu haben. Inwieweit ein insolventes Land überhaupt als Kreditgeber auftreten sollte, steht auf einem anderen Blatt.

Ach ja: Bleiben noch die Zuzahlungen zur Zusatzversorgung. Wenn es die nicht mehr gibt, braucht auch der Arbeitnehmer keinen Beitrag mehr dazu zu leisten, es bleibt ihm monatlich also „rein netto“ mehr übrig. Dieses Geld sollte in Sprachkurse investiert werden. Denn die Einschätzung, dass an Krankenhäusern und Universitätskliniken auch künftig motivierte ärztliche Mitarbeiter reihenweise Schlange stehen werden, um arbeiten zu dürfen, mag sogar richtig sein: Allerdings wohl eher deutsche Ärzte in Norwegen und Schweden und Ärzte aus Osteuropa in Berlin und Brandenburg. Natürlich wird es auch einige (aber wenige) Verlierer geben: Den Facharzt der Anästhesie zum Beispiel, dessen vier Kinder sein Migrationsverhalten negativ beeinflussen und der für seine Bindung an Berlin mit mindestens 10 % seines Gehalts bezahlt. Das ist echte Mitarbeiterbeteiligung!

Ihr



TITELTHEMA.....

**Schweigen ist Gold**

Ein Arzt hat über Sachverhalte, die ihm in seiner Berufsfunktion anvertraut werden, zu schweigen wie ein Grab. Aber natürlich gibt es Ausnahmen. Und wo es Ausnahmen gibt, bestehen Unsicherheiten. Hier beantworten wir die wichtigsten Fragen rund um die Schweigepflicht.....14

**Umgang mit Patientenunterlagen**

Darf ein Patient eigentlich Einblick in alle Unterlagen nehmen oder bestehen da Ausnahmen?  
Und wie lange muss man Patientenakten bitte aufheben?  
Auch auf diesem Gebiet gibt es immer wieder Nachfragen.....18

MEINUNG.....

**Motivation Berliner Art**

Von Werner Wyrwich.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell* .....6

**Mitteilungen aus dem Robert-Koch-Institut** .....9

**Leserbriefe** .....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

**Behandlungsfehlerstatistik 2003**

Der seit Jahren bestehende Trend setzt sich fort: die Zahl der eingereichten Fälle eines Verdachtes auf Behandlungs-

fehler steigt. Doch nur 30 % der Verdachtsfälle entpuppen sich am Ende als echte Fehler.....20

**Buchbesprechungen**

Lown:  
Die verlorene Kunst des Heilens.....25

Klauber, Robra, Schellschmidt:  
Krankenhaus-Report 2002.....26

Rosenbrock: Gesundheitspolitik –  
Eine systematische Einführung.....26

**Vorbemerkungen zu den Therapieempfehlungen zur arteriellen Hypertonie**

Von Walter Thimme.....27

**Arterielle Hypertonie**

Kurzfassung der Therapieempfehlungen

der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft.....28

PERSONALIEN.....

**Bestandene Facharztprüfungen**.....21

FEUILLETON.....

**Warme Luftblasen**

Frisch an die Charité berufen ist der Medizinhistoriker Prof. Dr. Volker Hess. In seiner Antrittsvorlesung beschäftigte er sich mit dem immer schon spannungsreichen Wechselverhältnis von Wissenschaft und Öffentlichkeit.  
Von Rosemarie Stein ..... 32

**Impressum** .....38

## Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

**Zentralklinikum Emil von Behring** Prof. Dr. med. Jörg Scholz ist neuer Chef der Orthopädie. Die Abteilung wurde zuvor kommissarisch von Dr. med. Jan Matussek geleitet, nachdem sich das Klinikum vom früheren Orthopädie-Chef des Hauses getrennt hatte. Jörg Scholz war vor seinem Wechsel Ärztlicher Direktor im Vivantes Auguste Viktoria Klinikum.

**HELIOS-Klinikum Buch** PD Dr. Stefan Dressel ist neuer Chefarzt der Nuklearmedizinischen Klinik des Hauses. Zuvor war er Leitender Oberarzt mit dem Schwerpunkt onkologische Diagnostik am Klinikum der Münchener Ludwig-Maximilians-Universität. Die bisherige Leiterin der Nuklearmedizin, Dr. sc. med. Marie-Luise Weiß, ist in den Ruhestand gegangen.

**Park-Klinik Weißensee** PD Dr. Thomas Mühlberger ist neuer Chefarzt der Abteilung Plastische Chirurgie. Er kommt von der Medizinischen Hochschule Hannover, wo er zuletzt als Leitender Oberarzt der plastischen Hand- und Wiederherstellungschirurgie tätig war. Sein Schwerpunkt ist die periphere Nerven Chirurgie. Mühlbergers Vorgänger, PD Dr. med. Jürgen Hußmann, wechselte an die Zentralklinik Emil von Behring. Er leitet dort die neu eingerichtete Abteilung für Plastische Chirurgie/Handchirurgie (wir berichteten).

**Unfallkrankenhaus Berlin** Prof. Dr. med. Eduard Wolf ist seit Oktober 2003 nicht mehr Chefarzt des Instituts für Pathologie. Er wechselte zum Hanse-Klinikum Stralsund. Die kommissarische Leitung der Pathologie am Unfallkrankenhaus hat seit 1.1.2004 Prof. Dr. med. Hubert Martin, Chefpathologe des Paritätischen Krankenhauses Lichtenberg übernommen.

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

## Hertha Nathorff-Preis 2004

### Die besten MPH-Arbeiten Berlins

Strahlende Gesichter bei Dr. med. Julia Rohe (Foto gegenüber, S.7,li.), Abdel Moniem Mukhtar und Petra Brzank (re.). Die drei teilen sich den Hertha Nathorff-Preis 2004, der Ende April feierlich an der TU Berlin vergeben wurde. Seit 1995 geht der von der Ärztekammer Berlin gestiftete Preis jährlich an die besten Magisterarbeiten des postgradualen Studiengangs Public Health. Eine Jury wählt aus den Arbeiten eines Jahrgangs die besten aus. Der Preis ist mit insgesamt 2500 € dotiert und nach der jüdischen Ärztin Hertha Nathorff benannt. Die Namensgeberin praktizierte in den 30er Jahren in Berlin und emigrierte während der Nazi-Diktatur in die USA.

#### 1. Preis (1.200 €)

Dr. med. Julia Rohe  
Fehlerkultur im Krankenhaus

Die Ärztin untersuchte die Mitarbeiter-Akzeptanz eines Fehlermanagement-Systems, das 2001 von einem deutschen Klinikverbund modellhaft eingeführt wurde. Anhand qualitativer Interviews suchte sie nach den Gründen für dessen leider bis dato noch geringe Nutzung. Sie fand zwar ein hohes Interesse an Fehlermelde-

systemen bei den Beschäftigten, stieß jedoch auf kulturelle Barrieren. Aufgrund schlechter Erfahrung in der Vergangenheit war die Benutzung des Systems bei den meisten Mitarbeitern noch angstbesetzt.

*Zur Person: Die 1972 in Bern geborene Ärztin arbeitete nach dem Studium in verschiedenen Krankenhäusern und Arztpraxen. Seit Anfang des Jahres ist sie am Institut für Allgemeinmedizin an der Uni Kiel tätig.*

#### 2. Preis (650 €)

Abdel Moniem Mukhtar  
Schulische Gesundheitsförderung im Bezirk Berlin-Mitte

Abdel Moniem Mukhtar hat sich mit der bezirklichen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung (SBE/GBE) über Kinder und Jugendliche im sozial besonders benachteiligten Bezirk Berlin-Mitte beschäftigt. Mit Hilfe eines Fragebogens ermittelte er die Aktivitäten der Schulen und den darüber hinausgehenden subjektiven Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen.

*Zur Person: Der 1972 geborene und aus Khartoum/Sudan stammende Zahnarzt und Medienwissenschaftler arbeitete bereits während seines Studiums an verschiedenen epidemiologischen Forschungsprojekten. Auch während seiner anschließenden Tätigkeit als Zahnarzt im Sudan integrierte er sein Forschungsinteresse in die Praxis.*



Fotos: Galkowski

Projekt will die medizinische Behandlung von gewaltbetroffenen Frauen verbessern und dabei Ärzte als Erst-Ansprechpartner schulen. Petra Brzank konnte zeigen, dass 37 Prozent der befragten Frauen in ihrem Leben mindestens einer häuslichen Gewalthandlung nach dem 16. Lebensjahr ausgesetzt waren. Im Fall von erlittener Gewalt

wären für 67 Prozent der Frauen Ärzte Ansprechpersonen. Jedoch sind nur 8 Prozent der Befragten jemals von ihrem Arzt nach Gewalterfahrungen gefragt worden.

*Zur Person: Die Diplomsoziologin Jahrgang 1960 arbeitete vor dem Studium in verschiedenen Frauen- und Migrationsprojekten. Während des Studiums fand sie den Einstieg in die S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung.*

### 3. Preis (650 €)

Dipl. Soz. Petra Brzank

#### Häusliche Gewalt bei Patientinnen einer Ersten Hilfe-Versorgung

Petra Brzank wertete die Angaben von 806 Patientinnen einer Berliner Rettungsstelle zu ihren Gewalterfahrungen aus. Ihre Arbeit ist Teil der wissenschaftlichen Begleitforschung des Projektes S.I.G.N.A.L. Das



## Jubiläumskonzert

Anlässlich seines 40ten Geburtstags gibt das Ärzteorchester Aeskulap im Juni gleich drei Konzerte. Folgende Stücke stehen auf dem Programm:

„Aus der neuen Welt“ Sinfonie Nr. 9 e-moll op. 95	Antonin Dvorak
Don't cry for me Argentina	Andrew L. Webber
Yesterday	The Beatles
I'm Sailing	Rod Stewart
Carmen-Medley	George Bizet

#### Samstag, 5. Juni.2004, 19.30 Uhr

In der Kirche zum Heiligen Kreuz,  
Blücherplatz, Berlin-Kreuzberg

#### Samstag, 12. Juni 2004, 19.30 Uhr

In der Parochialkirche, Klosterstraße, Berlin-Mitte

#### Sonntag, 13. Juni 2004, 17 Uhr

Havemann-Center/Marzahn, Atrium,  
Havemannstr. 12 a,b

Kartenvorbestellungen zum Preis von 8 € und 5 €  
bei Frau Unger unter Fax 241 07 50.  
Abendkasse 1 Stunde vor Konzertbeginn.



Abb. Sebstern

## Krankentransporte

Dem Bundesministerium für Gesundheit ist bei der Novellierung des Fahrtkostenrechts ein Fehler unterlaufen. Seit Beginn des Jahres ist die Kostenübernahme durch die Krankenkassen für Fahrten z.B. mit dem Krankenwagen oder dem Taxi in die ambulante Behandlung nur noch nach vorheriger Genehmigung in Ausnahmefällen möglich. Seitdem müssen sich Patienten vor Fahrtantritt zum Haus- oder Facharzt eine Genehmigung besorgen.

Für gehunfähige Patienten, die am Wochenende, an Feiertagen oder in der Nacht ambulante Hilfe im Krankenhaus benötigen, ist die Schaffung einer Ausnahmeregelung vergessen worden. Erkrankt ein bettlägeriger Versicherter am Wochenende überraschend an einer Mittelohrentzündung, so muss er die Beförderung im Krankenwagen von seiner Kasse genehmigen lassen. Nur die hat zu

diesen Zeiten geschlossen. Eine nachträgliche Genehmigung sehen aber weder das Gesetz noch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss Ende Januar formulierten Krankentransport-Richtlinien vor.

„Auch Patienten, deren Beförderung in Zeiträumen außerhalb der Bürozeiten erforderlich wird, fallen grundsätzlich unter die Vorab-Genehmigungspflicht, betonte der Bundesausschuss. Die Patienten haben diesen Fehler auszubaden. So wurde einer 91jährigen Patientin die Kostenübernahme für eine Fahrt im Krankenwagen abgelehnt. Sie war von ihrem Arzt an einem Sonntag in ein Krankenhaus geschickt worden. Ablehnungsgrund der AOK: Genehmigung fehlte! Auch die Bundesknappschaft lehnte mit gleicher Begründung die Bezahlung eines Krankenwagens ab, der eine ihrer Versicherten ebenfalls an einem Sonntag aus dem Krankenhaus ins Pflegeheim beförderte. Aus der Ärzteschaft gab es bereits heftige Kritik. „Die Krankentransport-Richtlinie

passt exakt in die gegenwärtige Reformlandschaft: mehr Bürokratie, mehr Einschränkungen vor allem für schwer Kranke und weitere Streitfälle zwischen Patienten und Ärzten“ zeigt sich Dr. Diethard Sturm, der stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Hausärzterverbandes, enttäuscht. „Nichts ist fertig, es gibt keine Formulare, die neuen Anforderungen genügen“, bemängelt er. Der Berufsverband der Chirurgen (BDC) hat bereits die lange Genehmigungsprozedur kritisiert. „Die Erfahrungen in den chirurgischen Praxen zeigen, dass eine Genehmigung von Krankentransporten durch

die zuständige Krankenkasse in der Regel 6 bis 8 Wochen dauert“ erklärte BDC-Geschäftsführer Dr. Hanns-Hinnerk Felsing.

Übrigens sind auch Krankenkassen nicht begeistert von der neuen Regelung „Eine Genehmigungspflicht für Krankentransporte am Wochenende oder in der Nacht ist wirklichkeitsfremd“ erklärte DAK-Sprecher Frank Meiners. Die DAK verzichtet deshalb in solchen Fällen auf die vorherige Genehmigung. Auch der AOK-Bundesverband sieht „Nachbesserungsbedarf“ beim Gesetzgeber.

Frank Sommer

## Spendenaktion

### Bürger-Engagement für ehemalige Zwangsarbeiter und andere NS-Opfer

Die finanzielle Ausstattung der Bundesstiftung reicht nicht aus, um alle Opfergruppen der NS-Zwangsarbeit zu berücksichtigen. Da eine Erhöhung des Fonds leider nicht zu erwarten ist, ruft eine private Bürgerinitiative Ärztinnen und Ärzte auf, eine Spende zugunsten folgender, von der Bundesstiftung nicht berücksichtigten Opfergruppen zu entrichten:

NS-Zwangsarbeiter ohne Nachweisdokumente, NS-Zwangsarbeiter, die die Antragsfrist versäumt haben, Zwangsarbeiter, die in ihrem Heimatland für die deutsche Besatzungsmacht arbeiten mussten, sowjetische Kriegsgefangene und Juden, Sinti und Roma, die versteckt überlebt haben. Die Spenden werden Opfern in der ehemaligen Sowjetunion übermittelt, weil dort die Not am größten ist. Viele Bürger und Bürgerinnen, darunter auch Politiker, beteiligen sich bereits mit einem Tagessatz ihres Einkommens. Der Vorstand der Bundesstiftung begrüßt und berät die Initiative.

Spendenkonto: KONTAKTE-KOHTAKBI  
Konto: 306 55 99 006  
Berliner Volksbank  
BLZ 100 900 00

Bei Angabe der Adresse wird eine schriftliche Spendenquittung zugeschickt. Mehr Informationen:  
[www.Buerger-Engagement-fuer-NS-Zwangsarbeiter.de](http://www.Buerger-Engagement-fuer-NS-Zwangsarbeiter.de)

Verantwortlich für diesen Aufruf: Dr. med. Helmut Becker (früheres Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin) und Dr. Hilde Schramm (ehem. Vizepräsidentin des Abgeordnetenhauses von Berlin).

## Community acquired MRSA auch in Deutschland

**Auftreten und Verbreitung von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) waren bisher überwiegend an Krankenhäuser sowie Alten- und Pflegeheime gebunden. Die Häufigkeit nosokomialer MRSA-Infektionen ist in Deutschland in den vergangenen 13 Jahren Besorgnis erregend angestiegen. Bei der Behandlung von MRSA-Infektionen fällt die Substanzklasse der  $\beta$ -Lactam-Antibiotika und damit bewährte Therapieregime vollkommen aus, insgesamt ist eine höhere Mortalität zu verzeichnen.**

Wirklich community acquired MRSA (cMRSA) im Sinne dieser Definition treten völlig unabhängig von Krankenhäusern auf. Bei den betroffenen Patienten fehlen die üblicherweise für Krankenhausinfektionen mit MRSA bekannten Risikofaktoren, wie zum Beispiel vorheriger Krankenhausaufenthalt, schwere Grunderkrankungen oder vorliegende Behandlung mit Antibiotika.

cMRSA wurden erstmals beschrieben im Zusammenhang mit tiefgehenden Hautinfektionen bei nationalen Minderheiten in den USA (indianische Bevölkerung im Gebiet Albuquerque) und in Australien. Später wurde über eine weitere Ausbreitung im Zusammenhang mit Hautinfektionen in Minnesota und in Alaska berichtet. Wenngleich die Prävalenz von cMRSA in den USA mit  $\leq 0,24$  % noch immer vergleichsweise niedrig ist, haben sich diese Stämme im Verlauf offenbar über mehrere US-Bundesstaaten ausgebreitet. So waren im Jahr 2002 in Kalifornien 66 Gefängnisinsassen betroffen, bei zehn von ihnen folgten auf die Hautinfektion invasive Infektionen, zum Beispiel Sepsis, Endokarditis, Os-

teomyelitis. Zu Beginn des Jahres 2003 gab es dann Berichte über cMRSA bei homosexuellen Männern im Gebiet von San Francisco (über 200 Betroffene) und in Massachusetts. In Texas wurde ein Anstieg von cMRSA-Infektionen (zumeist Haut- und Weichteilinfektionen) von sieben Fällen im Zeitraum 1990 bis 1996 auf 53 Fälle im Zeitraum 1997 bis 2000 registriert.

Neben den USA und Australien wurden cMRSA in den vergangenen Jahren auch aus dem südwestpazifischen Raum und aus Europa (z.B. Frankreich, Schweiz, Niederlande, seit Ende 2002 auch aus Deutschland) beschrieben. Aufgrund der Fähigkeit zur Bildung von Panton-Valentin-Leu-



kozidin sind cMRSA besonders invasiv im Hinblick auf nekrotisierende Haut-Weichteil-Infektionen und auf nekrotisierende Pneumonie. Wegen dieser Eigenschaft sowie der Fähigkeit zur Verbreitung außerhalb der Krankenhäuser und der Gefahr des Einschleppens in Krankenhäuser erfordern sie eine besondere Aufmerksamkeit.

Seit Dezember 2002 wurden in Deutschland durch das Nationale Referenzzentrum für Staphylokokken am Robert Koch-Institut 24 Fälle von Infektionen mit luks-lukF-positiven MRSA registriert, dabei zwölf völlig unabhängig von Krankenhäusern. Weiterhin wurde die Ausbreitung in einem Altenheim in

Niederbayern bekannt. Es gab zwei Familienepidemien mit Furunkulose. Die dabei isolierten MRSA zeigten ein einheitliches Muster der genotypischen Charakterisierung, das sie eindeutig von cMRSA aus den USA und aus Australien unterscheidet, aber dem von cMRSA aus Frankreich und der Schweiz entspricht (Multilocus-Sequenz-Typ ST80, spa-Sequenz-Typ 46). Die Isolate sind resistent gegen alle  $\beta$ -Laktame, gegen Fluorchinolone, Oxytetracyclin und Fusidinsäure-Natrium.

Merkmale für ein rechtzeitiges Erkennen des Auftretens von cMRSA sind:

- Auftreten bei Patienten ohne die bekannten Risikofaktoren für Krankenhausinfektionen mit MRSA;
- tiefgehende Haut-Weichteilinfektionen;
- in Mitteleuropa: Resistenz der Erreger gegen Fusidinsäure-Natrium;
- PCR-Nachweis der Determinante luks-lukF für Panton-Valentin-Leukozidin und des far-1 Gens für Fusidinsäureresistenz;
- charakteristisches Smal-Makrorestriktionsmuster; spa-Sequenztyp 46.

Maßnahmen bei besiedelten und/oder infizierten Patienten: Neben dem Ausheilen der Infektion (ggf. Antibiotikatherapie zusätzlich zur chirurgischen Behandlung) Prüfung auf nasale Besiedlung und konsequente Sanierung (Mupirocin-Salbe). Es sollte auch eine Untersuchung auf weitere Ausbreitung bei Personen von Familie und Lebensgemeinschaften vorgenommen werden mit dem Ziel der Sanierung dabei entdeckter Träger.

**Weitere Informationen**  
**Epidemiologisches Bulletin**  
**5/2004: <http://www.rki.de/INFKEKT/EPBULL/EPI.HTM>**

KTQ-Zertifikat

## KTQ-Zertifikat für Parkklinik



Mit dem freiwilligen Qualitäts-Zertifikat der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) wurde die Parkklinik Weißensee ausgezeichnet - als zweite Berliner Klinik nach dem Herzzentrum. Diese Zertifizierung muss regelmäßig wiederholt werden. Das vor sieben Jahren als erster Klinikneubau im Osten der Stadt nach der Wende eröffnete Krankenhaus fiel bereits durch die konsequente Anwendung der evidenzbasierten Medizin auf (siehe BERLINER ÄRZTE Heft 9/03). Überdies verlieh ihr die WHO vor zwei Jahren das Prädikat „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“.

Als Vorsitzender der KTQ gratulierte Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz der Klinik und stellte fest, dass gute Arbeits-

bedingungen und eine hochwertige Patientenversorgung einander bedingen. „Das Zertifikat bestätigt, dass in dieser Klinik die medizinischen und pflegerischen Leistungen mit dem Anspruch auf Transparenz vereint werden.“

Die KTQ entwickelte ein Verfahren zur wissenschaftlich fundierten Analyse und Bewertung des Qualitätsmanagements eines gesamten Krankenhauses. Sie stellt hohe Ansprüche an die Qualität der Leistungen für die Klinikpatienten. An der Parkklinik rühmte sie u.a. die kurzen Wege der Informationsvermittlung und die vorbildliche Hygiene, vergab gute Noten für die ärztliche Versorgung und Pflege sowie für das Engagement der Mitarbeiter, die viele Vorschläge zur Qualitätsverbesserung machten.

Dem geschäftsführenden Arzt Professor Bodo Paul, war besonders wichtig, „dass vor allem die sehr gute interdisziplinäre Kooperation der Fachabteilungen untereinander“ gelobt wurde. R.St.

Kurs in London

## Lust auf Arbeit in England?

Deutschen Ärzten, die sich für eine Arbeit in Großbritannien interessieren, bietet die Deutsch-Englische Ärztevereinigung einen Einführungskurs ins Britische Gesundheitssystem an. Der Kurs „Working in Britain“ findet vom 30. Juli bis 1. August 2004 in London statt. Zielgruppe sind nicht nur junge Berufseinsteiger, sondern auch Allgemeinmediziner und andere Fachärzte. Mehr Informationen gibt es unter [www.agms.net](http://www.agms.net).

## Infos zur AiP-Abschaffung

AiP

Die 18monatige Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“ wird zum Stichtag 1. Oktober 2004 ohne Übergangsphase gestrichen. Die entsprechende Änderung der Bundesärzteordnung beschloss der Deutsche Bundestag am 6. Mai 2004 einstimmig in 2. und 3. Lesung. Damit folgte er der Empfehlung des Gesundheitsausschusses, die AiP-Phase auch für die zum Stichtag in klinischer Ausbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte abzuschaffen. Die AiP-Abschaffung hat jedoch noch keine Gesetzeskraft. Nun steht noch die Entscheidung des Bundesrates aus - voraussichtlich befasst er sich am 11. Juni 2004 mit der Vorlage. In Kraft tritt das Gesetz erst nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt.

### Schauen Sie auf unsere Homepage!

Rund um die AiP-Abschaffung gibt es viele Fragen, die teilweise noch vom Gesetzgeber präzisiert oder arbeitsrechtlich abgeklärt werden müssen. Die Ärztekammer Berlin bemüht sich, auf ihrer Homepage jeweils den aktuell erhältlichen Stand der Dinge zu veröffentlichen ([http://www.aerztekammer-berlin.de/10\\_Aktuelles/15\\_meldungen/215AiP/index.html](http://www.aerztekammer-berlin.de/10_Aktuelles/15_meldungen/215AiP/index.html)). Wir stellen dort auch alle an uns gerichteten Fragen mit den dazugehörigen Antworten ein – sofern es sie schon gibt.

Europa

## Infos für Ärzte aus den EU-Beitrittsländern



Der 1. Mai 2004 brachte nicht nur zehn neue Mitgliedsstaaten nach Europa, sondern damit auch jede Menge technischer Fragen. Die ersten Ärzte aus den Beitrittsländern haben sich bereits bei der Kammer gemeldet und Fragen zur Anerkennung ihrer Qualifikationen gestellt. Inzwischen hat der Auslandsdienst der Bundesärztekammer reagiert und hält im Internet erste Informationen für Ärzte aus den zehn neuen EU-Ländern vor; leider allerdings bisher nur in deutscher Sprache. Unter folgendem Link sind die Informationen zu finden:

[www.bundesaerztekammer.de/30/Auslandsdienst/20FAQ/FAQ\\_BB/](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Auslandsdienst/20FAQ/FAQ_BB/)

Geräte gesucht

## Praktische Arzthelferinnen-Prüfung praktisch gestalten

Die Ärztekammer Berlin sucht Geräte aus der ärztlichen Praxis, zum Beispiel ein EKG-Gerät, ein Spirometer und anderes, um die Abschlussprüfung der Auszubildenden zur Arzthelferin praxisnah gestalten zu können. Falls Sie in Ihrer Praxis ein Gerät haben, das Sie nicht mehr benötigen, würden wir uns freuen, wenn Sie mit uns Kontakt aufnehmen.

Referat Medizinische Fachberufe, Frau Wacker,  
Tel. 40 80 6-2204, oder über E-Mail: [MedF@aekb.de](mailto:MedF@aekb.de)

„Arzt oder Kaufmann?“, Editorial  
**BERLINER ÄRZTE 3/2004**

### Zur Diskussion über IGeL-Honorare

Vom großen Disraeli stammt die Weisheit: „Mein Anwalt, mein Vermögensberater, mein Arzt sichern mir die höchsten Güter. Sie sollen stets so gut bezahlt sein, dass sie ihre Entscheidungen nicht wegen des Geldes treffen, sondern für meine Freiheit, mein Vermögen und meine Gesundheit.“

Wie weit sind wir gekommen? Wir haben gute Ärzte und eine noch bessere Medizin. Und lassen die freien Bürger dieses Landes nur unter den Kriterien „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ daran teilnehmen (SGB V). Blieb bis dato noch der Weg ins Krankenhaus, wenn diese ambulante Allokation fehlschlug, so greifen dort jetzt DRGs, die sich aus Durchschnittskosten effizienter Kliniken errechnen. Der Patient wird dort kodiert, ökonomisch vermessen, und es ist abzusehen, in welchem Zustand er unter dem enormen Kostendruck aus der Klinik entlassen wird. Wie weit haben wir es kommen lassen! Wir haften unseren Patienten gegenüber auf optimale Behandlung (Werkvertrag). Dies ist abstrakt und wird – gottlob – nur selten realisiert. Wir haften gegenüber den Kassen auf Quoten, Richtgrößen und Budget-Volumina. Diese Haftung ist sehr direkt und drückt sich als Regress schnell in Euro und Cent aus. Wir können dankbar sein, dass dieses Haftungsdilemma (das überwiegend zu Lasten der Patienten gelöst wird) öffentlich kaum Beachtung findet.

Es ehrt Moralisten, wenn sie die Ökonomisierung der Gesundheit und unsere Verantwortung ernst nehmen und thematisieren. Daran ändert nicht, dass die IGeLei in Zeiten Rot/Grüner Gerechtigkeits-Experten ausgefertigt ist: Die konsequente Reduzierung der ärztlichen Honorierung führt eben zu dem, was Disraeli befürchtet hat: Eine Ausrichtung medizinischen Handelns an primär pekunären Kriterien. Denn irgendwie muss eine Praxis finanziert werden.

Es ist an der Zeit, die Selbstverwaltung wach zu rütteln: Die Ärzteschaft muss aus der Korruptierbarkeits-Falle heraus, in die Politiker (vielleicht aus eigener Anschauung) sie immer wieder bringen wollen. Dreh und Angelpunkt unseres Berufes ist eine möglichst fundierte fachliche Aus- und eine kontinuierliche, kontrollierte Weiterbildung sowie ein modernes Qualitäts-Management. Unsere Versäumnisse der letzten Jahre hat die Politiker zu Ersatzvornahmen gebracht, über die wir kaum klagen dürfen. IGeL zeigen uns keinen Ausweg. Schaffen wir selbstbewusst die Weiterbildungs-Ordnung und Qualitäts-Kriterien, die solche politischen Ersatzvornahmen überflüssig machen!

*Dr. Hans-G. Fritz, 13439 Berlin, dr.fritz@blinx.de*





Workshop in der Ärztekammer

## Jeder Fehler ist ein Schatz

Der Traum von einer Medizin, die vollständig fehlerfrei arbeitet, ist eine Illusion. Doch kann man die Zahl der Fehler in Gesundheitseinrichtungen deutlich verringern, indem man aus Fehlern und Beinahe-Fehlern systematisch für die Zukunft lernt. Wie das geschehen könnte, wurde Ende April auf einem Fachworkshop im Hause der



Ärzttekammer Berlin diskutiert. Veranstalter war die Kammer gemeinsam mit der AOK Berlin und dem AOK Bundesverband. Die Tagungsteilnehmer waren sich darin einig, dass sich im Gesundheitswesen eine neue Fehlerkultur etablieren muss, die sich wegbewegt von Schuldzuweisungen und Bestrafungen einzelner Personen. Stattdessen bedarf es eines konstruktiven Umgangs mit Fehlern, der dazu führt, dass man sie als wichtige Lern- und Erfahrungsquelle begreift und nutzt. Eine konstruktive Fehlerkultur sieht in Fehlern und auch „Beinahe-Fehlern“ einen Schatz, der wertvolle Hinweise auf Systemmängel gibt. Eine in der Öffentlichkeit gern propagierte „Null-Fehler-Erwartung“ wurde von zahlreichen Referenten als illusionär eingestuft. Denn wo Menschen arbeiten, passieren Fehler. Zudem ist die Behandlung von Patienten immer eine Teamleistung, in der sich die Beteiligten gegenseitig korrigieren und unterstützen können.

Bei der Prävention von Fehlern sollten nicht nur die wirklichen Behandlungsfehler analysiert werden, sondern auch „Beinahe-Fehler“ ohne Folgen für den Patienten. So können latente Risiken und Systemmängel frühzeitig entdeckt und beseitigt werden. Eine große Hilfe sind dabei computergestützte Fehlermeldesysteme (das so genannte „Critical Incident Reporting“). Solche Systeme haben die beiden Preisträger des Berliner Gesundheitspreises 2002 (das Departement Anästhesie im Kantonsspital Basel und das Institut für Allgemeinmedizin an der Universität Kiel) schon entwickelt und modellhaft in die Praxis umgesetzt.

Alle Referenten waren sich einig: ob computerunterstützt oder auf Papier; ein Fehler muss

- freiwillig
- anonym
- an eine neutrale Stelle (also keinesfalls an den Dienstvorgesetzten)
- und ohne drohende Sanktionen gemeldet werden können.

Nach Expertenanalyse müssen die Schwachstellen dann systematisch identifiziert und zeitnah beseitigt werden.

Doch leider ist man davon in Deutschland noch weit entfernt. Noch immer wird bei Behandlungsfehlern mit schweren Folgen an erster Stelle nach einem Schuldigen gesucht. Daran haben die Medien - auch dies wurde von zahlreichen Referenten festgestellt - in ihrem



Wunsch nach Personalisierung komplexer Sachverhalte einen erheblichen Anteil. Doch die Benennung und Abstrafung eines "Schuldigen" bietet nur eine scheinbare Sicherheit. Sie folgt der Idee eines "faulen Apfels, der aus der Kiste entfernt werden" müsse und „dann sei wieder alles in Ordnung“, veranschaulichte Prof. Daniel Scheidegger/Basel es bildhaft. Ein solches Denken blendet jedoch aus, dass bei jedem Fehler nicht nur ein Einzeler, sondern ein ganzes Team versagt. Denn einer macht den Fehler und die anderen machen ihn mit, weil sie ihn hätten bemerken und gegensteuern können. Statt sich also mit Schuldzuweisungen aufzuhalten, müsse bei jedem Fehler sofort nach den Ursachen eines Vorfalls geforscht werden. Zur Fortentwicklung der Fehlerprävention in Deutschland gab es verschiedene Vorschläge. So schlug Dr. Rolf Hoberg, der stellvertretende Vorsitzende des AOK-Bundesverbandes, die Gründung einer unabhängigen universitären Einrichtung vor, etwa in Form einer Stiftungsprofessur. Berlins Ärztekammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz setzte



Fotos: Bernhardt

sich für ein dezentrales Fehlermanagement in Modelleinrichtungen ein, die sich zu einem Netzwerk zusammenschließen können. Einigkeit bestand darin, dass die Entwicklung einer Fehlerkultur ein langsamer Prozess ist, der in Kliniken und Praxen Zeit braucht.

Der Workshop war eine Folgeveranstaltung zum »Berliner Gesundheitspreis 2002«. Ihn hatten AOK und Ärztekammer zum Thema »Fehlermanagement« ausgeschrieben. Seinerzeit wurden Projekte prämiert, die ein systematisches Fehlermanagement bereits modellhaft aufgebaut haben. Neben den Preisträgern diskutierten auf dem Workshop Wissenschaftler aus Deutschland und der Schweiz.

Auf dem Abschlusspodium saßen unter anderem Hela Kühn-Mengel, die Patientenbeauftragte der Bundesregierung und Franz Knieps, Abteilungsleiter Krankenversicherung beim Bundesgesundheitsministerium.

**Mehr Informationen:**

- Das anonyme Fehlermeldesystem des Departements Anästhesie, Uni-

versitätsklinik Basel, kann im Internet angesehen und ausprobiert werden: [www.cirsmedical.org](http://www.cirsmedical.org).

- Weitere Informationen des Kieler Instituts für Allgemeinmedizin sind im Internet unter [www.allgemeinmedizin.uni-kiel.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-kiel.de) zu haben.

- Die GQMG - Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. - veranstaltet vom 14. - 16. Oktober 2004 eine Fachtagung in Marburg zum Thema: "Patientensicherheit und Risikomanagement". Informationen finden Sie im Internet unter [www.patientsafety.de](http://www.patientsafety.de)

*Auf dem Abschlusspodium diskutierten: Dr. Rolf Hoberg (AOK Bundesverband), Christine Wohlers (Schlichtungsstelle), Franz Knieps (BMG), Moderator Erwin Dehlinger (AOK Bundesverband), Helga Kühn-Mengel (Patientenbeauftragte der Bundesregierung), Prof. Dr. med. Matthias Schrappe (Uni Marburg), Dr. med. Günther Jonitz (Ärzttekammer Berlin).*



Foto: MUT

## 10 Jahre MUT Obdachlosenhilfe

Mit vielen Gästen feierten im Mai die inzwischen bundesweit bekannten Obdachlosenpraxen in Lichtenberg und am Ostbahnhof ihr 10-jähriges Bestehen. Als einzigartig galt 1994 das von der MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH ins Leben gerufene Obdachlosenhilfeprojekt. Der Facharzt für Allgemeinmedizin, Uljan Zöba, ist seit zwei Monaten neuer Arzt für beide Einrichtungen. Der gebürtige Ukrainer ist Nachfolger der Ärztin Jenny De la Torre, die das Projekt im Herbst 2003 verließ. Schon vor seinem Dauereinsatz bei der MUT sprang Uljan Zöba bei Bedarf immer mal wieder in einer der Praxen ein.

40 000 Obdachlose versorgte die MUT seit 1994. Hier erhalten die mittellosen Patienten kostenlose medizinische und zahnmedizinische Versorgung, aber auch Hilfe in Form von Essen und Kleidung.

Das Wichtigste  
zur Schweigepflicht  
und zum Umgang  
mit Patienten-  
unterlagen.

# SCHWEIGEN IST GOLD



*Eigentlich sollten unsere Mitglieder die ärztliche Berufsordnung natürlich aus dem Effeff kennen, doch vollständig im Kopf hat das Regelwerk natürlich kaum jemand. Zumal es Detailfragen gibt, die sich erst auf Basis geltender Rechtsprechung geklärt haben. Besonders zum Thema Schweigepflicht und Patientenunterlagen gibt es Nachfragen in Hülle und Fülle. In Zusammenarbeit mit dem Referat Berufsrecht der Ärztekammer Berlin geben wir hier Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragen zu beiden Themen.*

## Welche Informationen unterliegen der Schweigepflicht?

Gegenstand der ärztlichen Schweigepflicht sind Tatsachen und Umstände, die nur einem beschränkten Personenkreis bekannt sind und an deren Geheimhaltung der Betroffene ein sachlich begründetes Interesse hat. Der geschützte Geheimbereich ist weit zu ziehen. Zu ihm gehören nicht nur Tatsachen und Umstände, die sich auf den Gesundheitszustand des Patienten beziehen (z. B. Diagnose, angewandte Therapien, ärztliche Aufzeichnungen, Röntgenunterlagen, Untersuchungsbefunde), sondern alle Gedanken, Meinungen, Empfindungen, Handlungen, familiäre, finanzielle und berufliche Verhältnisse, an deren Geheimhaltung der Patient oder ein Dritter, auf den sich das Geheimnis bezieht (Drittgeheimnis; z. B. Patient erzählt dem Arzt von Erkrankungen des Nachbarn), erkennbar ein Interesse hat.

Ein schutzwürdiges Interesse kann schon in Bezug auf den Namen des Patienten sowie darauf, dass überhaupt ein Arzt konsultiert wurde, anzunehmen sein<sup>1</sup>. Das Geheimnis muss dem Arzt in seiner beruflichen Eigenschaft, aber nicht notwendig während der Berufsausübung, anvertraut worden sein. Die ärztliche Schweigepflicht beschränkt sich nicht auf bewusst mitgeteilte Tatsachen. Umfasst werden auch solche Umstände, die der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung zufällig beobachtet hat oder erfährt (z. B. Beobachtungen während des Hausbesuchs).

## Wo ist die Schweigepflicht gesetzlich geregelt?

Die ärztliche Schweigepflicht ist sowohl im Strafgesetzbuch (§ 203 StGB) als auch in den Berufsordnungen der Landesärztekammern (§ 9 BO) geregelt. Bei Verstößen gegen seine Pflicht zur Verschwiegenheit muss der Arzt also sowohl mit einer strafrechtlichen Verfolgung als auch mit berufsrechtlichen Sanktionen durch die Ärztekammer

rechnen. Neben den ausdrücklich normierten Bestimmungen zur ärztlichen Schweigepflicht im StGB und in der BO folgt der Anspruch des Patienten auf Verschwiegenheit des Arztes aus einer Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag und aus dem durch das Grundgesetz geschützte Recht auf informationelle Selbstbestimmung.

## Gilt Schweigepflicht auch gegenüber Familienangehörigen?

Die Schweigepflicht gilt auch gegenüber Familienangehörigen des Patienten einschließlich seines Ehegatten. Bei Personen, für die ein Betreuer auch für medizinische Angelegenheiten bestellt worden ist, gilt die Schweigepflicht gegenüber dem Betreuer nicht. Er muss informiert werden, um die Interessen des Betreuten bei der ärztlichen Behandlung wahrzunehmen.

### ... und bei minderjährigen Patienten?

Bei Minderjährigen kann eine Offenbarung an die Eltern gerechtfertigt sein. Sie muss jedoch sehr sorgfältig abgewogen werden, da auch Minderjährige zu respektierende Geheimnisse haben können. Der Arzt sollte bei seiner Abwägung darauf abstellen, ob der Minderjährige in der Lage ist, seine gesundheitliche Situation, also die Schwere der Erkrankung und die Risiken einer etwaigen Behandlung, selbst einzuschätzen. Wenn der Minderjährige die erforderliche Einsichts- und Entscheidungsreife hat, ist sein Wunsch auf Geheimhaltung auch gegenüber den Eltern zu respektieren.

Vorsicht ist jedoch geboten, wenn ein Schwangerschaftsabbruch geplant ist. Hier verlangt die Rechtsprechung immer noch (bis zum 18. Lebensjahr) die Zustimmung der Eltern, was natürlich auch eine entsprechende Information der Eltern - gegebenenfalls auch gegen den Willen der Minderjährigen - voraussetzt.

## Gilt Schweigepflicht auch nach dem Tod des Patienten?

Die Schweigepflicht dauert grundsätzlich auch nach dem Tod des Patienten fort. Soweit Angehörige oder andere Personen nach dem Tod des Patienten Einsicht in die Krankenunterlagen oder Auskünfte vom Arzt begehren, ist der mutmaßliche Wille des verstorbenen Patienten zu erforschen.

## Wo endet die Auskunftspflicht gegenüber der Krankenkasse?

Die Pflicht zur Auskunftserteilung gegenüber den Krankenkassen besteht nur dann, wenn

- der Betroffene seine Zustimmung ausdrücklich erteilt, oder
- aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften eine Mitteilung an die Krankenkassen zulässig ist.

Die Übersendung von kompletten Befundberichten oder Entlassungsberichten an die GKV ist in der Regel nicht zulässig, da diese detaillierten Berichte nicht zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der GKV benötigt werden. Soweit eine Krankenkasse derartige Berichte verlangt, sollte sich der betroffene Arzt bzw. das betroffene Krankenhaus mit der Ärztekammer oder dem Berliner Datenschutzbeauftragten in Verbindung setzen.

## Besteht die Schweigepflicht auch gegenüber der Polizei?

Das Strafverfolgungsinteresse bei begangenen Straftaten rechtfertigt eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht nur dann, wenn es sich um schwerste Taten gegen Leben, Gesundheit, Freiheit oder die innere und äußere staatliche Sicherheit handelt und Wiederholungsgefahr besteht.

<sup>1</sup>) OLG Bremen, Beschluss vom 27.08.1982, MedR 1984, 112.

## SCHWEIGEN IST GOLD



### *..., wenn der Arzt um eine Straftat eines Patienten weiß*

Wenn der Patient eine Straftat begangen hat und dies dem Arzt bekannt ist, darf sich der Arzt gegenüber der Polizei nur dann offenbaren, wenn die Gefahr besteht, dass der Patient auch künftig Straftaten begehen wird (Gefahrenabwehr). Hier ist dann abzuwägen, ob die gefährdeten Rechtsgüter schutzwürdiger sind, als das Geheimhaltungsinteresse des Patienten. Anders ist die Situation jedoch dann zu bewerten, wenn der Patient die ärztliche Schweigepflicht zur Deckung eigener Straftaten benutzen will. Hat der Patient durch falsche Angaben oder Simulation einer Erkrankung Vorteile auf Kosten der Allgemeinheit erschlichen, so ist der Arzt berechtigt, die zuständigen Stellen zu benachrichtigen<sup>2</sup>.

### *... bei Patienten mit illegalem Aufenthaltsstatus oder unklarer Identität*

Aus dem Melderechtsrahmengesetz ergibt sich übrigens keineswegs die Verpflichtung oder aber auch nur das Recht,

etwaige Straftäter oder illegal in der Bundesrepublik lebende Ausländer ohne entsprechende Anfrage der Polizei oder anderer staatlicher Einrichtungen anzuzeigen. Es bedarf immer eines entsprechenden Auskunftsverlangens der Polizei. Auch Personen, die Auskünfte über ihre Identität verweigern, oder ohnmächtige Patienten, die keine Ausweispapiere mit sich führen, müssen nicht der Polizei gemeldet werden, soweit seitens der Polizei nicht eine Anfrage erfolgt, die sich eindeutig auf eine Person bezieht, die in das Krankenhaus aufgenommen wurde.

Nach § 16 des heute geltenden Melderechtsrahmengesetzes müssen die in Krankenhäuser aufgenommenen Personen den Leitern der Einrichtungen oder ihren Beauftragten die erforderlichen Angaben über ihre Identität machen. Die Krankenhausleitungen sind verpflichtet, diese Angaben in ein Verzeichnis aufzunehmen.

Der zuständigen Behörde ist aus diesen Verzeichnissen aber nur dann Auskunft zu erteilen, wenn dies nach deren Feststellung zur Abwehr einer erheblichen und gegenwärtigen Gefahr, zur Verfolgung von Straftaten oder zur Aufklärung des Schicksals von Vermissten und Unfallopfern im Einzelfall erforderlich ist.

### *..., wenn die Polizei die Herausgabe von Patientenunterlagen fordert*

Eine Herausgabe von Unterlagen sollte nur nach Vorlage eines Beschlagnahme- oder Durchsuchungsbeschlusses erfolgen. Denn der Arzt, der Patientenunterlagen ohne Wissen und Zustimmung des Patienten freiwillig zur Verfügung stellt oder herausgibt, verletzt seine Schweigepflicht! Er vereitelt zudem mit der freiwilligen Herausgabe spätere Beschwerdemöglichkeiten für sich und für seinen Patienten.

Ärzte sollten daher freiwillig keine Patientenunterlagen herausgeben. Die Ärztekammer Berlin rät zu Folgendem:

- Ärzte sollten darauf achten, dass die Beamten in dem Durchsuchungs- oder

Beschlagnahmebericht vermerken, die Gegenstände seien „nicht freiwillig herausgegeben“ worden!

- Die beschlagnahmten Schriftstücke sollte der Arzt vor der Mitnahme durch die Beamten fotokopieren.
- Der Arzt sollte die Personalien der Beamten schriftlich festhalten.

Die Anordnung der Durchsuchung und Beschlagnahme bestimmter Gegenstände aus der Praxis eines Arztes ist nur dann zulässig, wenn der Durchsuchungsbeschluss den gesuchten Gegenstand konkret bezeichnet (§ 103 StPO). Es sollten daher nur Gegenstände herausgegeben werden, die in dem Beschluss konkret bezeichnet sind!

### **Gefahr im Verzug – Wo hat die Schweigepflicht ihre Grenzen?**

Wenn ein höherwertiges Interesse den Bruch der Schweigepflicht rechtfertigt, kann nur aufgrund der konkreten Umstände des Einzelfalls unter Zugrundelegung der Vorschrift des § 34 StGB über den *rechtfertigenden Notstand* entschieden werden. Neben dem unter „Schweigepflicht im Umgang mit der Polizei“ schon erläuterten Sachverhalten wurden in der juristischen Literatur bislang insbesondere folgende Fälle diskutiert:

#### *Information von Angehörigen bei Ansteckungsgefahr*

Das Interesse an der Abwehr drohender Gefahren für Leib, Leben oder Gesundheit sind regelmäßig höherwertig anzusehen als das Geheimhaltungsinteresse des Patienten. Deshalb kann der Arzt zum Beispiel berechtigt sein, die Angehörigen eines Patienten vor einer von diesem ausgehenden Ansteckungsgefahr zu warnen oder die Verwaltungsbehörde zu benachrichtigen, wenn ein Patient als Kraftfahrer am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl er dabei aufgrund einer Erkrankung (z.B.

Alkoholsucht) sich und andere gefährdet<sup>3</sup>. Erforderlich ist in beiden Fällen jedoch, dass der Arzt vorher auf den Patienten ohne Erfolg eingewirkt hat, um ihn zur Ergreifung der notwendigen Maßnahmen von sich aus zu veranlassen.

Ein Urteil des OLG Frankfurt a. M.<sup>4</sup> liegt zu der Frage vor, ob der Arzt die HIV-Infektion eines Patienten gegenüber den Lebens- bzw. Sexualpartnern des Patienten offenbaren darf, wenn der Patient sich weigert, dies selbst zu tun und gegenüber dem Arzt sogar mitteilt, dass er weiterhin ungeschützten Sexualkontakt zu seinen Partnern bevorzuge. Das OLG hat hierzu ausgeführt, dass der Schutz des Lebens und der Gesundheit der Partner hier deutlich schwerer wiegt als das Geheimhaltungsinteresse des Patienten. Der Arzt ist also berechtigt, die Sexualpartner seines Patienten über dessen HIV-Infektion zu informieren, nachdem er vergeblich versucht hat eindringlich auf den Patienten einzu-

wirken, das Übertragungsrisiko der HIV-Infektion durch geeignete Schutzmaßnahmen zu mindern. Soweit sich die Partner des HIV-Infizierten bei dem selben Arzt in Behandlung befinden, geht das OLG Frankfurt a.M. zutreffend davon aus, dass der Arzt aufgrund seiner Garantenstellung gegenüber seinen Patienten sogar verpflichtet ist, diese über die HIV-Infektion des Partners zu informieren.

### *Verdacht auf Kindesmisshandlung*

Wenn sich bei der Untersuchung des Kindes der Verdacht einer Misshandlung ergibt, darf der Arzt im Interesse des Kindes seine Schweigepflicht durchbrechen und die Misshandlung der Polizei oder dem Jugendamt offenbaren. Aufgrund der Garantenpflicht gegenüber dem Kind ist der Arzt bei ausreichend konkreten Hinweisen, die den Verdacht einer Misshandlung des Kindes rechtfertigen, sogar verpflichtet, die

Polizei oder das Jugendamt zu informieren, um mögliche künftige Misshandlungen zu verhindern.

### *Verdacht auf Misshandlung erwachsener Familienangehöriger*

Anders zu beurteilen ist jedoch der Fall, wenn der Arzt bei der Untersuchung die Misshandlung einer Frau durch ihren Ehemann (oder umgekehrt) feststellt. Hier wäre der Wunsch der Ehefrau auf Verschwiegenheit des Arztes zu respektieren.

### *Verdacht auf eine bevorstehende Straftat*

Siehe unter „Schweigepflicht im Umgang mit der Polizei“ (S.15/16).

<sup>2)</sup> Rieger, Lexikon des Arztrechts, 1984, Rdnr. 1654.

<sup>3)</sup> BGH NJW 1968, 2288.

<sup>4)</sup> OLG Frankfurt a.M. MedR 2000, 196

<sup>5)</sup> Narr, Ärztliches Berufsrecht, 1997, Rdnr. B 253; Rieger, DMW 1974, 211.

## Entbindung von der Schweigepflicht – wie geht das?

In der ärztlichen Praxis gibt es vielfältige Situationen, in denen Daten und Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, an Dritte weitergegeben werden sollen. Ein Kollege benötigt zum Beispiel für seine Behandlung medizinische Befunde, ein Labor Daten für Untersuchungen, Abrechnungsunterlagen sollen an eine Verrechnungsstelle weitergegeben werden, oder ein Arzt soll als Zeuge vor Gericht aussagen.

In jedem dieser Fälle ist die vorherige Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten nötig. Entbindungen von der Schweigepflicht sind zweckmäßigerweise schriftlich einzuholen.

Die folgenden Punkte müssen in jeder Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht enthalten sein:

#### *Wer?*

Name, Anschrift und Geburtsdatum des Patienten.

#### *Wem?*

Der Arzt ist namentlich zu benennen.

#### *Was?*

Soweit möglich sind die Daten konkret in der Erklärung anzugeben

#### *Wofür und an wen?*

Geben Sie den Zweck und den Adressaten der Datenübermittlung an. Zum Beispiel: „Zum Zwecke der Abrechnung“, „Zur Nachbehandlung“ oder „Zur Gutachtenerstellung“.

#### *Wie lange?*

#### *Widerrufsklausel*

Es ist der folgende Satz aufzunehmen: „Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.“

*Datum, Unterschrift.*



# Umgang mit Patientenunterlagen

## Welche Behandlungsunterlagen darf der Patient sehen?

Der Patient hat ein Recht auf Einsicht in seine Patientendokumentation, ohne dass er ein besonderes Interesse erklären oder nachweisen muss. Damit kann er die für sich relevanten Gesundheitsdaten, insbesondere die ärztlichen Befunde, erfahren. Der Patient kann sein Einsichtsrecht auch wahrnehmen, indem er einen Arzt oder eine sonstige Person seines Vertrauens mit der Einsicht beauftragt.

Das Einsichtsrecht des Patienten erstreckt sich jedoch nicht auf den Teil der Dokumentation, der rein subjektive Eindrücke und Wahrnehmungen des Arztes enthält. Sollten sich solche Eintragungen in der Krankenakte befinden, kann der Arzt solche Vermerke beim Kopieren abdecken. Die Abdeckung als solche sollte jedoch erkennbar bleiben. Durch diese Vorgehensweise sieht der BGH die allseitigen Belange in bestmöglicher Weise gewahrt.

Der Arzt kann bestimmen, in welcher Weise er dem Einsichtsrecht des Patienten entsprechen möchte. Grundsätzlich besteht kein Anspruch des Patienten auf Zusendung der Unterlagen, wohl aber darauf, dass die Unterlagen bzw. Kopien bereitgehalten werden. In der Regel muss der Patient die anfallenden Kopierkosten tragen. Nach § 28 RöV ist der untersuchten Person auf Wunsch eine Abschrift oder Ablichtung von Röntgenaufzeichnungen auszuhändigen. Ein Recht auf ersatzlose Herausgabe von Patientenunterlagen sieht unser Recht nicht vor. Es stünde in Widerspruch zur ärztlichen Dokumentationspflicht. Eine Überlassung der Originalunterlagen zur Einsicht ist aber möglich.

## Wo sind die Einsichtsrechte des Patienten geregelt?

Soweit vertragliche Beziehungen zwischen Arzt und Patient bestehen, ergibt sich das Einsichtsrecht als vertragliches Nebenrecht. Anderenfalls folgt es aus § 810 BGB. Das Einsichtsrecht des Patienten findet sich zudem im ärztlichen Standesrecht, § 10 der Berufsordnung der ÄK Berlin, im Folgenden BO). In den Datenschutzgesetzen finden sich die einschlägigen Einsichts- und Auskunftsregelungen in § 34 BDSG bzw. im Landesdatenschutzgesetz.

## Welche Aufbewahrungspflichten bestehen bei Patientenunterlagen...

### *...nach Praxisübergabe an einen Nachfolger?*

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ist es nicht ohne Weiteres möglich, dass der die Praxis veräußernde Arzt im Rahmen des Kaufvertrages dem erwerbenden Arzt den gesamten Patientenbestand mit allen Rechten und Pflichten übereignet, soweit dazu auch die Patientenakte nebst dazugehöriger Unterlagen gehören soll. Aus Art. 2 Abs. 1 GG ergibt sich ein Recht des Patienten auf informationelle Selbstbestimmung. Der Patient ist damit „Herr seiner eigenen Daten“<sup>6</sup>. Entsprechend regelt § 10 Abs. 3 S. 2 BO, dass der Arzt, dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten muss und sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben darf. Daher ist es Aufgabe des die Praxis übertragenden Arztes, die Zustimmung

des Patienten zu einer Weitergabe von Behandlungsunterlagen in eindeutiger und unmissverständlicher Weise einzuholen. Der bisherige Praxisinhaber kann sich nur schützen, wenn er seine Patienten über die bevorstehende Praxisnachfolge rechtzeitig informiert und sich das Einverständnis in die Übertragung der Patientendokumentation schriftliche bestätigen lässt.

Der Praxisnachfolger muss dabei namentlich benannt werden, weil ein pauschales Einverständnis ohne Kenntnis des nachbehandelnden Arztes rechtswirksam wäre. Wenn die Zustimmung derjenigen Patienten, die die Praxis vor Übertragung nicht mehr aufsuchen, nicht eingeholt werden kann, bietet es sich an, mit dem Übernehmer einen Verwahrungsvertrag abzuschließen, nach dem die Patientenakte verschlossen in den vom Übernehmer genutzten Praxisräumen verbleibt. Zugriff erhält außer dem Verkäufer nur eine Arzthelferin, die früher in der Praxis des Abgebenden tätig war und jetzt vom Nachfolger übernommen wurde. Die Helferin unterliegt bezüglich dieser Akten der alleinigen Weisungsbefugnis des Veräußerers.

### *...nach Praxisauflösung?*

Nach Aufgabe der Praxis muss der Arzt seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde aufbewahren oder dafür Sorge tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden (§ 10 Abs. 4 BO). Die Bundesärztekammer hat hierzu 1985 Empfehlungen herausgegeben<sup>7</sup>, die mit derzeitigem Berufsrecht immer noch konform gehen. Der Arzt kann die Akten in den eigenen oder in angemieteten Räumen aufbewahren. Letzteres setzt voraus, dass dem Arzt im Mietvertrag ein alleiniges Zugriffsrecht eingeräumt wird und dies durch organisatorische Maßnahmen gesichert ist. Der Arzt kann die Aufzeichnungen auch

an den Patienten übergeben, damit dieser sie einem von ihm gewählten weiterbehandelnden Arzt aushändigt. Die Aushändigung sollte dann schriftlich quittiert werden. Kommt die Akte nämlich später abhandeln und kann die Übergabe nicht nachgewiesen werden, kann dies bei einem Haftungsprozess zu einer Umkehr der Beweislast gegen den Arzt führen. Das hätte die Folge, dass zum Beispiel eine Aufklärung nicht mehr nachgewiesen werden kann und der Arzt zu Schadensersatz verurteilt wird.



Vorsicht ist bei der Übergabe der Aufzeichnungen an einen anderen im Einzugsbereich niedergelassenen Arzt geboten. Im Regelfall bedarf es hierfür der Zustimmung des Patienten. Notfalls können die Unterlagen auch an ein privates Archivunternehmen übergeben werden, solange die Mitarbeiter dieses Unternehmens vertraglich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Von dieser Möglichkeit darf kein Gebrauch gemacht werden, solange dem Arzt selbst die Aufbewahrung zumutbar ist oder eine Übergabe an den Praxisnachfolger möglich bleibt.

#### ...nach dem Tod des Arztes?

Nach dem Tod eines Arztes obliegt es dessen Erben, für eine dem Berufsrecht entsprechende Aufbewahrung der Patientenunterlagen Sorge zu tragen. Zur Vermeidung einer haftungsrechtlichen Inanspruchnahme wegen etwaiger Behandlungsfehler sollten die Unterlagen entsprechend den oben dargelegten Grundsätzen aufbewahrt werden. Im Übrigen sind Erben eines Arztes, die nach dessen Tod in den Besitz von Patientenunterlagen gekommen sind, nach § 203 StGB wie der Arzt selbst zur Verschwiegenheit verpflichtet.

## AUFBEWAHRUNGSFRISTEN FÜR PATIENTENUNTERLAGEN

### 1. Aufbewahrungsfristen in der Praxis

Nach § 10 Abs. 3 BO beträgt die Aufbewahrungsfrist für Patientenunterlagen 10 Jahre. Bestehen nach dem Gesetz längere Fristen, so sind diese einzuhalten. Bestehen nach dem Gesetz kürzere Fristen, so ist zu prüfen, ob das jeweilige Dokument den Patientenunterlagen gem. § 10 Abs. 2 BO zuzurechnen ist. Ist dies der Fall, so gilt die 10-Jahres-Frist, ist das Dokument nicht den Patientenunterlagen nach § 10 Abs. 2 BO zuzurechnen, so gilt die kürzere Frist. Im Zweifel sollte die 10-Jahresfrist eingehalten werden.

#### Längere Aufbewahrungsfristen

- § 28 Abs. 4 Röntgenverordnung..... 30 Jahre
- § 43 Abs. 3 Strahlenschutzverordnung..... 30 Jahre
- Berufsgenossenschaftliche Verletzungsverfahren..... 20 Jahre
- Durchgangsarztverfahren..... 15 Jahre

#### Kürzere Aufbewahrungsfristen:

- Krebsfrüherkennungs- und Gesundheitsuntersuchung; Krebsfrüherkennungsrichtlinien, Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung..... 5 Jahre
- § 5 Abs. 5 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung..... 3 Jahre
- Anlage 2 zum BMV, Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung Nr. 1 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen..... 1 Jahr

### 2. Aufbewahrungsfristen im Krankenhaus

Für Krankenunterlagen im Krankenhaus kommt in Berlin die Verordnung über Führung, Inhalt und Aufbewahrung von Krankengeschichten in Krankenhäusern (Krankengeschichtenverordnung – KgVO) zur Anwendung. Danach müssen gem. § 6 Abs. 1 Krankengeschichten im Regelfall 30 Jahre aufbewahrt werden. Im Falle des Todes eines Erwachsenen gilt eine 10-jährige, im Falle des Todes eines Minderjährigen eine 20-jährige Frist. Im Übrigen regelt die Verordnung ausführlich, welche Unterlagen zur Krankengeschichte zu zählen sind (§ 2), die Möglichkeit der Aufbewahrung durch Mikroverfilmung (§ 8) sowie auch die Aufbewahrung nach Betriebsbeendigung, die gem. § 9 vom Krankenhausträger im Einvernehmen mit dem zuständigen Bezirksamt so zu regeln ist, dass Unbefugte keine Einsicht erlangen.

6) BverfGE 65, 1= NJW 1984, 419

7) DÄ 1985, 646



# Behandlungsfehlerstatistik 2003

Die Ärztekammer Berlin ist Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover. Die Schlichtungsstelle ist zuständig für die außergerichtliche Klärung von Streitigkeiten, denen Schadensersatzansprüche von Patienten wegen vermeintlich oder tatsächlich fehlerhafter ärztlicher Behandlung zu Grunde liegen. Hier eine Übersicht der dort bearbeiteten Fallzahlen.

Im Jahre 2003 sind dort aus dem Land Berlin 531 Anträge eingegangen. Hierbei ist im Vergleich zum Vorjahr (588) ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Aus dem Vorjahr und dem laufenden Jahr konnten für das Land Berlin 573 Anträge abgeschlossen werden. 209 Fälle wurden aus sonstigen Gründen (insbesondere sachliche Unzuständigkeit der Schlichtungsstelle, Rücknahme von Anträgen, Widerspruch eines Beteiligten gegen die Durchführung des Verfahrens) ohne medizinische Begutachtung zurückgewiesen. In 245 Fällen konnte ein schuldhafter Behandlungsfehler nicht nachgewiesen werden. In 119 Fällen konnte die Schlichtungsstelle in ihrer abschließenden Stellungnahme einen Schadensersatzanspruch aufgrund eines schuldhaften Behandlungsfehlers feststellen. Daraus ergibt sich eine Behandlungsfehlerquote bei den tatsächlich begutachteten Fällen (364) von circa 32,7 %. Im Vergleich zu den Vorjahren bewegt sich die Behandlungsfehlerquote somit in etwa auf einem gleich bleibenden Niveau.

Wiederkehrende Fehler waren insbesondere unzureichende, verzögerte oder fehlende Diagnostik, Fehldeutung von Befunden und fehlerhaft durchgeführte Operationen. In einigen Fällen führte die unterlassene oder verzögerte Anwendung geeigneter bildgebender Verfahren im Rahmen der Diagnostik zu vermeidbaren Schädigungen der Patienten. In anderen Fällen verursachte eine unterlassene Aufklärung über spezifische Risiken einer Operation oder eine unzureichende Aufklärung des Patienten über Behandlungsalternativen einen Schadensersatzanspruch des Patienten. Antragsberechtigt sind bei der Schlichtungsstelle Patienten, Ärzte und Krankenhausträger sowie deren Versicherer. Die Teilnahme am Schlichtungsverfahren ist freiwillig und bedarf der Zustimmung aller Verfahrensbeteiligter. Das Schlichtungsverfahren ist für Patienten kostenfrei. Lediglich die Kosten eines beauftragten Vertreters und etwaigen Verdienstausschlag sowie erhöhten Verpflegungsbedarf anlässlich einer Untersuchung durch den Gutachter trägt der

Patient selbst. Allerdings geben die Gutachter ihre Stellungnahmen in fast allen Fällen anhand der Akten ab, ohne den Patienten in Augenschein zu nehmen.

Kein Beteiligter muss die Entscheidung der Schlichtungsstelle akzeptieren. Der Rechtsweg wird durch die Tätigkeit der Schlichtungsstelle nicht ausgeschlossen. Nähere Informationen zum Verfahren finden sich unter [www.schlichtungsstelle.de](http://www.schlichtungsstelle.de).

Fachgebietsbezogene Auswertungen ergeben, dass sich die festgestellten Behandlungsfehler im Wesentlichen auf drei Fachgebiete konzentrieren. Es handelt sich hierbei um die Chirurgie mit Unfallchirurgie (27) sowie Allgemein- und Visceralchirurgie (16), die Orthopädie (20) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe (insgesamt 16, davon Frauenheilkunde 15). Dass gerade in diesen Fächern verstärkt Behandlungsfehler registriert werden, liegt unter anderem daran, dass sie speziell in diesen Fachgebieten für den Patienten eindeutiger erkenn- und spürbar sind als in anderen Fächern, wie zum Beispiel bei der Inneren oder Allgemeinmedizin. Die oben genannte Statistik gibt daher kein repräsentatives Bild der Verteilung der Behandlungsfehler auf die verschiedenen Fachgebiete.

Referat Berufsrecht,  
Ärztekammer Berlin

## Behandlungsfehlerstatistik Berlin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen in Hannover

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Bearbeitete Anträge*	395	412	360	429	454	523	526	573
Schadenersatzansprüche bejaht	69	72	77	78	74	103	83	119
Schadenersatzansprüche verneint	141	166	132	177	193	212	211	245
Behandlungsfehlerquote bei den begutachteten Fällen	32,86%	30,25%	36,84%	30,59%	27,72%	32,70%	28,23%	32,69%

\* ein durchschnittlicher Prozentsatz von ca. 40 % der eingehenden Anträge kann wegen fehlender Zuständigkeit der Schlichtungsstelle, nicht gegebener Zustimmung eines Verfahrensbeteiligten oder aus sonstigen Gründen nicht bearbeitet werden.

# Bestandene Facharztprüfungen November 2003 bis April 2004\*

## Allgemeinmedizin

Ines Apel	16. März 2004
Dr. med. Razmik Baghramian	9. Dezember 2003
Dr. med. Inka Behrendt	27. Januar 2004
Kathrin Bethke	10. Februar 2004
Dr. (ausl.) Eva Cserép	16. März 2004
Dr. med. Ana Ditzenbach	30. März 2004
Dr. med. Susanne Döpfmer	10. Februar 2004
Dr. med. Katrin Ulrike Ernst	16. März 2004
Annette Froehlich	30. März 2004
Dr. med. Tatjana Holz	20. Januar 2004
Dr. med. Margareta Kampmann	9. Dezember 2003
Dietmar Johannes Karmann	2. Dezember 2003
Tip Dr./TR Ismail Kayan	20. Januar 2004
Dr. med. Alexander König	27. Januar 2004
Carmen Krüger	9. Dezember 2003
Dr. med. Dietlinde Leßmann	2. Dezember 2003
Dr. med. Susanne Lutz	20. April 2004
Mojgan Masoudnia	20. Januar 2004
Olaf Meißner	2. Dezember 2003
Dr. med. Bettina von Moers	20. April 2004
Dr. med. Berno Willi Müller	20. April 2004
Jan Paulsen	10. Februar 2004
Dr. med. Anke Risse	20. Januar 2004
Kathrina Roßmüller	2. März 2004
Hartmut Seja	27. Januar 2004
Judit Seyfert	9. Dezember 2003
Dr. med. Karl-Jörn von Stünzner-Karbe	20. Januar 2004
Sofia Teichert	16. März 2004
Dr. med. Patrick Wekwerth	16. März 2004
Kerstin Wolff	2. Dezember 2003

## Anästhesiologie

Dirk Anhalt	8. Dezember 2003
Amelie Barduhn	8. Dezember 2003
Dr. med. Stephanie Bartholain	8. Dezember 2004
Dr. med. Gabriela Buerschaper	16. Februar 2004
Katja Dietrich	26. April 2004
Beatrice Ehling	16. Februar 2004
Patrick Finkmann	28. Januar 2004
Dr. med. Martin Frank	11. Dezember 2003
Christina Ganea	28. Januar 2004
Renate Gatterfeld	28. Januar 2004
Anne-Christin Günther	16. Februar 2004
Dipl.-Med. Anett Helbig	11. Dezember 2003
Dr. med. Claudia Höhne	11. März 2004

Dr. med. Anke Hübner	11. Dezember 2003
Dr. med. Claudia Höhne	11. März 2004
Dr. med. Wolfram Johnen	8. Dezember 2003
Dr. med. Robert Kobischke	11. März 2004
Dr. med. Christoph Mai	29. März 2004
Andreas Manopas	11. März 2004
Jana May	28. Januar 2004
Ralph Neuhaus	16. Februar 2004
Martin Pfeleiderer	26. April 2004
Jörg Schietke	11. Dezember 2003
Dr. med. Susanne Spielmann	28. Januar 2004
Dr. med. Michael Weber	11. Dezember 2003
Else Weinmann	8. Dezember 2003
Stefanie Zenker	26. April 2004

## Arbeitsmedizin

Dr. med. Ruth Wünsch	22. Januar 2004
----------------------	-----------------

## Augenheilkunde

Dr. med. Waldemar Cieschinger	17. Dezember 2003
Dr. med. Peter Ruokonen	17. Dezember 2003
Dr. med. Meike Schellenbeck	17. Dezember 2003
Belinda Cordero Yannarella	17. Dezember 2003

## Chirurgie

Christoph Isbert	9. März 2004
Dr. med. Jens Neudecker	10. Dezember 2003
Dr. med. Henry Ortman	9. März 2004
Markus Piatzer	10. Dezember 2003
Jürgen Rittinghausen	10. Dezember 2003
Dr. med. Kai Roske	9. März 2004
Dr. med. Sven-Christian Schmidt	9. März 2004
Dr. med. Volker Schmitz	17. Dezember 2003
Dr. med. Ute Stöwesand	9. März 2004
Björn Stumpfenhausen	9. März 2004
Dr. med. Frank Ulrich	9. März 2004

## Diagnostische Radiologie

Dr. med. Ellen Foert	9. Dezember 2003
Dr. med. Felix Diekmann	9. Dezember 2003
Dr. med. Rainer Gerofke	30. März 2004
Dirk Jurczyk	12. Februar 2004
Dr. med. Ulrich Neumann	9. Dezember 2003
Dr. med. Jutta Poser	9. Dezember 2003
Dr. med. Kerstin Reddemann-Priebe	30. März 2004
Martin Schürhoff	12. Februar 2004
Dr. med. Anja Tittel	9. Dezember 2003

## Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. med. Nikola Bangemann	24. März 2004
Bettina Böbenecker	10. Dezember 2003
Dr. med. Anne Bohusch	21. Januar 2004
Petra Droege	18. Februar 2004
Henry Eipper	24. März 2004
Dr. med. Kathleen Kaske-Bretag	18. Februar 2004
Dr. med. Sherko Kümmel	21. Januar 2004
Dr. med. Bettina Meshesha	24. März 2004
Dr. med. Jutta Pliefke	11. Februar 2004

Betty Jaramillo Restrepo	10. Dezember 2003
Anja Rolke	11. Februar 2004
Susanne Schmahl	10. Dezember 2003
Dr. med. Holger Schultz	18. Februar 2004
Dr. med. Ina Steinmetz	21. Januar 2004
Dr. med. Calvin Tjong	11. Februar 2004
Werner Wendler	11. Februar 2004
Dr. med. Simone Wesselmann	10. Dezember 2003

## Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. med. Anne Erdmann	3. März 2004
Christine Frenzel-Jung	10. Dezember 2003
Lars Harfenmeister	3. März 2004
Dr. med. Markus Kathke	10. März 2004
Dr. med. Catharina Latz	10. März 2004
Dr. med. Hagen Thieme	10. März 2004
Dr. med. Gunnar Winkler	3. März 2004

## Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. med. Anett Boschnakow	28. April 2004
Dr. med. Ulrike Kosanke	28. April 2004

Dr. med. Alexandra Marchand 17. Dezember 2003  
 Dr./Paris Noel Schartz 28. April 2004  
 M.D./SYR Razan Yannarella 17. Dezember 2003

### Herzchirurgie

Semih Buz 9. März 2004

### Innere Medizin

Dr. med. Markus Allewelt 25. Februar 2004  
 Dr. med. Elisabeth Axthelm 28. April 2004  
 Ute Braun 28. Januar 2004  
 Dr. med. Kai Bruhn 28. April 2004  
 Dr. med. Vera Christoph 21. April 2004  
 Dr. med. Maren Döring 21. April 2004  
 Dr. med. Matthias Döring 31. März 2004  
 Dr. med. Roland Eberle 3. März 2004  
 Burkhard Endres 3. Dezember 2003  
 Dr. med. Thomas Frank 11. Februar 2004  
 Dr. med. Elmar Gieseke 10. Dezember 2003  
 Dr. med. Sven Gläser 28. April 2004  
 Dr. med. Dietlind Glöckner 21. April 2004  
 Costel Nicolai Gornistu 11. Februar 2004  
 Dr. med. Arne Hansen 3. März 2004  
 Dr. med. Dietrich Hasper 3. Dezember 2003  
 Dr. med. Ulrich Heinz 10. Dezember 2003  
 Dr. med. Michaela Hejmenberg 31. März 2004  
 Dr. med. Maya Hellmich 28. April 2004  
 Dr. med. Lars Holmer 11. Februar 2004  
 Dr. med. Anja Jenner 21. April 2004  
 Dr. med. Katja Kociok 21. April 2004  
 Dr. med. Wolfgang Kohn 25. Februar 2004  
 Dr. med. York Kühnle 3. März 2004  
 Dr. med. Albrecht Lorenz 31. März 2004  
 Dr. med. Annette Lubasch 21. April 2004  
 Dr. med. Johannes Mattes 28. Januar 2004  
 Ulrich Möhler 3. März 2004  
 Dr. med. Uwe Peters 10. Dezember 2003  
 Dr. med. Freya Riechert 11. Februar 2004  
 Dr. med. Christian Rosenberger 25. Februar 2004  
 Dr. med. Shahnaz Schaeper 3. Dezember 2003  
 Sylvia Schaper 3. März 2004  
 Dr. med. Daniela Selbig 31. März 2004  
 Dr. med. Ingo Tamm 28. April 2004  
 Dr. med. Michael Wiesener 28. Januar 2004

### Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Joao Casimiro da Palma Casqueiro 18. Februar 2004  
 Dr. med. Christof Dame 11. Februar 2004  
 Diane Gidner 11. Februar 2004  
 Christoph Grüber 3. Dezember 2003

Petra Kleindienst 18. Februar 2004  
 Martina Hammer 18. Februar 2004  
 Dr. med. Silke Nikola Kurz 24. März 2004  
 Dr. med. Birgit Leineweber 24. März 2004  
 Dr. med. Martin Patan 24. März 2004  
 Dr. med. Kathrin Puch 19. November 2003  
 Dr. med. Julia Rakob 18. Februar 2004  
 Dr. med. Ragnhild Anne Schwenk 24. März 2004  
 Dr. med. Caroline Susanne Uhrig 3. Dezember 2003  
 Dr. med. Annkatrin Witte 3. Dezember 2003

### Kinder- und Jugendpsychiatrie

Manuela Krüger 22. Januar 2004

### Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie

Susanne Wessels 24. Februar 2004

### Klinische Pharmakologie

Dr. med. Ulrike Wissinger Gräfenhahn 19. April 2004  
 Dr. med. Julia Kirchheiner 11. Dezember 2003  
 Dr. med. Thomas Staks 12. Februar 2004  
 Dr. med. Kathrin Vick 11. Dezember 2003

### Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Maria Blume 17. Februar 2004  
 Dr. med. Susanne Priem 17. Februar 2004

### Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Dr. med. Jan Dirk Raguse 19. Februar 2004

### Neurochirurgie

Carlos Pereira da Silva Neto 22. Januar 2004

### Neurologie

Dieter Bähr 20. Januar 2004  
 Dr. med. Alexander Ecke 13. Januar 2004  
 Dr. med. Frank Hamilton 16. März 2004

Dr. (UMF) Carmen-Iliana Kammler 20. Januar 2004  
 Dr. med. Henryk Mainusch 4. Dezember 2003  
 Dr. med. Dorothee Römer 4. Dezember 2003  
 Silke Rüschenpöhler 6. Januar 2004  
 Christoph Schellschmidt 16. März 2004  
 Dr. med. Uta Siegel 6. Januar 2004  
 Jörg Ziewitz 20. Januar 2004

### Nuklearmedizin

Ahmad Ahmad 20. April 2004  
 PD Dr. med. Matthias Gutberlet 15. Dezember 2003

### Orthopädie

Dr. med. Friedrich Kleinod 9. März 2004  
 Sven Prinz 2. Dezember 2003  
 Dr. med. Gabriele Rotter 9. März 2004  
 Dr. med. Nicolai Rutkowski 9. März 2004  
 Dr. med. Stephan Tohtz 17. Dezember 2003

### Pathologie

Dr. med. Doris Jähne 11. Dezember 2003  
 Dr. med. Bahram Nadjari 17. Februar 2004  
 Dr. med. Nina Weber 17. Februar 2004

### Pharmakologie und Toxikologie

Dr. med. Heiko Funke-Kaiser 19. April 2004  
 Prof. Dr. med. Thomas Meyer 17. Februar 2004  
 Dr. med. Uwe Rudolph 17. Februar 2004

### Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Christiane Dichgans 24. Februar 2004  
 Dr. med. Cordula Dietrich 30. März 2004  
 Dr. med. Michael John 24. Februar 2004  
 Juan Carlos Tetzeli von Rosador 17. Februar 2004  
 Dr. med. Martin Salzmann 9. März 2004

### Psychiatrie

Katharina Campbell 9. Dezember 2003  
 Dr. med. Henok Getachew 9. März 2004  
 Luigi Grosso 11. Dezember 2003  
 Iris Melzer 11. Dezember 2003  
 Dr. med. Martina Sangkohl 30. März 2004  
 Dr. med. Hartmut Schulz 9. Dezember 2003

### Psychotherapeutische Medizin

Dr. med. Rochane Falsafi Amin 3. Dezember 2003  
 Slawey Batschwarow 14. Januar 2004  
 Dipl.-Med. Sylvia Friedel 3. Dezember 2003  
 Dr. med. Anna Goedel 14. Januar 2004  
 Dr. med. Ingeborg Maeno-Frey 30. März 2004  
 Dr. med. Karin Preiss-Nowzohour 3. Dezember 2003

### Strahlentherapie

Anke Wittrich 20. April 2004

### Urologie

Martin Döring 17. Dezember 2003  
 Dr. med. Manfred Johannsen 10. März 2004  
 Dr. med. Jenny Lassmann 10. März 2004  
 Eva-Maria Paul 10. März 2004  
 Dirk Reitzel 17. Dezember 2003

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

## Die verlorene Kunst des Heilens

**Bernard Lown – Anleitung zum Umdenken; Schattauer Verlag, Stuttgart, 2002, ISBN 3794521684, 300 Seiten, 29,95 €.**

Der gebürtige Litauer Bernard Lown ist einer der herausragenden Kardiologen und Mitbegründer der IPPNW, der 1985 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichneten internationalen Ärztevereinigung, die sich in den Zeiten des kalten Krieges die Verhinderung eines nuklearen Konfliktes auf ihre Fahnen geschrieben hatte. Dass er dabei ein Anliegen hatte, geht aus dem Untertitel hervor: „Anleitung zum Umdenken.“ Welcher praktizierende Arzt würde nicht mit Zurückhaltung reagieren, wenn in Zeiten von Praxisgebühren und Individualbudget er auch noch zum Umdenken aufgefordert wird?

Doch je länger man in dem Buch liest, desto mehr wird deutlich, dass hier ein altersweiser Arzt, ein glühender Verfechter der Wissenschaftsmedizin – wie er sich selbst bezeichnet – wohlfundiert und ganz ohne erhobenen Zeigefinger im Medizinbetrieb Fehlentwicklungen benennt, die jeder langjährig tätige Arzt kennt (und sich darin teilweise beschämt wiedererkennt).

Diese besteht zunächst in der Technologielastigkeit der Ausbildung und der „enzyklopischen“ Wissenssammlung. Auf der Strecke bleibt das, was am Anfang der Heilkunst steht: Die Kunst des Zuhörens (und zwar über die Hauptklage hinaus) sowie die Aufmerksamkeit für das nicht Ausgesprochene. Lown zitiert eine britische Studie, nach der die korrekte Diagnose zu 75 Prozent durch die gründliche Anamnese gelingt. Zu 100 Prozent durch die subtile körperliche Untersuchung, zu fünf Prozent durch teure und invasive Untersuchungen. Die letzten fünf Prozent bleiben im Dunkeln.

Das intensive Zuhören am Anfang der Arzt-Patienten Beziehung schafft eine belastbare Vertrauensbasis. Auf dem Boden dieses Vertrauens können „heilende Worte“ ihre Wirkung entfalten. Anhand vieler Beispiele beschreibt Lown die enge Verbindung zwischen Psyche

und körperlichen Reaktionen. Einfache Missverständnisse in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient können sogar tödliche Folgen haben, wenn der Patient sich abgeschrieben fühlt. Lown scheut sich nicht, eine optimistische „heilende“ Haltung an den Tag zu legen, „wenn die wissenschaftliche Basis für eine Heilung nur hauchdünn oder gar nicht vorhanden war“. Dazu kommt die fehlende Scheu, sich auch alternativer Strategien zu bedienen. Er berichtet über einen Patienten mit therapierefraktärem Schluckauf und nahezu suizidgefährdendem Leidensdruck, der von ihm mittels Hypnose peu a peu geheilt wurde.

Lown rechnet nach, dass jeder 2. Besuch bei einem Therapeuten den Patienten zu einem Therapeuten der alternativen Szene führt. Kein Wunder, meint Lown, wenn der Kranke auf Ärzte trifft, die ihm nur in 25 Prozent der Fälle helfen können, die nicht gelernt haben zuzuhören und die darüber hinaus verdächtigt werden, in ein System, das auf Profit aus ist, verstrickt zu sein. Umgekehrt provoziert die Angst vor Schadensersatzprozessen Verhaltensweisen, die möglicherweise medizinisch korrekt aber doch unärztlich sind. Diese Ängste sind in Deutschland (noch) unbegründet.

Im Vorwort kommt Lown jedoch auf Deutschland zu sprechen und diagnostiziert „den gleichen Marktmechanismus, eine boomende Technologie und die Überalterung der Bevölkerung“, einhergehend nicht nur mit einer ökonomischen, sondern auch mit einer Vertrauenskrise.

Mit Herzblut geschrieben ist das Kapitel über Tod und Sterben. Auf dem Hintergrund, dass Sterbende den Hauptanteil des Profits amerikanischer Krankenhäu-

ser ausmachen, sei es in der Regel nicht möglich, im Krankenhaus einen guten und würdigen Tod zu finden. „Ein Sterbender gehört nicht ins Krankenhaus“.

Bewegend erzählt der Autor die Geschichte seiner Mutter, die, schwer herzinsuffizient, zuhause ihrem Tod entgegensah. Zurückkommend von einer Pause während seiner Krankenwache musste der Kardiologe, der maßgeblich an der Entwicklung moderner kardiologischer Intensivstationen beteiligt war, ein „Schauspiel von äußerster Obszönität, einen kafkaesken Albtraum“ erleben: seine

eigene Mutter lag nackt und intubiert auf dem Fußboden und wurde reanimiert. Was war geschehen? Die betreuende Schwester hatte Angst bekommen, als sie die Patientin sterben sah, den Notruf gewählt und damit einen Geist aus der Flasche gelassen, der alle Pläne für einen friedlichen und würdevollen Tod zunichte gemacht hatte.

Lown plädiert für Respekt im Umgang mit dem Tod und dafür, dass Ärzte nicht in ihrer Ausbildung darauf konditioniert werden, ihn unter allen Umständen zu bekämpfen.

Letztlich geht es ihm um ein modernes Gesundheitssystem mit menschlichem Antlitz. „Practising the art of healing and mastering science“. Dafür legt er das ganze Gewicht seiner Autorität in die Waagschale und dafür soll das Buch als „Kompass oder Wegweiser“ dienen. Es ist ihm ein wichtiges Buch gelungen. Eine überraschend vergnüglich zu lesende, spannende Melange aus autobio-

graphie, philosophischen Betrachtungen, klinischen Tipps, Wissenschaftsgeschichte und anekdotischen Fallbeispielen. Durch konsequente Vermeidung spezieller medizinischer Terminologie ist das Buch auch für den interessierten Laien lesbar und ein Gewinn. Auch wenn man sich vor Augen führen muss, dass sich die ärztliche Perspektive in einer Bostoner Privatpraxis anders dar-

stellt als beispielsweise in einer Hausarztpraxis im Wedding, hat mich das Buch begeistert. Ich möchte es allen Kollegen empfehlen. Gerade in Zeiten des ökonomischen Durcheinanders und des Versagens der Politik braucht man derartige Leuchtfuehrer!

Dr. med. Ulrich Scheub

## Krankenhaus-Report 2002

Jürgen Klauber, Bernd-Peter Robra, Henner Schellschmidt (Hrsg.), Schattauer-Verlag, Stuttgart 2004. 488 Seiten, 74 Abb., 72 Tab., mit CD ROM, 45,95 €.

Fast die Hälfte aller deutschen Krankenhäuser haben das viel gescholtene neue Vergütungssystem nach Fallpauschalen schon im letzten Jahr erprobt – im „Jahre 1 der DRGs“. Welche Schwierigkeiten die Umstellung macht, die auf politischen Druck für alle obligatorisch wurde, wie sich diese Schwierigkeiten nach Möglichkeit überwinden lassen und welche Folgen das neue System nicht nur für die klinische Versorgung hat – das analysiert

hier eine Schar kompetenter Autoren in 20 Einzelbeiträgen, alle mit kurzen Abstracts. Denn für die neueste – elfte – Ausgabe des alljährlich erscheinenden Krankenhaus-Reports wurde ein hochaktueller Schwerpunkt gewählt: die deutschen Diagnosis Related Groups (DRGs).

Im zweiten Teil des Buches werden zwei andere aktuelle Themen zur Diskussion gestellt: Qualitätsanalysen der klinischen Versorgung mit Hilfe von Routinedaten (ein Forschungsprojekt, bei dem die Ergebnisqualität im Zentrum steht) und die Probleme der im Umbruch befindlichen ärztlichen Arbeitszeit-Organisation. Teil 3 bietet etwas ganz Neues:

Eine übersichtliche Chronik der für die Kliniken relevanten Gesundheitspolitik zwischen 2000 und 2002. Es folgen Krankenhausdaten und Analysen einschließlich Diagnosestatistik, mit Sonderkapitel zur Operationshäufigkeit 1998 bis 2001, das enorme regionale Unterschiede aufzeigt. In Brandenburg kommen zum Beispiel 153 Kaiserschnitte, im Saarland schon 335 auf 1000 Lebendgeborene. Den Schluss dieses inhaltsreichen Bandes bildet wie immer das Krankenhaus-Directory, zum ersten Mal unter DRG-Blickwinkel: Für die schon 2003 nach Fallpauschalen abrechnenden 600 Krankenhäuser werden DRG-relevante Daten vermerkt.

R. St.

## Gesundheitspolitik Eine systematische Einführung

Rolf Rosenbrock, Thomas Gerlinger (Hrsg.), Verlag Hans Huber, Bern 2004, 320 Seiten mit Abb., 29,90 €.

Ein Kompass für's Haifischbecken ist dieses Buch. Es zeigt dem Leser, „welche Aufstellung die Haifische genommen haben und wer wen frisst“, sagte Ex-Gesundheitsministerin Andrea Fischer, die sich so etwas zu Beginn ihres Amtes gewünscht hätte. Sie hob hervor, dass die verschiedenen, oft diametral entgegengesetzten Interessen der Akteure im Gesundheitswesen hier so genau analysiert werden, dass man am Ende „besser beurteilen kann, was welche Maßnahmen gebracht haben“.

Vielleicht, weil die Politikerin bei der Buchvorstellung im Wissenschaftszentrum Berlin zwischen den beiden dort tätigen Autoren saß, vermied der eine von ihnen, Rosenbrock, ein klares Nein auf die Frage, ob wir überhaupt eine Gesundheitspolitik haben, die diesen Namen verdient.

Dieses Nein ergibt sich aber aus dem Buch. Es definiert Gesundheitspolitik als „die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen und sozialen Folgen von Krankheit lindern.“ Derzeit werde Gesundheitspolitik

aber auf Krankenversorgungspolitik oder gar nur Kostendämpfungspolitik reduziert. Die Bezahlbarkeit sei zwar eine wichtige Nebenbedingung, aber nicht das Ziel der Gesundheitspolitik.

Nur in diesem einen Punkt, betonte Rosenbrock, seien die Autoren normativ. Ansonsten analysieren sie das, was ist oder fehlt, zeichnen ein gesundheitliches Problempanorama, widmen der defizitären Präventionspolitik und dem komplexen System der Krankenversorgung eigene Kapitel und schildern ausgewählte Steuerungsprobleme, wie Qualitätssicherung, Integration, Wettbewerb und Risikostrukturausgleich. Sie schließen mit einem Kapitel über Gesundheitspolitik in der Schweiz mit ihren sehr ähnlichen Problemen und prüfen, was die dortigen Reformen ergeben haben.

R. St.

## Neue Therapieempfehlungen

Nebenstehend sehen Sie die aktuellen Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zur „Arteriellen Hypertonie“ in Kurzfassung. Etwa viermal im Jahr veröffentlicht die Arzneimittelkommission solche un-

abhängigen Therapieempfehlungen zu den verbreitetsten Volkskrankheiten. Um sie in der Ärzteschaft noch bekannter zu machen, drucken wir die Kurzfassung immer kurz nach der Veröffentlichung in BERLINER ÄRZTE ab. Unter [www.akdae.de](http://www.akdae.de) (Kapitel: Therapieempfehlungen, Aktuelle Hefte) können Sie auf der Homepage der

Arzneimittelkommission auch die Langversion der Empfehlungen herunterladen oder ein Abo bestellen. Die Empfehlungen erscheinen in Printversion als ausführlich erläuternde Hefte, mit einliegender Kurzversion (Die Red.)



## Vorbemerkung zu den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission zur arteriellen Hypertonie

In den modernen Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie setzt sich die Einsicht durch, dass mit allen antihypertensiv wirksamen Substanzgruppen, Diuretika, Betablocker, Kalziumantagonisten, ACE-Hemmern und AT<sub>1</sub>-Blockern der Blutdruck gesenkt und die Zahl der Komplikationen, Herzinfarkt, Schlaganfall und Herzinsuffizienz vermindert werden kann.

Es gibt für die einzelnen Substanzgruppen Argumente, die sie für besondere Indikationen besonders günstig erscheinen lassen. Die Argumente sind grenzwertig. Das Wichtigste ist: der Blutdruck wird gesenkt. Der Nutzen ist umso größer, je höher die Zahl der zusätzlichen Risikofaktoren ist (PROCAM-Risiko-Score). Die Initialtherapie ist eine Monotherapie speziell bei Patienten mit geringer Blutdruckerhöhung und insgesamt niedrigem PROCAM-Score. Das wird aus dem dargestellten Algorithmus

der Arzneimittelkommission deutlicher als aus dem neuen Algorithmus der Hochdruckliga. Der stellt die initiale Kombinationstherapie mehr in den Vordergrund – obwohl ein nennenswerter Teil aller Patienten in den Studien mit einem Medikament ausgekommen sind.

Ein Defizit haben aber beide deutschen Leitlinien gemeinsam: Sie beziehen den Preis der Medikamente nicht in die Überlegungen ein. Wenn man den gleichen Effekt jedoch in unterschiedlichen Preisklassen erzielen kann, dann muss die niedrigere Preisklasse ausgewählt werden. Es ist unethisch, das Geld der Versicherten auszugeben, wenn dadurch nicht mehr Herzinfarkte und Herzinsuffizienzen verhindert und weniger Nebenwirkungen produziert werden. Mit preiswerter Behandlung kann man eine größere Zahl von Patienten gut behandeln. Warum

werden in den Tabellen nicht die Preise der mittleren Tagesdosierungen angegeben? Dadurch würden die Verfasser zeigen, dass die Pharmako-Ökonomik auch für sie ein immens wichtiger Aspekt ist. Auf Anregung des ARZNEIMITTELBRIEFS hat BERLINER ÄRZTE die Preise einer mittleren Tagesdosis, basierend auf dem ARZNEIVERORDNUNGSREPORT 2003, in die Tabelle eingesetzt. Die Preise mögen sich bis heute etwas verändert haben. Auch standen damals noch nicht alle heutigen Medikamente zur Verfügung. Es kann jedoch nicht um Einzelheiten gehen. Auch der Erfahrene wird sich über die Preisunterschiede an der einen und anderen Stelle wundern. Hier muss die Diskussion einsetzen: Ist der Unterschied in der Wirkung den Unterschied im Preis wert?

Prof. Dr. med. Walter Thimme/  
DER ARZNEIMITTELBRIEF



# AUF EINEN BLICK: ARTERIELLE HYPERTONIE

## I. DIAGNOSTIK

### A. BASISDIAGNOSTIK

#### ■ Anamnese

Hypertonie (Dauer? Höhe der Werte? Krisenhaft? Familiär?), Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen? Risikofaktoren (Rauchen, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, körperliche Aktivität)? Schnarchen? Arzneimittelanamnese: Antihypertensiva? Psychostimulantien? Immunsuppressiva? Antirheumatika? Erythropoietin? Sexualhormone? Sympathomimetika?

#### ■ Körperliche Untersuchung

Habitus, Gewicht, Größe, BMI, Herz, Lunge, Karotiden, Abdomen (Auskultation/Palpation), Nierenlager, Blase, Prostata, Aorta, Leisten- u. Fußpulse; Lähmungen? Aphasie?

#### ■ Blutdruckmessung

- Zur endgültigen Diagnosestellung: mindestens 3-malige Kontrolle innerhalb von vier Wochen in Ruhe, ggf. ergänzende Selbstmessung, 24-Std.-Messung, Messung unter Ergometerbelastung
- Verwendung an den Armumfang angepasster Blutdruckmanschetten
- Messung an beiden Armen

#### ■ Laboruntersuchungen

Kreatinin, Kalium, Glukose, Cholesterin (LDL, HDL), Triglyzeride, Harnsäure, Urinstatus (korpuläre Bestandteile, Protein, Glukose)

#### ■ Apparative Untersuchungen

EKG, Sonographie des Abdomens, Funduskopie (bei  $\geq 115$  mm Hg diastolisch)

### B. WEITERE DIAGNOSTIK

Bei schwerer Hypertonie und begründetem Verdacht auf sekundäre Hypertonie sind weitere Maßnahmen inkl. endokrinologischer Diagnostik (u. a. TSH, Kalzium, Renin und Aldosteron, Glukokortikoide, Katecholamine, Angiographie) erforderlich.

## II. INDIKATION

Grundlage zur Indikationsstellung für die antihypertensive Therapie sind

- Blutdruckhöhe (Tabelle 1),
- individuelles KHK-Risiko (ermittelt mit dem PROCAM-Score aus Abbildung 1 der Langfassung der Therapieempfehlung, s. a. Tabelle 1) und
- hypertensive Organschäden (Tabelle 2).

Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen bzw. hypertensiven Organschäden (Tabelle 2) wie z. B. manifester KHK und anderen klinischen Atherosklerosemanifestationen (pAVK, Karotisstenose  $> 50\%$ , Schlaganfall, TIA, Bauchaortenaneurysma) sind in jedem Falle Hochrisikofälle, entsprechend einem 10-Jahres-KHK-Risiko  $> 20\%$  mit der Notwendigkeit einer Blutdrucknormalisierung.

Tabelle 2: Kardiovaskuläre Erkrankungen und hypertensive Organschäden, die zur Erhöhung des kardiovaskulären Risikos bei Hypertonie beitragen können, nach JNC VII, 2003 Seventh Report

#### Symptomatische kardiovaskuläre Erkrankungen/hypertensive Organschäden

- Herzerkrankungen
  - linksventrikuläre Hypertrophie
  - Angina pectoris
  - vorangegangener Myokardinfarkt
  - vorangegangene koronare Revaskularisation
  - Herzinsuffizienz
- Schlaganfall, TIA oder PRIND
- Nierenerkrankung
- pAVK
- Retinopathie

## III. THERAPIE

### Therapieziel

Zentrales therapeutisches Ziel ist die Reduktion der zerebro- und kardiovaskulären sowie renalen Morbidität und Mortalität. Hierzu sollten generell Blutdruckwerte  $< 140/90$  mmHg, bei Hochrisikopatienten (Niereninsuffizienz, KHK, Diabetes mellitus mit Mikroalbuminurie)  $< 130/80$  mm Hg, bei Proteinurie (1 g/Tag  $< 125/75$  mmHg erreicht werden.

### A. NICHTMEDIKAMENTÖSE MAßNAHMEN

Nichtmedikamentöse Maßnahmen sollten auch bei den Patienten ergriffen werden, die eine medikamentöse Therapie benötigen, da hierdurch die Anzahl und Dosierung von Antihypertensiva reduziert werden kann und die Ansprechbarkeit auf Antihypertensiva erhöht wird.

Tabelle 3: Empfohlene nichtmedikamentöse Maßnahmen, deren blutdrucksenkende Wirkungen belegt (I.) oder von denen günstige Wirkungen auf das Risiko von Herz-Kreislauf-erkrankungen (II.) zu erwarten sind

#### I. Senkung des Blutdruckes

- Gewichtsreduktion bei Übergewicht
- Vermehrte körperliche Aktivität (z. B. dynamisches Ausdauertraining  $\geq 3 \times 30$  Min./Woche)
- Reduktion der Kochsalzaufnahme auf 5–6 g/Tag anstreben
- Reduktion des Alkoholkonsums ( $< 30$  g/Tag)

#### II. Prävention von Folgeerkrankungen, jedoch kein oder nur geringer Einfluß auf den Blutdruck:

- Einstellen des Rauchens
- Cholesterinsenkende Ernährung
- Gesundheitsfördernde Ernährung (obst- und gemüsereiche, fettarme und fettmodifizierte Kost)

Tabelle 1: Antihypertensive Behandlung gemäß Blutdruck und kardiovaskulärem Risiko, modifiziert nach »2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology Guidelines« (S. PROCAM-Score aus Abbildung 1 der Langfassung der Therapieempfehlung)

Blutdruck (mmHg)	PROCAM-Risiko-Score [%]	Maßnahmen			
noch normal (130–139/85–89)	$< 10$	NM			
	10–20	NM + K			
	$> 20$	NM + PT			
Stadium 1 + 2 (140–179/90–109)	$< 10$	NM + K	3–12 Mon.		$\geq 140-159/90-99$ → PT erwägen
	10–20	NM + K			$< 140/90$ → K
	$> 20$	NM + PT			$\geq 140/90$ → PT
Stadium 3 ( $\geq 180/110$ )	$< 10$	NM + PT			
	10–20	NM + PT			
	$> 20$	NM + PT			

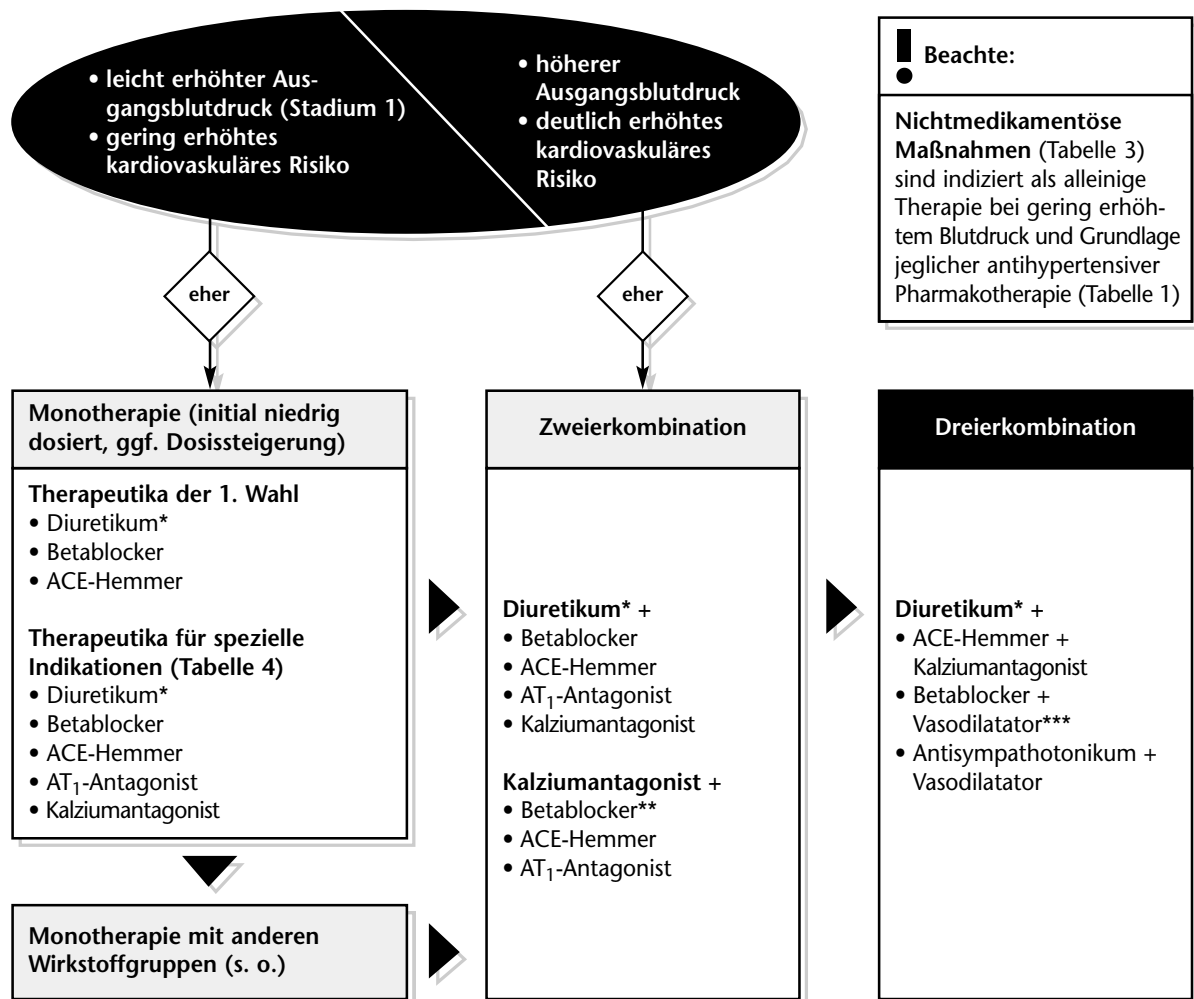
NM Nichtmedikamentöse Maßnahmen (Lebensstil-Modifikation, s. Tabelle 3)

PT Pharmakotherapie (s. Stufenplan Abbildung 1)

K Kontrolle von Blutdruck, Risikofaktoren, Begleit- und Folgeerkrankungen (s. a. Tabelle 2)

# AUF EINEN BLICK: ARTERIELLE HYPERTONIE

Abbildung 1: Vorgehen und Stufen bei der antihypertensiven Therapie



- ▶ bei unzureichender Blutdrucksenkung  
\* Schleifendiuretika nur bei Niereninsuffizienz  
\*\* Kombination nur mit Dihydropyridinderivat  
\*\*\* hier: Kalziumantagonist, ACE-Hemmer, Alpha<sub>1</sub>-Rezeptorenblocker oder Dihydralazin, Minoxidil nur bei sehr schwer einstellbarer Hypertonie, als Diuretikum dann ein Schleifendiuretikum

Tabelle 4: Gesicherte zusätzliche Wirkungen/Indikationen (+) und nachteilige Wirkungen (-) von Antihypertensiva

	Diuretika	Betablocker	ACE-Hemmer	AT <sub>1</sub> -Antagonisten	Kalziumantagonisten
Herzinsuffizienz	+	+ <sup>1</sup>	+	+	-
Angina pectoris (stabil)		+			+ <sup>6</sup>
Z. n. Myokardinfarkt		+ <sup>2</sup>	+		
Diabetes mellitus		+ <sup>3</sup>	+	+	
Obstruktive Lungenerkrankung		-			
Nierenerkrankung, diabetische Nephropathie	+ <sup>4</sup>		+ <sup>5</sup>	+ <sup>5</sup>	
Schwangerschaft	s. Tabelle 10				

<sup>1</sup> Metoprolol, Bisoprolol, Carvedilol additiv zu ACE-Hemmern

<sup>2</sup> ohne intrinsische sympathomimetische Aktivität (ISA)

<sup>3</sup> beta<sub>1</sub>-selektive Rezeptorenblocker senken das kardiovaskuläre Risiko; Maskierung von Hypoglykämiesymptomen möglich

<sup>4</sup> Niereninsuffizienz: keine Thiazide sondern Schleifendiuretika verwenden; wegen Gefahr der Hyperkaliämie keine »Kaliumsparer«

<sup>5</sup> Kontraindikation bei Nierenarterienstenose beidseits oder bei Einzelniere

<sup>6</sup> Dihydropyridin-Kalziumantagonisten sind im Zeitraum bis zu 4 Wochen nach Infarkt und bei instabiler Angina pectoris kontraindiziert

# AUF EINEN BLICK: ARTERIELLE HYPERTONIE

## B. MEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN

### Wirkstoffauswahl (s. Wirkstoffübersicht: Tabelle 6)

- Diuretika, Betablocker und ACE-Hemmer sind Mittel der ersten Wahl für Erstbehandlung und Monotherapie der unkomplizierten Hypertonie (Abbildung 1).
- Langwirksame Kalziumantagonisten und AT<sub>1</sub>-Antagonisten müssen bei der Initialtherapie in die differentialtherapeutischen Überlegungen einbezogen werden, wenn durch die Behandlung gleichzeitig bestehender Erkrankungen, hypertonietyperischer Organschäden oder anderer spezieller Indikationen (Tabelle 4) günstige Wirkungen zu erwarten sind oder wenn Unverträglichkeiten gegenüber Substanzen der erstgenannten Gruppen bestehen.
- Antisymphotonika und Vasodilatoren inkl. Alpha<sub>1</sub>-Rezeptorenblocker erscheinen aufgrund ihres jeweiligen Nebenwirkungspotentials heute für die Monotherapie kaum geeignet, sind jedoch wichtige Reserveantihypertensiva für die Dreifachkombination.

### Vorgehen

- In jedem Falle Einleitung, beim Auslassversuch auch Beibehaltung nichtmedikamentöser Maßnahmen
- Auslassversuch: ausschleichend, unter engmaschiger Blutdruckkontrolle, wenn Normotonie über 6–12 Monate vorgelegen hat

### Hypertensiver Notfall

Anamnese/Diagnostik: Sehstörungen, Bewusstseinstörungen, neurologische Ausfallerscheinungen, Lungenödem, Angina pectoris  
→ Klinikeinweisung  
Zuvor gegebenenfalls folgende Erstbehandlungsmaßnahmen:

Tabelle 5: Erstbehandlung des hypertensiven Notfalls

Wirkstoff	Dosierung
Nitroglyzerin	1,2 mg als Spray oder Kapsel
Nifedipin	5 (–10) mg peroral (Kontraindikation: instabile Angina pectoris oder Myokardinfarkt)
Nitrendipin	5 mg peroral (Kontraindikation wie Nifedipin)
Furosemid	20–40 mg intravenös
<b>bei unzureichender Wirkung:</b>	
Clonidin	0,075 mg peroral 0,075 mg subcutan 0,075 mg langsam intravenös
Urapidil	25 mg intravenös

Tabelle 6a: Wirkstoffe (Monopräparate) zur Langzeitbehandlung der Hypertonie sowie wichtige unerwünschte Wirkungen (UAW) und Arzneimittelinteraktionen (IA)

Wirkstoff	Tagesdosis oral (mg)	Preis pro mittlerer Tagesdosis (DDD*)
<b>Diuretika</b>		
<i>Thiazide und Analoga</i>		
Chlortalidon	12,5–25	–
Hydrochlorothiazid	12,5–25	0,13 €
Indapamid	2,5	0,58 €
Xipamid	5–20 (40)	0,34 €
<i>Schleifendiuretika</i>		
Bumetanid	0,5–2	–
Furosemid	20–80	0,11 €
Piretanid	3–6	0,42 €
Torsemid	2,5–5	0,72 €
UAW: Hypokaliämie, Hyperglykämie, Hyperurikämie, Hyperlipidämie IA: Diuretika erhöhen die Toxizität von Lithium (pk) und Herzglykosiden (pd, Hypokaliämie). Die Wirkung von Diuretika kann durch Anionenaustauscher (Colestyramin, pk), nichtsteroidale Antiphlogistika (pd), Glukokortikoide (pd) vermindert werden.		
<b>Betablocker</b>		
<i>beta<sub>1</sub>-selektive Rezeptorenblocker</i>		
Acebutolol (ISA)	400–800	–
Atenolol	50–100	0,28 €
Betaxolol	10–20	–
Bisoprolol	2,5–10	0,42 €
Celiprolol (ISA)	200–400	0,33 €
Metoprolol	50–200	0,49 €
Nebivolol	5	0,81 €
Talinolol	100	0,29 €
<i>nicht-beta<sub>1</sub>-selektive Rezeptorenblocker</i>		
Bupranolol	100–400	–
Carteolol (ISA)	5–20	–
Mepindolol (ISA)	5–10	–
Nadolol	30–120	–
Oxprenolol (ISA)	160–320	–
Penbutolol (ISA)	20–80	–
Pindolol (ISA)	10–15 (ret. 20)	0,90 €
Propranolol	80–160 (ret. 320)	0,74 €
UAW: Bradykardie, Verzögerung der AV-Überleitung, Bronchokonstriktion, Vasokonstriktion, (»kalte« Extremitäten), Störungen von Libido u. Potenz IA: Cimetidin und Chinidin erhöhen die Wirkung von lipophilen Betablockern (pk). Nichtsteroidale Antiphlogistika (pd), Phenobarbital und Rifampicin (pk) vermindern die Wirkung von Betablockern. Betablocker verlängern (und maskieren) Antidiabetika-bedingte Hypoglykämien (pd), vermindern die Wirkung von Antisthmatika (pd), verzögern die kardiale Erregungsleitung bei Gabe herzwirksamer Substanzen (Asystolie bei Kombination mit Verapamil, pd), verstärken das Clonidin-Absetzsyndrom (pd).		
<b>Beta- und Alpha<sub>1</sub>-Rezeptorenblocker</b>		
<i>nichtselektiver Betablocker</i>		
Carvedilol	12,5–25 (50)	1,63 €
UAW: s. Betablocker, jedoch geringere periphere Vasokonstriktion		

\* Die Preisangaben in Tabelle 6 (jeweils bezogen auf die international definierte mittlere Tagesdosis des Wirkstoffs) wurden nachträglich eingefügt. Sie beruhen auf Recherchen der Redaktion des Arzneimittelbriefs und basieren auf dem Arzneimittelreport 2003. Die Einsetzung erfolgte mit Genehmigung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft.

# AUF EINEN BLICK: ARTERIELLE HYPERTONIE

Tabelle 6b: Wirkstoffe (Monopräparate) zur Langzeitbehandlung der Hypertonie sowie wichtige unerwünschte Wirkungen (UAW) und Arzneimittelinteraktionen (IA)		
Wirkstoff	Tagesdosis oral (mg)	Preis pro mittlerer Tagesdosis (DDD*)
<b>Kalziumantagonisten</b>		
<i>Verapamil-/Diltiazemtyp</i>		
Diltiazem ret.	180–360	0,70 €
Gallopamil ret.	100–200	1,06 €
Verapamil ret.	120–480	0,41 €
UAW: bradykarde Rhythmusstörungen, Obstipation, Flush		
<i>Dihydropyridine</i>		
Amlodipin	5–10	0,62 €
Felodipin	2,5–10	0,52 €
Isradipin	2,5–10	0,87 €
Lacidipin	2–6	0,89 €
Lercanidipin	10–20	0,58 €
Nicardipin	60–90	–
Nifedipin ret.	20–60	0,34 €
Nilvadipin	8–16	0,74 €
Nisoldipin	10–30	1,22 €
Nitrendipin	10–40	0,16 €
UAW: Flush, Kopfschmerz, Tachykardie und Arrhythmie (sympathotone Gegenregulation), Angina pectoris (kontraindiziert bei instabiler Angina pectoris und Zustand nach akutem Myokardinfarkt < 4 Wochen) Gingivahyperplasie, Beinödeme IA: Cimetidin, Ranitidin und Grapefruitsaft erhöhen die Wirkung von <i>Dihydropyridinen</i> (pk). <i>Phenobarbital</i> und <i>Rifampicin</i> vermindern die Wirkung von <i>Kalziumantagonisten</i> (pk). <i>Diltiazem</i> , <i>Verapamil</i> und <i>Nicardipin</i> erhöhen die <i>Ciclosporin</i> -Konzentration (pk). Kombination von <i>Betablockern</i> mit <i>Verapamil</i> , <i>Diltiazem</i> kann zu lebensbedrohlichen bradykarden Rhythmusstörungen führen.		
<b>ACE-Hemmer</b>		
Benazepril	10–20	0,53 €
Captopril	25–150	0,26 €
Cilazapril	0,5–5,0	0,59 €
Enalapril	2,5–40	0,31 €
Fosinopril	10–40	0,70 €
Imidapril	5–20	0,61 €
Lisinopril	5–40	0,30 €
Moexipril	7,5–30	–
Perindopril	4–8	0,73 €
Quinapril	10–40	0,84 €
Ramipril	1,25–2,5–10	0,45 €
Spirapril	3–6	0,62 €
Trandolapril	0,5–4	0,73 €
UAW: Angioödem, Reizhusten, Leukozytopenie, Nierenfunktionseinschränkung, insbes. bei Nierenarterienstenose, Hyperkaliämie, Hypotension insbes. bei Vorbehandlung mit Diuretika IA: Hyperkaliämie bei Kombination von <i>ACE-Hemmern</i> mit <i>kaliumsparenden Diuretika</i> , <i>Kaliumsalzen</i> , <i>Ciclosporin</i> (pd). <i>ACE-Hemmer</i> können die <i>Lithiumkonzentration</i> auch erhöhen (pk). <i>Nichtsteroidale Antiphlogistika</i> vermindern die Wirkung von <i>ACE-Hemmern</i> (pd).		
<b>AT<sub>1</sub>-Antagonisten</b>		
Candesartan	4–16	0,73 €
Eprosartan	600–800	1,04 €
Irbesartan	150–300	0,91 €
Losartan	50–100	1,11 €
Olmesartan	10–40	–
Telmisartan	20–80	0,74 €
Valsartan	80–160	0,83 €
UAW: Über die Beeinflussung des Renin-Angiotensin-Systems erklärable Nebenwirkungen wie Nierenfunktionseinschränkungen insbes. bei Nierenarterienstenose und Hyperkaliämie möglich, Hypotension insbes. bei Vorbehandlung mit Diuretika IA: s. <i>ACE-Hemmer</i>		
<b>Alpha<sub>1</sub>-Blocker</b>		
Bunazosin	3–12	0,77 €
Doxazosin	1–8	0,75 €
Terazosin	1–20	–
Urapidil	60–180	1,35 €
UAW: orthostatische Hypotonie, insbes. nach erster Dosis, Natrium- und Wasserretention, Palpitationen, Tachykardie, Kopfschmerz		
<b>Antisymphotonika</b>		
Clonidin	0,15–0,9	0,58 €
Methyldopa	125–750 (–2000)	1,12 €
UAW: Sedierung, trockener Mund, Impotenz, depressive Verstimmung, Methyldopa: selten cholestatische Hepatose IA: Sedativ-hypnotische Wirkungen können von anderen, das ZNS dämpfende Substanzen ( <i>Antidepressiva</i> , <i>Antihistaminika</i> , <i>Antiepileptika</i> , <i>Benzodiazepine</i> , <i>Opiode</i> ) verstärkt werden (pd). Bradykardisierung und AV-Überleitungsstörungen bei Kombination mit <i>Betablockern</i> oder <i>Herzglykosiden</i> (pd). <i>Trizyklische Antidepressiva</i> mindern die Wirkung von <i>Clonidin</i> (pd), <i>Betablocker</i> verstärken das <i>Clonidin</i> -Absetzsyndrom (pd).		
<b>Direkte Vasodilatoren</b>		
Minoxidil	5–40 (–100)	–
Dihydralazin	25–150	0,81 €
UAW: Tachykardie, Angina pectoris, Übelkeit D.; Obstipation, selten: Lymphknotenschwellung, Agranulozytose u. bei langsamen Azetylierern SLE, M: Odeme, Hypertrichose, Perikarderguss IA: Wirkungsverstärkung durch andere <i>Antihypertensiva</i> , <i>Antidepressiva</i> ( <i>NSMRI</i> ) und <i>Neuroleptika</i> (pd); Nebenwirkungsreduktion durch <i>Diuretika</i> u. <i>Betablocker</i> (pd)		

# Warme Luftblasen

in den Medien einst und jetzt

Es stand in einem überregionalen Blatt für kluge Köpfe: Gegen Scharlach und Ruhr, Pocken und Pest, jagegen alle fieberhaften Krankheiten sei ein „untrügliches“ Mittel entdeckt worden, das die meisten Patienten binnen zwei Stunden aus der Todesgefahr reiße. War die Zeitung auf einen Scharlatan hereingefallen? Oder hatte sie, wie das so oft geschieht, ohne Zutun des Forschers ein Ergebnis hochgejubelt, das höchstens zu vagen Zukunftshoffnungen berechnigte?

Weder noch: Der Forscher selbst belegte im gleichen Blatt die Wirksamkeit seiner Mittel (es waren gleich zwei) mit dem ausführlichen Bericht über eine wundersame Heilung. Die Sache machte einen ungeheuren Wirbel – ähnlich wie die anfangs so euphorische Darstellung der Genterapie oder der kühne Terminus „therapeutisches“ Klonen. Der Fall ist jedoch schon zwei Jahrhunderte alt. Der Berliner Medizinhistoriker Volker Hess stellte ihn ganz bewusst ins Zentrum seiner Antrittsvorlesung an der Charité: Weil er exemplarisch ist für das Wechselspiel von medizinischer Wissenschaft, Öffentlichkeit und Markt.

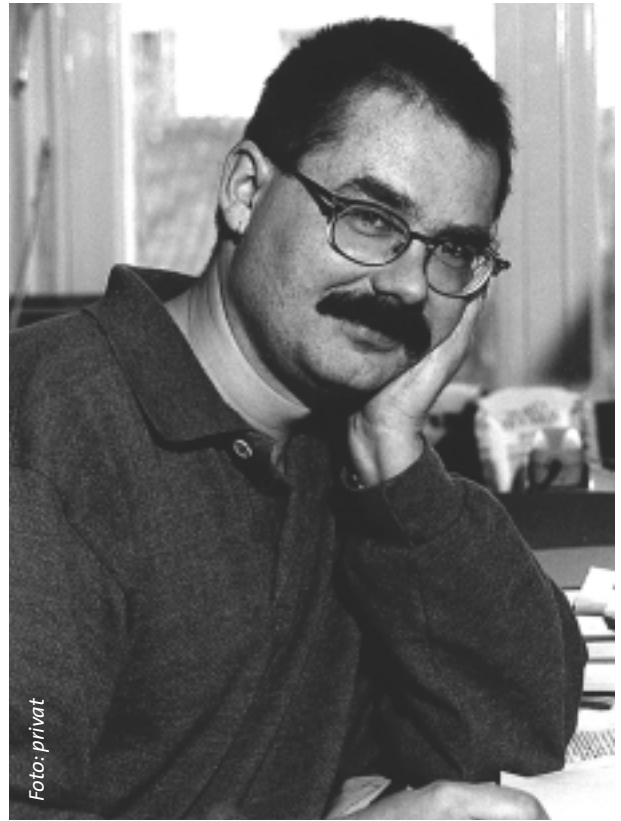
Die Medikamente, die fast alle damals vorherrschenden Krankheiten heilen sollten, hatte der Erlanger Medizinprofessor Christian Gottlieb Reich 1799 „erfunden“. Die Rezeptur hielt er geheim. Das war in der Medizin seit der Aufklärung jedoch verpönt und führte zu einer langen und lebhaften öffentlichen Debatte. Allein im „Kaiserlich privilegierten Reichsanzeiger“, der die Erstmeldung gebracht hatte, erschienen 14 Beiträge.

Bemerkenswert war dabei nach Hess, dass nicht etwa die Frage im Zentrum stand, ob die Mittel tatsächlich die behauptete Wirksamkeit hatten. Diskutiert wurde vielmehr, ob ein Arzt, Forscher und akademischer Lehrer eine therapeutische Innovation aus Gewinn-

streben für sich behalten und Kranke leiden lassen durfte. Reich verteidigte seine finanziellen Ansprüche mit dem Argument, bei Verarmung oder frühem Tod würden seine Kinder der Gesellschaft zur Last fallen.

Daraufhin schlugen Leser eine Subskription vor. Aber der öffentliche Wirbel veranlasste den preußischen Staat dazu, Reich nach Berlin einzuladen, um die Wirksamkeit seiner Fiebermittel in einer klinischen Prüfung an der Charité nachzuweisen. Deren Ergebnis war mäßig: Von den durch Reich selbst ausgewählten 28 Patienten starben drei (etwa die übliche Mortalitätsrate), und bei einigen war die Heilung ungewiss. Dennoch kam die – anfangs recht skeptische – königliche Ärzte-Kommission zu einem positiven Urteil. Vor allem aber betonte sie die Seriosität des Gelehrten und sprach sich für die Veröffentlichung seines Therapieprinzips aus.

Nach Reichs (damals ernsthaft diskutierter) Theorie resultierten fieberhafte Krankheiten aus einem gestörten Gleichgewicht von Sauerstoff und Stickstoff. Durch Gabe von Säuren könne es wiederhergestellt werden – eine dem wissenschaftlichen Zeitgeist durchaus entsprechende deduktiv ersonnene Therapie. Reichs „neue“ Mittel erwiesen sich als stark verdünnte Salz- und Schwefelsäure. Schon seit Paracelsus waren mineralische Säuren immer mal wieder gegen Fieber empfohlen worden. Reichs Therapie war also weder neu noch besonders effektiv. Trotzdem erhielt er vom preußischen



Prof. Dr. med. Volker Hess, der neu berufene Medizinhistoriker, gab seine Antrittsvorlesung in der Charité

König eine lebenslange Pension von 500 Talern und die Erlaubnis zur Niederlassung in Berlin, wo er später zu den Gründungsmitgliedern der Medizinischen Fakultät zählte. Und das alles für „eine warme Luftblase, die die Hydraulik zwischen Öffentlichkeit, Wissenschaft und Staat in Gang setzte“, sagte Volker Hess und versuchte zu erklären, „wie so ein Bluff funktioniert“: Zum einen wird die öffentliche Debatte von der wissenschaftlichen auf die ethische Ebene verschoben; („Ist der Mann integer?“ oder „Darf die Medizin das?“). Dann kann jeder mitreden. Zum anderen hat Reich ein sehr geschicktes Marketing betrieben und sein Heilungsversprechen wissenschaftlich legitimiert.

Hess: „Erst diese Kopplung von Heil und Wissenschaft machte Reichs Therapieansatz zu einem marktfähigen Produkt – und immunisierte es zugleich weitgehend gegen öffentliche und wissenschaftliche Kritik.“

Rosemarie Stein