

Wie viel Arzt braucht der Mensch?



Dr. med. Elmar Wille

... ist niedergelassener Augenarzt in Mariendorf und Vizepräsident der Ärztekammer Berlin.

Einer der wichtigsten Beschlüsse des Deutschen Ärztetages war es, für die nächsten sechs Jahre die Möglichkeit zu einer Versorgungsforschung im Auftrag der Ärzteschaft auf den Weg zu bringen. Die Debatte dazu war kontrovers und ausgiebig. Zum einen provoziert eine Ausgabe von circa 750.000 Euro pro Jahr auf sechs Jahre natürlich Widerspruch. Zum anderen war aber auch allen Delegierten klar, dass man die gesetzlich definierten Pflichtaufgaben der Ärztekammer (Weiterbildung, Berufsordnung, Fortbildung) mit dem Einstieg in die Versorgungsforschung weit überschreiten würde. Diese „neue Dimension der Kammern“ (so Präsident Hoppe), fand schließlich listenübergreifend eine große Mehrheit, auch bei den Berliner Delegierten. Die Gegenargumente, wie nicht überzeugende pro domo-Forschung, zu geringer Mitteleinsatz im Verhältnis zur angestrebten Validität, wurden überstimmt. Ein Delegierter brachte es auf den Punkt: „In God we trust, all others need data.“ „Ja, ja, aber welche Daten?“ „Tunlichst die eigenen natürlich!“

Die Ärzteschaft lebt inzwischen in Praxis und Klinik beständig unter dem Damoklesschwert der am Grünen Tisch fabrizierten Instrumente, die da heißen: DRG, DMP, Risikostrukturausgleich, Kopfpauschalen, Laborbudget, Heil- und Hilfs-

mittelbudget, Fallzahlbegrenzungen, Individualbudgets usw. Sie sind die Hintergrundmusik vor der Versorgung in Deutschland heute stattfindet. Ohne Verletzung der ethischen Grundsätze können Ärzte den Vorgaben dieser Instrumente bald kaum mehr genügen. Das muss wissen, wer die Versorgungssituation hierzulande beleuchten will.

Die Versorgungsforschung den Soziologen, Politologen, Ökonomen und Verwaltungsjuristen in Ministerien und Krankenkassen zu überlassen, bringt die Ärzteschaft seit Jahren in die Position des nur Reagierenden und zwar oft genug hilflos Reagierenden, anstatt selbst zu agieren. Der Beschluss des Deutschen Ärztetages ist die Antwort auf eine als Erpressung empfundene Politik. Aber das Parkett ist sehr schlüpfrig, auf das wir uns da begeben. Denn, (Friedrich Nietzsche): Alle Ethik beginnt damit, dass wir das einzelne Individuum unendlich wichtig nehmen, anders als die Natur, die grausam und spielend verfährt. Der Patient, der auf dem Untersuchungsstuhl vor mir in meiner Praxis Platz nimmt - auch und gerade der so genannte einfache Mann von der Straße - spürt sehr wohl, ob ich ihn „unendlich wichtig“ nehme, oder ob ich ihn auf Wunsch der Blüms, Seehofers und Schmidts dieser Republik ins Prokrustesbett zwingen - die Schablone, in die alle

gepresst werden im Zeitalter des Risikostrukturausgleichs.

Wir lassen uns ein auf den modernen Machbarkeits- und Messbarkeitswahn. Wie viel nicht Messbares wollen wir da messen? Zum Beispiel: Ist der schlecht eingestellte Diabetiker immer auch ein schlecht betreuter? Und ein gut eingestellter ein gut betreuter? Nun, der Vorstand der Bundesärztekammer und die große Mehrheit des Deutschen Ärztetages möchte – wie einst Theseus – mit gleicher Münze heimzahlen und natürlich Sieger werden.

Aber auch viele Millionen Euro werden daran nichts ändern, dass in einer mehr oder weniger staatlich vorgegebenen Zuteilungsmedizin mit ihren internen Rationierungen (Budgets), an der Basis der realen Versorgung jede Menge Frustration auf beiden Seiten, bei Arzt und Patient, aufkommt. Die Würfel sind gefallen. Hoffen wir, dass die unter ärztlicher Ägide so viel besser und näher an den sozialen Realitäten geführte Versorgungsforschung spürbare Entlastungen für die Kranken und ihre Ärztinnen und Ärzte bringt.

Ihr

E. W.



TITELTHEMA

Stuhl- und Harninkontinenz – Funktionsstörungen des Beckenbodens

Eine Inkontinenz bedeutet das Unvermögen, Harn oder Stuhl willkürlich oder unwillkürlich zurückhalten zu können. Sie ist für die Betroffenen eine große psychische Belastung. Bei unzureichender Behandlung kann sie sogar bis zur vollen sozialen Isolation führen. Hier informieren wir, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt und wo umfassende Hilfe zu finden ist.

Harninkontinenz

Von Elke Heßdörfer, Jörg Schreier und Ralf Tunn14

Stuhlinkontinenz

Von Harald Gögler, Roland Scherer und Thorsten Unglaube19

LESERBRIEFE12

Angebote und Einrichtungen des Krisendienstes.

Von Wolf Müller26

BERUFS- UND
GESUNDHEITSPOLITIK

Abstimmung zur neuen Weiterbildungsordnung abgebrochen

Bericht von der Delegiertenversammlung am 20. April 2004

Von Sybille Golkowski24

Der Berliner Krisendienst

...wurde als komplementäres Angebot eingerichtet, das den Patienten niederschwellig auffängt und stabilisiert und zeitlich dann greift, wenn die Regelversorgung nicht zur Verfügung steht. Hier geben wir einen Überblick über

Das Wichtigste vom Ärztetag

Wir ergänzen die ausführliche Berichterstattung im Deutschen Ärzteblatt mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Stimmen aus dem Kreis der Berliner Delegierten.

Von Sybille Golkowski28

PERSONALIEN

Heinrich Tiburtius

wird 80!32

Impressum38

MEINUNG

Wie viel Arzt braucht der Mensch?

Von Elmar Wille3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

Bessere Fachinformationen zur Resistenzsituation bei Antibiotika

Bericht aus dem BfArM11



Berliner Gesundheitspreis verliehen

Im Beisein von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt haben AOK und Ärztekammer Berlin am 2. Mai 2005 die Preisträger des Berliner Gesundheitspreises ausgezeichnet. Die Preise im Wert von insgesamt 50.000 Euro gingen an innovative Projekte zur hausärztlichen Versorgung.

Ausgezeichnet wurden diesmal - beim bereits fünften Wettbewerb - Hausarztpraxen, die sich in besonderer Weise für eine bessere Qualität ihrer Patientenversorgung engagieren. Dazu gehört Fehlermanagement, eine gute Patientenführung, besondere Sprechstunden und viel Erfahrung im Qualitätsmanagement.

Die zwölfköpfige Jury aus Politik, Wissenschaft und Praxis wählte die Gewinner aus insgesamt 46 Projekten aus:

1. Preis:

Gemeinschaftspraxis Kirchberg im Bayerischen Wald

2. Preis:

Familienpraxis Nordertor, Verden

3. Preis:

Hausarztpraxis Egidi/Schelp, Bremen

Anerkennungspreise:

Mannheimer Ärztenetz Qu@linet,
Allgemeinmedizinische Praxis Poli Reil Gesundheitszentrum Halle

Der Berliner Gesundheitspreis wird alle zwei Jahre von der Ärztekammer Berlin, dem AOK Bundesverband und der AOK Berlin vergeben. Jedes Mal steht er unter einem anderen Motto.

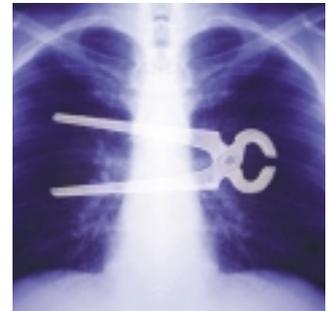
In unserer nächsten Ausgabe werden wir die Preisträgerpraxen näher vorstellen.

Fortbildung

Kurs Risikomanagement erfolgreich abgeschlossen

Einen dreitägigen Kurs zum Thema Risikomanagement veranstaltete die Ärztekammer Berlin erstmals vom 13. bis zum 15. April 2005 in ihrem Hause. 12 hoch motivierte Teilnehmer aus leitenden Funktionen und schon mit Erfahrung im Qualitätsmanagement sorgten für einen spannenden und regen Austausch. Fast alle der aus dem gesamten Bundesgebiet angereisten Teilnehmer waren Ärzte, einige stammten aus dem Pflegebereich.

Im Mittelpunkt des Kurses standen sowohl juristische als auch verfahrenstechnische Fragen zum Fehlermanagement. Gemeinsam entwickelten die Teilnehmer eine Checkliste, die gleich einem Phasenmodell festlegte, wann welche Bereiche einer Klinik auf welche Weise in ein Risikomanagement eingebunden werden müssen. Zudem wurden unterschiedliche Instrumente des Fehlermanagements für verschiedene Phasen des Behandlungsprozesses auf ihre Tauglichkeit hin überprüft. Auch elektronische Fehlermeldesysteme (z.B. CIRS, Incident Reporting) wurden vorgestellt und diskutiert. Bei den eher technischen Aspekten des Themas wünschten sich die Teilnehmer noch mehr Vertiefung, dies wird in einem Folgekurs entsprechend berücksichtigt werden. Interessante Impulse setzte die Konfrontation mit Patienteninteressen, die einen



völlig unterschiedlichen Zugang zwischen ärztlicher und Patientensicht auf Fehler offenbarte.

Sehr lebendig und für alle Seiten interessant waren die Praxisbeispiele, die von den Teilnehmern selbst in die Veranstaltung eingebracht wurden. Dabei bestätigte sich, dass viele Fehler im Bereich der Medikation, aber auch in der abteilungsübergreifenden Kommunikation (z.B. zwischen Chirurgie und Innerer Medizin) entstehen. Viele Teilnehmer plädierten deshalb für eine neue Art der Patientenbegleitung durch das Klinikgeschehen, bei der jeweils ein fallführender Arzt einem Patienten über die gesamte Dauer einer Behandlung zugeordnet ist und für guten Informationsfluss an Schnittstellen sorgt. Dieser Gedanke wird von einigen der teilnehmenden Kliniken auch schon in der Praxis getestet.

Die Ärztekammer Berlin plant, einen weiteren Kurs Risikomanagement in ihrem Hause anzubieten. Wir informieren, wenn die Terminierung feststeht.

*Kommentar***Die neue Berufsordnung ist da!**

Wie an dieser Stelle bereits berichtet, hat der 107. Deutsche Ärztetag im Mai letzten Jahres in Bremen mit der neuen Musterberufsordnung die auf diesem Gebiet wohl tiefgreifendsten Änderungen seit seinem Bestehen beschlossen. Dies erschien notwendig, um sich einerseits den neuen Entwicklungen im Gesundheitswesen nicht zu verschließen und gleichzeitig den niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit zu geben im Wettbewerb zu bestehen.

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat die Beschlüsse des 107. Deutschen

Ärztetages sowie Beschlüsse zum aktuellen Stand von Werbemöglichkeiten aus den vorhergehenden Ärztetagen mit einigen Änderungen am 29. September 2004 als dritten Nachtrag beschlossen. Die hierfür zuständige Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz hat die Beschlüsse der Delegiertenversammlung am 3.5.2005 mit Ausnahme der Regelung zur Zulässigkeit der Heilkunde-GmbH genehmigt.

Mit der Veröffentlichung am 20.5.2005 im Amtsblatt für Berlin ist die neue Berufsordnung

bereits einen Tag später in Kraft getreten. Ärzte können danach über den Praxissitz hinaus an weiteren Orten (auch überörtlich) ärztlich tätig sein. Die in der Musterberufsordnung enthaltene Begrenzung auf höchstens zwei weitere Praxis-sitze ist in der neuen Berufsordnung der Ärztekammer Berlin nicht enthalten. Die nach der Musterberufsordnung zulässigen Heilkunde-GmbH's sind aufgrund entgegenstehender Regelungen im Berliner Kammergesetz hingegen in Berlin nicht genehmigt worden und daher weiterhin nicht zulässig.

Die in der Musterberufsordnung enthaltene Regelung, wonach niedergelassene Ärzte Kollegen anderer Fachgebiete

anstellen und deren Leistung als eigene Leistung abrechnen können, ist in Berlin nicht übernommen worden. Vielmehr kommt hier ausschließlich höherrangiges Recht, wie zum Beispiel die Gebührenordnung für Ärzte, zur Anwendung. Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin sah für weitere Regelungen keinen Handlungsbedarf.

Die Regelungen über die Zusammenarbeit zwischen Ärzten sind in der neuen Berufsordnung generell vereinfacht worden. Es können überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften sowie auch Teilkoooperationen von Ärzten mit getrennten Praxissitzen eingegangen werden. Wenn beispielsweise eine

Neurologin und ein Kinderarzt an einem bestimmten Wochentag neurologisch erkrankte Kinder gemeinsam versorgen möchten, können sie dies künftig tun und entsprechend auf ihren Schildern ankündigen.

Die Regelung zur bisher auch schon bestehenden Möglichkeit der medizinischen Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wurde neu gefasst. Diese bezieht sich nun auf Angehörige aller staatlichen medizinischen Ausbildungsberufe und Angehörige aller akademischen medizinischen Berufe. Eine Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Heilpraktikern bleibt danach weiterhin ausgeschlossen.

Die bisherigen Regelungen über werberechtliche Beschränkungen für Ärzte wurden der bestehenden bundesverfassungsgerichtlichen Rechtsprechung angepasst und entsprechen nun der ohnehin bereits bei der Ärztekammer Berlin seit längerem gehandhabten Verwaltungspraxis.

Konkretisiert wurden zudem die Bestimmungen zur Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten, z.B. der Industrie. Eine Abweichung zur Musterberufsordnung gibt es bezüglich des Verbotes, sich von Patienten Geschenke oder andere Vorteile versprechen zu

lassen oder anzunehmen, sofern diese das übliche Maß kleiner Anerkennungen übersteigen. Hier kommt es nicht mehr darauf an, ob dadurch der Arzt in seiner ärztlichen Entscheidung beeinflusst sein könnte.

Die bisher im Anhang der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin enthaltenen Regelungen zur assistierten Reproduktion sind nicht mehr Bestandteil der Berliner Berufsordnung. Einzige konkrete Folge ist der Wegfall des bisherigen Anzeigeverfahrens bei der Ärztekammer Berlin. Ansonsten hat der Arzt weiterhin die ohnehin bestehenden einschlägigen bundes-, landes- und untergesetzlichen Vorschriften zu beachten, die einer Ergänzung durch die Berufsordnung der Ärztekammer Berlin nicht bedürfen. Dazu gehört hinsichtlich der fachlichen Standards unter anderem die Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer.

Eine um die drei bisherigen Nachträge zur Berufsordnung ergänzte konsolidierte Fassung steht ab sofort als PDF-Datei auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de zur Verfügung und kann von dort heruntergeladen werden. Eine vollständige Fassung der BO für Berlin wird demnächst auch in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht.

Martina Jaklin
(Juristin, Leiterin Referat
Berufsrecht)



The winners are...

Rätsel gelöst

Insgesamt 70 Leserinnen und Leser haben sich an unserem kleinen Titelbild-Kreuzworträtsel in Heft 4/2005 beteiligt. „Reden ist Gold“ war die richtige Antwort (nicht „Reden ist toll“ wie auch vermutet wurde). Vier Gewinner haben wir am 30.4. gezogen und mit einem kleinen Buchpräsent erfreut: Dr. med. Reinart Kronenberg, Ingeborg Bannier, Claudia Camps y Espinoza und Dr. med. Christel Klotz.

Für sie haben wir zwei Romane ausgewählt, die von Ärzten geschrieben wurden. Ihr Doppeltalent hat beide mittlerweile zu erfolgreichen Schriftstellern gemacht. Wahrscheinlich können nur Mediziner den Krankenhausbetrieb mit seinen Abgründen so unterhaltsam und realistisch beschreiben, wie es diese beiden tun. Zwei unserer Gewinner erhielten „House of God“, geschrieben von Samuel Shem, Psychiatrieprofessor aus Harvard. Die anderen beiden erhielten „Die russische Spende“ aus der Feder von Christoph Spielberg/Berlin.

Wir bedanken uns noch einmal bei allen Ärztinnen und Ärzten, die sich am Rätsel beteiligt haben. Besonders freut sich darüber natürlich Roland Matticz, Chef des Grafikbüros Sehstern, der Monat für Monat unsere Titelbilder gestaltet. Das Rätsel hat er in einer Wochenendschicht selbst ausgetüfelt.

Achtung!

Meldepflicht für Substitutions-Behandlungen

Erneut möchten wir die substituierenden Ärztinnen und Ärzte auf die Meldepflicht für Substitutionsbehandlungen hinweisen. Auch in diesem Jahr beklagte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die ungenügende Meldegenauigkeit der Ärzte, die zu qualitativen Einbußen in der statistischen Auswertung führt.

Das BfArM machte uns auch darauf aufmerksam, dass das Unterlassen der Meldung einer Substitutionsbehandlung ebenso wie das Substituieren ohne entsprechende Genehmigung (eigene „Fach-

kunde“ oder – bei bis zu drei Patienten - Zusammenarbeit mit Konsiliarius!) eine Ordnungswidrigkeit darstellt und mit Geldbuße geahndet werden kann! Die Meldeformulare können entweder aus dem Internet heruntergeladen (www.bfarm.de) oder per Post bestellt werden: **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bundesopiumstelle/Substitutionsregister, Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn.**

Achtung:

Alle Substitutionen – auch die privaten – sind meldepflichtig! Die Meldungen erfolgen

auf dem dafür vorgesehenen Meldeformular in codierter Form! Patienten, die angemeldet wurden, müssen bei ihrem Ausscheiden auch wieder abgemeldet werden!

Im Internet unter www.bfarm.de/Betaeubungsmittel finden Sie den Wortlaut der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung sowie detaillierte Hinweise zu den Notwendigkeiten von An- und Abmeldungen, auch im Falle von Vertretungsregelungen, Krankenhausaufenthalten etc. („Organisatorische Festlegungen...“).

Auszeichnung



Bundesverdienstkreuz

Mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse wurde einer der bekanntesten Ärzte Berlins, der Gerichtsmediziner Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volkmar Schneider ausgezeichnet. Er ist Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Charité und des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin. Die hohe Auszeichnung würdigt seine herausragenden fachlichen Leistungen als Gerichtsmediziner, Wissenschaftler, Hochschullehrer und Gutachter. Schneider zeichnet als medizinischer Sachverständiger verantwortlich für insgesamt 40.000 gerichtliche Obduktionen. Über 400 Publikationen tragen seinen Namen.

Bessere Fachinformationen zur Resistenzsituation bei Antibiotika

Ab sofort werden alle in Deutschland verfügbaren geeigneten Daten zur Resistenzsituation bei Antibiotika an zentraler Stelle ausgewertet und anwenderfreundlich aufbereitet. Dies ist das Ergebnis der Umsetzung einer europäischen Leitlinie, die auf Initiative des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) seit Herbst 2003 in Zusammenarbeit mit den Verbänden der pharmazeutischen Industrie, den betroffenen Fachgesellschaften, dem Robert Koch-Institut sowie mit Vertretern des German Network on Antimicrobial Resistance (GENARS) und des Kompetenznetzes Ambulant Erworbene Pneumonien (CAPNETZ) vorbereitet wurde. Ziel dieser Leitlinie ist die Information des behandelnden Arztes über die zu erwartende Resistenzsituation bei den für die jeweilige Indikation des Arzneimittels wichtigsten Erregern. Somit hilft diese Information bei der Auswahl eines geeigneten Antibiotikums, bevor die Ergebnisse der Erregerbestimmung und der Resistenztestung vorliegen.



Ausgewertet werden die Daten der Resistenzstudie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie (PEG), der Blutkulturstudie der PEG, des GENARS, des CAPNETZ und der Nationalen Referenzzentren zur Überwachung wichtiger Infektionserreger. Außerdem werden alle verfügbaren Daten aus der Literatur und dem Internet sowie von pharmazeutischen Unternehmen zur Verfügung gestellte Daten kritisch bewertet und in die Auswertung einbezogen. Damit werden erstmals alle verfügbaren und für Deutschland relevanten Daten an einer zentralen Auswertestelle erfasst und zusammengeführt. Zusätzlich sollen Studien zur Evaluierung der Resistenzsituation bei wichtigen Erregern in Indikationen mit unzureichender Datenlage durchgeführt werden. Solche Studien sind für ambulant erworbene Harnwegsinfektionen und Exacerbatio-

nen der chronischen Bronchitis bereits konkret geplant.

Auf der Basis aller gesammelten Informationen wird die zentrale Auswertestelle Übersichten zur Resistenzsituation der Krankheitserreger gegenüber dem jeweiligen Antibiotikum erstellen. Nach Bewertung durch das BfArM werden sie so aufbereitet, dass sie für die Information der Fachkreise in der Fachinformation geeignet sind und die Leitlinie erfüllen.

Auch werden die Angaben zur Resistenzsituation bei Antibiotika in den Fachinformationen für Ärzte künftig anwenderfreundlich und einheitlich dargestellt. So soll die zu erwartende

Resistenzsituation nur für die wichtigen Krankheitserreger angegeben werden. Sehr seltene Erreger werden künftig nicht berücksichtigt. Auch werden künftig keine konkreten Resistenzraten mehr angegeben, sondern die Erreger werden in drei Kategorien eingeteilt:

1. Erreger, die in der Regel sensibel gegenüber dem Wirkstoff sind (z.B. Streptococcus pyogenes gegenüber Penicillin).
2. Erreger, bei denen aufgrund der zu erwartenden Resistenzsituation mit Problemen bei der Therapie gerechnet werden muss (z.B. Streptococcus pneumoniae gegenüber Erythromycin).
3. Erreger, die natürlicherweise resistent sind (z.B. Enterococcus faecalis gegenüber Cephalosporinen).

Die Art der Darstellung der Resistenzsituation in der Fachinformation ist seit Oktober 2004 europaweit in der „Note for Guidance on Evaluation of Medicinal Products Indicated for Treatment of Bacterial Infections“ (CPMP/EWP/558/95 rev 1) geregelt. Der Wortlaut dieser Leitlinie ist auf der Homepage der EMEA nachzulesen (<http://www.emea.eu.int/pdfs/human/ewp/055895en.pdf>).

Umgang mit suchtkranken Ärzten
BERLINER ÄRZTE 5/2005

Es hat mich sehr gefreut, in Ihrer Ausgabe 5/2005 den Artikel vom Kollegen Fuchs über den Umgang mit suchtkranken bzw. suchtkranken Mitarbeitern zu lesen, der die wesentlichen Dinge sehr gut auf den Punkt bringt.

Ich möchte gerne auf einen Aspekt aufmerksam machen, der im Artikel nur am Rande erwähnt wird. Ich meine den Umgang der „Institution Krankenhaus“ mit suchtkranken Kolleginnen und Kollegen. Hier stellen wir (in letzter Zeit sogar wieder mit eher zunehmender Tendenz) fest, dass ein Verständnis von Suchtkrankheit vorliegt, das nicht mehr den heutigen Erkenntnissen der Suchtmedizin entspricht. Häufig gibt es keine betrieblichen Suchtvereinbarungen in Krankenhäusern, Kolleginnen und Kollegen mit Abhängigkeitsproblemen werden weder konfrontiert, noch wird ihnen aufgezeigt, wie das Herr Fuchs in seinem Artikel detailliert beschreibt, welche Hilfsmöglichkeiten es gibt.

Wir - die Oberbergkliniken - haben seit 20 Jahren Erfahrung in der spezialisierten stationären Behandlung von Ärztinnen und Ärzten. Wir stellen die erfreuliche Tendenz fest, dass immer mehr Ärztekammern und vereinzelt auch Ärzteversorgungen sich dem Thema in sachadäquater Form annehmen. Bei Verwaltungen von Krankenhäusern machen wir hingegen oft die Erfahrung, dass Suchtprobleme von Mitarbeitern lange Zeit stillschweigend übergangen werden, um dann dem oder der Betroffenen (womöglich fristlos) zu kündigen. (...) Angesichts der Tatsache, dass Ärztinnen und Ärzte eine lange, hoch spezialisierte Ausbildung brauchen und zunehmend Mangelware im Gesundheitssystem werden, ist dies aus unserer Sicht ein Anachronismus. (...)

*Dr. med. Bernd Sprenger, Oberberg-Kliniken,
15864 Wendisch-Rietz*

Beim IGeLn überzogen
BERLINER ÄRZTE 4/2005

Als langjährig tätig und damit erfahrener Gynäkologe kann ich mich an keinen einzigen Fall einer Schwangerschaft ohne kurative Probleme während eines Quartals erinnern, seien es Fluorprobleme, Rückenschmerzen, Psychoprobleme usw.

Zu behaupten, die Schwangerenvorsorge sei ohne Erhebung der Praxisgebühr zu erbringen, ignoriert vollständig die Realität. Für die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung gilt in der überwiegenden Zahl der Fälle entsprechendes. Hier wurde eine gesetzliche Regelung geschaffen, die bei den Patientinnen eine unrealistische Erwartungshaltung hervorruft und das Arzt/Ärztin-Patientinnenverhältnis unnötig belastet.

Außerdem: Privateinnahmen, auch aus IGeL-Leistungen, so traurig das ist, sind für viele Kollegen heute bereits absolut nötig, um überhaupt noch existieren zu können. Unsere derzeitige Bundesregierung betrachtet privates Unternehmertum und freiberufliche Leistungserbringer mit tiefem Misstrauen und verkennt, dass sich gerade diese Organisationsformen als besonders effektiv erwiesen haben. Im Schulterschluss mit den Krankenkassen hat sie es fertig gebracht, die niedergelassenen Ärzte zur Leistungserbringung ohne Vergütung zu zwingen, denn die Honorare aus der GKV werden von den Praxiskosten aufgefressen. Dies ist der eigentliche Skandal!

Es wäre schön, wenn die Gremien der Ärztekammer ihre Möglichkeiten nutzen würden, auch einmal auf diesen Missstand hinzuweisen.

Dr. med. Wolfgang Bitter, 12279 Berlin

Rente für nichteheliche Lebenspartner
BERLINER ÄRZTE 3 und 4/2005

Besitzstandswahrung

Zum Beitrag „Harte Diskussion um Hinterbliebenenrenten“ und Leserbriefe von Dres. Renner und Keller.

Es wundert schon, mit welcher Polemik hier die Besitzstandswahrung der häufig Doppelverdienenden, zum Teil kinderlosen Ehepaare verteidigt wird. Die Kollegen Renner und Keller sollten sich bewusst sein, dass auf Dauer Ärzteversorgungsbeiträge zahlende schwule und lesbische Ärzte nicht mehr bereit sein werden, die Hinterbliebenenversorgung der Ehepartner ohne eigene Rechte solidarisch mittragen zu wollen.

Der Gesetzgeber hat hier klare Vorgaben geschaffen, gegen die sich die Ärzteversorgung nicht weiterhin verschließen sollte. Es geht hier um eine Gleichbehandlung von verheirateten und verpartnerten Lebensgemeinschaften. Gerechtere Gleichbehandlung von allen kinderlosen verheirateten und verpartnerten Paaren, ggf. mit Aufhebung einer Doppelberentung nach Versterben eines Partners mit jedoch Erhalt einer Existenzsicherung des verbleibenden Partners. Weiterhin aber die Besserstellung all jener Mitglieder und Lebenspartner, die Kinder erziehen oder erzogen haben, ungeachtet ihres Familienstandes und ihrer sexuellen Orientierung!

Dr. med. Christiane Cordes, Claudia Sabine Herzler, 10243 Berlin

Wahrlich rückständig!

Mitgliedsbeiträge und die durch sie erzielten Kapitalanträge werden neben der Gewährung von Alters- und BU-Renten zur umlagefinanzierten Versorgung z.B. von Hinterbliebenen, der Subventionierung vorgezogener Altersrenten und der damit einhergehenden zusätzlichen Ansprüche auf Kinderzuschuss (Anstieg 500 % seit 1998) eingesetzt. Dieser von allen Mitglie-

dem aufgebrauchte Solidarbetrag ist erheblich (ca. 25 % der Rentenzahlungen) und steht zur Dynamisierung von Renten und Anwartschaften (Durchschnitt seit 1998: 1%) nicht mehr zur Verfügung. Da in der Tat Herr Dr. Wille die Ausweitung von Rentenansprüchen die Leistungsansprüche der Beitragszahler reduziert, sind diese (auch nach Art.14 GG, Eigentumsschutz) auf ein Mindestmaß zu reduzieren und nach dem Bedarfsprinzip zu gewähren. Rentenleistungen an Hinterbliebene werden jedoch ohne Prüfung der Bedürftigkeit und in einem die GRV deutlich übersteigenden Maße gewährt, während einem Großteil der Mitglieder (Ledigenanteil 56 %) die Versorgung ihrer Lebenspartner und -partnerinnen sowie der in diesen Verbindungen lebenden Kinder verwehrt wird. Ein wahrlich rückständiges Versorgungswerk!

Auch bleibt abzuwarten, wie lange sich die ÄV das Sponsoring der berufspolitisch nicht mehr zu rechtfertigenden Frühverrentung (75 % der Rentenneuzugänge!) angesichts demographiebedingter zusätzlicher Deckungsrückstellungen, nunmehr ausbleibender positiver Überleitungsbilanz, einer Kapitalmarktentwicklung in Richtung ‚Asset meltdown‘ und des weiterhin sinkenden Einkommensniveaus der Berliner Ärzte und Ärztinnen noch leisten können. Insofern: Abschmelzung umlagefinanzierter Zusatzleistungen für Nichtbedürftige (bzw. Eigenfinanzierung durch die hiervon Begünstigten) oder aber, wie derzeit diskutiert, zeitgemäße Ausweitung des Kreises der Berechtigten.

Dr. med. Bettina v. Volkmann, 10117 Berlin

Antwort des Versorgungswerkes

Die Forderung der Kollegin, die Rente nur noch nach dem „Bedarfsprinzip“ zu gewähren, ist letztlich der Ruf nach einem

Systemumbau. Dies aber beinhaltet die Gefahr des Vertrauensverlustes – eine Folge von Reformhektik, von der die BfA ein Lied singen kann.

Wer einen Umbau fordert, muss aber die Konsequenzen bedenken: Die Anrechnung eigener Einkünfte auf Hinterbliebenenansprüche nach dem Muster der gesetzlichen Rentenversicherung führt zu der Gretchenfrage: Welche Einkommensarten sollen angerechnet werden - „nur“ eigene Rentenansprüche (warum eigentlich?) oder auch Einkommen aus Kapitalerträgen oder Vermietung oder Verpachtung (Hans Eichel lässt grüßen)?

Übrigens: Die laufend erforderlichen Einkommensüberprüfungen sind extrem bürokratisch und damit verwaltungsaufwändig.

Soweit die Kollegin von Subventionierung der vorgezogenen Altersrenten spricht, vergisst sie, dass diese Satzungsänderung 1999 einstimmig vollzogen wurde, um die Ungerechtigkeit zu beseitigen, dass die Berufsunfähigkeitsrente höher ausfiel, als die vorgezogene Altersrente zum selben Zeitpunkt. Die Maßnahme ist also durch eine Reduzierung der Berufsunfähigkeitsrente auf 76 % der Altersrente gegenfinanziert und nicht zu Lasten der Versicherten subventioniert.

Die Berliner Ärzteversorgung ist eine kapitalgedeckte Rentenversicherung mit nur wenigen Umverteilungselementen. Letztere abzuschaffen, um den Versichertenkreis auszudehnen, ist der Anfang vom Ende einer vom Berufsstand selbst verwalteten solidarischen Versorgung. Wenn die Ärzteschaft in vorseilendem Gehorsam die bestehenden Systemunterschiede zur BfA beseitigt, braucht sie sich eines Tages nicht zu wundern, wenn Ulla Schmidt die Arme ausbreitet und den Versichertenkreis der BfA um ärztliche Beitragszahler erweitert.

Dr. med. Elmar Wille, Vorsitzender des Verwaltungsbeirats der Berliner Ärzteversorgung

Funktionsstörungen des Beckenbodens

Eine Inkontinenz bedeutet das Unvermögen, Harn oder Stuhl willkürlich oder unwillkürlich zurückhalten zu können. Sie ist für die Betroffenen eine große psychische, aber nicht selten auch soziale Belastung. Bei unzureichender Behandlung kann sie sogar bis zur vollen sozialen Isolation führen. Von der Harninkontinenz sind etwa 6 Millionen, von der Stuhlinkontinenz 3 Millionen Menschen in Deutschland betroffen. Trotzdem ist es immer noch vielen Ärzten und Patienten unklar, welchen Weg sie einschlagen müssen, um dieses Leiden zu heilen oder wie die Betroffenen mit diesem Leiden umgehen können. In diesem Themenschwerpunkt sollen die Harn- und Stuhlinkontinenz besprochen und Vorschläge zur möglichen Behandlung gemacht werden.

STUHL- UND HARN

Harn-inkontinenz

Eine Herausforderung für Hausärzte, Urologen und Frauenärzte

Von Elke Heßdörfer, Jörg Schreier und Ralf Tunn

Harninkontinenz, definiert als unfreiwilliger Urinverlust, ist eine Erkrankung mit multifaktorieller Genese und unterschiedlicher Beschwerdesymptomatik. Circa 6 Millionen Frauen und Männer sind allein in Deutschland davon betroffen. Die Dunkelziffer liegt sicher höher, da nur jeder zweite Betroffene überhaupt den Arzt aufsucht. Die Harninkontinenz ist eine chronische Erkrankung, was eine lebensbegleitende Therapie erforderlich macht. Selbst nach erfolgreicher operativer Therapie einer Belastungsharninkontinenz muss konservativ weiter therapiert werden, um Rezidive, welche durch altersbedingte Gewebeveränderung auftreten können, zu vermeiden.

Differenzierung verschiedener Inkontinenzformen

Man unterscheidet drei Hauptgruppen: Die Belastungsinkontinenz (früher auch Stressinkontinenz genannt) bezeichnet einen unfreiwilligen Urinverlust bei körperlicher Anstrengung oder Belastung wie Husten, Niesen, Lachen, Sport oder Laufen. Im Gegensatz dazu steht das so genannte Syndrom der überaktiven Bla-

se, ein Symptomkomplex aus Pollakisurie tags und/oder nachts (letzteres wird als Nykturie bezeichnet) und imperativem Harndrang mit oder ohne Inkontinenz. Nach der ICS-Definition von 2002 löst der Begriff „überaktive Blase“ die alte Nomenklatur „sensorische und motorische Dranginkontinenz“ ab. Der Hintergrund ist, dass zwei Drittel der Betroffenen ausschließlich unter imperativem Harndrang ohne Inkontinenz (sog. „trockene“ überaktive Blase) leiden. Die therapeutische Konsequenz ist hier unabhängig vom Vorliegen einer Inkontinenz. Eine weitere häufige Inkontinenzform ist die so genannte Mischinkontinenz, bei der sowohl eine Belastungs- als auch eine Dranginkontinenz vorliegen.

Frauen am häufigsten belastet

Harninkontinenz trifft besonders Frauen. Aktuelle Prävalenzstudien aus Deutschland belegen, dass jede dritte Frau zwischen 40 und 60 Jahren an Harninkontinenz leidet. Am häufigsten findet sich bei Frauen unter 60 eine Belastungsinkontinenz. Mit zunehmendem Alter nimmt die Drangkomponente als

INK NTINENZ

Ausdruck des Alterns der Blase zu; ein plötzlich auftretender Harn-drang führt zu einem nicht aufhaltbaren, unfreiwilligen Harnverlust. Die Mischinkontinenz ist die häufigste Inkontinenzform der über 60-Jährigen (37-46 %).

Bei Männern ist die Prävalenz der Harninkontinenz weniger gut untersucht. Die meisten Studien zeigen eine Häufigkeit von 3-11 %, wobei eine überaktive Blase mit 40-80 % am häufigsten vorkommt. Aufgrund anderer anatomischer Gegebenheiten des Beckenbodens bzw. Blasenauslasses infolge der Prostata leiden Männer meist unter einer „trockenen“ überaktiven Blase. Die Häufigkeit der Belastungsinkontinenz bei Männern wird mit 10-30 % angegeben und ist iatrogenen Ursprungs durch Operationen insbesondere nach radikaler Prostatektomie aufgrund eines Prostatakarzinoms. Eine Mischinkontinenz kommt in weniger als 10 % vor.

Ursache der Dranginkontinenz bei Männern ist neben dem Altern der Blase auch eine mit dem Alter zunehmende

prostatabedingte Blasenaustrittsobstruktion, die ihrerseits zu einer myogenen Detrusorschädigung mit Folge einer Blasenüberaktivität führen kann. Weitere Ursachen der Harninkontinenz bzw. überaktiven Blase bei beiden Geschlechtern sind Diabetes mellitus, neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson, zerebrovaskuläre Ursachen und Demenz. Inkontinenz ist die zweithäufigste Einweisungsdiagnose in ein Pflegeheim.

Komplexes Zusammenspiel

Kontinenz ist ein komplexes Zusammenspiel von Harnblase, Harnröhre und Beckenboden (Bindegewebe und Muskulatur). Voraussetzung für die Kontinenz ist ein intakter Bandapparat sowie eine intakte, teilweise antagonistisch wirkende Beckenbodenmuskulatur. Der Beckenboden verbindet Schambein und

Steißbein wie eine hängemattenähnliche Struktur. Risikofaktoren für eine Beckenbodenschwäche bei Frauen sind

konstitutionelle Normvarianten der Beckenbodenmorphologie, Schwangerschaften, Geburten, Menopause ebenso wie genetische Faktoren. Weitere Risikofaktoren für eine Inkontinenz sind Übergewicht (insbesondere ein Body Mass Index über 30), Medikamente wie Diuretika, Alphablocker - besonders bei Frauen - Obstipation, Rauchen, koffeinhaltige Getränke und unter Umständen gynäkologische Operationen.

Betroffene und Ärzte reden ungerne darüber

Trotz der Tatsache, dass Harninkontinenz eine „Volkskrankheit“ ist und häufiger vorkommt als Asthma (Prävalenz 8,6%) oder Diabetes mellitus (Prävalenz 5,5%) wird sie tabuisiert. 40 % der Betroffenen suchen nie einen Arzt auf, sondern kaufen sich Vorlagen in Supermärkten, reduzieren ihre tägliche Trinkmenge oder stellen sportliche Aktivitäten, die zu Urinverlust führen, ein.

Wie zahlreiche Studien eindeutig belegen, ist die Lebensqualität nicht nur bei Harninkontinenz, sondern auch bereits bei imperativem Harndrang extrem reduziert.

Insbesondere die Nykturie führt nicht selten zu Stürzen und Frakturen - Kosten, die unser Gesundheitssystem nicht unwesentlich belasten. Allein durch fehlenden Schlaf ist die kognitive Leistungsfähigkeit häufig so eingeschränkt, dass dies zur Arbeitsunfähigkeit führen kann. Die Prävalenz der Harninkontinenz macht klar, dass diese Erkrankung nicht allein durch spezialisierte Fachärzte diagnostiziert und therapiert werden kann. Nicht nur die Betroffenen, sondern auch viele Ärzte sprechen das Thema Inkontinenz ungern an. Um die Sprachlosigkeit auf beiden Seiten zu beseitigen, sind Inkontinenzfragebögen wie der von der „International Consultation on Incontinence“ entwickelte ICIQ-SF (Abb. 1) ideal fürs Wartezimmer geeignet. Die Betroffenen können dann frei entscheiden, ob sie sich „outen“ wollen.

Basisdiagnostik

... ist von Hausärzten, Urologen und Frauenärzten durchführbar; Anamnese, Miktionsprotokoll, Restharnbestimmung und Urinanalyse sind die wichtigsten Säulen der Diagnostik. Danach ist eine First-line Therapie durchaus möglich. „Ja“-Antworten auf Fragen wie „Müssen Sie häufig zur Toilette? Müssen Sie nachts zur Toilette (Nykturie)? Sind die Urinportionen klein? Tritt ein plötzlicher, unkontrollierbarer Harndrang auf? Müssen Sie eine Arbeit unterbrechen?“, sind Hinweise auf eine überaktive Blase. Wichtigster Bestandteil der Inkontinenzdiagnostik ist das Miktionsprotokoll, in dem über mindestens zwei aufeinanderfolgende Tage Trinkmenge, Miktionsvolumina und Inkontinenzepisoden einzutragen sind. Nur so können Polyurie oder falsches Trinkverhalten ausgeschlossen und ein individuell abgestimmtes Blasentraining begonnen werden.

Wichtig ist des Weiteren eine Urinuntersuchung zum Ausschluss einer Harn-

Tabelle 1: Definitionen und Symptomatiken der Harninkontinenz

	Definition	Befund
Belastungsinkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust bei körperlicher Belastung ohne Harndrang	Simultaner Harnverlust aus der Harnröhre in Tropfen/Spritzern beim Husten
Dranginkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust begleitet von imperativem Harndrang	Sensorischer Urge: Hypersensitivität der Blase mit (oft) frühem ersten Harndrang und verminderter Blasenkapazität ohne motorische Detrusorkontraktion Motorische Urge: Zusätzlich motorische Detrusorkontraktionen unterschiedlicher Ausprägung
Reflexinkontinenz	Detrusorhyperreflexie neurogener Genese mit unfreiwilligem Harnabgang	Gestörte Willkürkontrolle auf der Basis cerebraler, spinaler und peripherer neurologischer Läsionen
Überlaufinkontinenz	Ansteigen des intravesikalen Druckes über den der Urethra auf Grund einer Überfüllung	Klassisch infravesikale Obstruktion (wie bei BPH, Prolaps, Stuhlretention)
Extraurethrale Inkontinenz	Unfreiwilliger Harnverlust unter Umgehung der Harnröhre	Klassisch bei angeborenen Anomalien oder urogenitalen Fisteln
Mischformen		Mischsymptomatiken von Belastungs-, motorischer/sensorischer Urge- und Überlaufinkontinenz

wegsinfektion oder einer Mikrohämaturie, deren Ursache nicht selten ein Blasen-tumor sein kann. Die körperliche Untersuchung beinhaltet bei Frauen den gynäkologischen Status; die Beckenbodenkontraktionskraft kann durch digitale vaginale Palpation des Levator ani festgestellt werden (Schema nach Oxford: 0 = keine Reaktionsfähigkeit, 5 = sehr gute Reaktionsfähigkeit und Kontraktionskraft). Bei Männern umfasst die körperliche Untersuchung u.a. die rektale Untersuchung. Zur Verifizierung des Schweregrades einer Belastungsinkontinenz dient der so genannte Hustenprovokationstest bei gefüllter Blase im Liegen und/oder Stehen. Jede First-line Therapie, die nach 2-3

Monaten erfolglos ist, bedarf einer weitergehenden spezialisierten Diagnostik; diese beinhaltet Sonographie mit Restharnbestimmung, Perinealsonographie bei Frauen mit Belastungsinkontinenz, Urodynamik ggf. mit Uroflow-Messung und Urethrozystoskopie. Diese Untersuchungen sind ebenfalls Voraussetzung, um eine Belastungsharninkontinenz ggf. operativ zu beheben.

Mit konservativer Therapie beginnen

Mit dem Ergebnis der genannten Untersuchungen lassen sich gemeinsam mit dem Patienten individuelle Strategien der

konservativen Behandlung, vorrangig der Belastungs- und Dranginkontinenz, entwickeln. Die Reizblase wird nach Ausschluss morphologischer Ursachen konservativ mittels Blasentraining, Anticholinergika bzw. Elektrostimulation (20 Hz, Leihgerät für 3 bis 6 Monate) behandelt.

Moderne Pharmakokinetik

Neben den klassischen 2 bis 3 x täglich zu verabreichenden Anticholinergika setzen sich zunehmend mehr Präparate mit Retardeffekt (einmalige tägliche Einnahme), Rezeptorselektivität (M₃-selektiv, dadurch Vermeidung von kardialen und zentralen Nebenwirkungen) und transdermaler Applikation (Vermeidung der Leberpassage und Minimierung der Metaboliten und ihrer Nebenwirkungen) durch.

Beckenbodentraining

Grundvoraussetzung für die Durchführung konservativer Behandlungsansätze der Belastungsinkontinenz ist die Motivation des Patienten über einen längeren Zeitraum physiotherapeutische, medikamentöse, lokale Pessar- oder Elektrostimulationsbehandlungen durchzuführen.

Postmenopausal lokale Estrioltherapie

Die postmenopausale lokale Estrioltherapie der Scheide sollte dauerhaft durchgeführt werden, eine einmalige wöchentliche Applikation ist hier ausreichend. Zusammenhänge zu den konjugierten equinen Estrogenen, welche im Rahmen der Women Health Initiative (WHI) untersucht wurden und eine Verschlechterung der Harninkontinenzsituation bewirken, bestehen nicht.

Abb. 1:
ICIQ-SF Fragebogen zur Erfassung von Harninkontinenzbeschwerden

Wie häufig verlieren Sie Harn? (Bitte Feld ankreuzen)

niemals	<input type="checkbox"/>	0
ungefähr einmal pro Woche oder weniger	<input type="checkbox"/>	1
zwei- oder dreimal pro Woche	<input type="checkbox"/>	2
ungefähr einmal pro Tag	<input type="checkbox"/>	3
mehrmals am Tag	<input type="checkbox"/>	4
ständig	<input type="checkbox"/>	5

Wir würden gerne wissen, wieviel Harn Sie Ihrer Meinung nach verlieren. Wieviel Harn verlieren Sie gewöhnlich? (unabhängig davon, ob Sie Vorlagen tragen oder nicht). (Bitte ein Feld ankreuzen)

kein Harnverlust	<input type="checkbox"/>	0
eine kleine Menge Harn	<input type="checkbox"/>	2
eine mittlere Menge Harn	<input type="checkbox"/>	4
eine große Menge Harn	<input type="checkbox"/>	6

Wie sehr beeinträchtigt generell der Harnverlust Ihren Alltag?
 Bitte markieren Sie eine Zahl zwischen 0 (überhaupt nicht) und 10 (ein schwerwiegendes Problem).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt nicht schwerwiegend

Wann verlieren Sie Harn? (Bitte kreuzen Sie alle Felder an, die zutreffen)

niemals – kein Harnverlust	<input type="checkbox"/>
Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette	<input type="checkbox"/>
Harnverlust beim Husten oder Niesen	<input type="checkbox"/>
Harnverlust während des Schlafes	<input type="checkbox"/>
Harnverlust bei körperlicher Betätigung/ sportlicher Aktivität	<input type="checkbox"/>
Harnverlust nach dem Wasserlassen und Wiederankleiden	<input type="checkbox"/>
Harnverlust ohne erkennbare Ursache	<input type="checkbox"/>
ständiger Harnverlust	<input type="checkbox"/>

Diesen Fragebogen finden Sie zum Ausdrucken als PDF-Datei in der Internetversion dieses Beitrags unter www.aerztekammer-berlin.de

Miktionstagebuch

Es lässt falsches Trink- und Toilettentraining erkennen und hat dadurch therapeutischen Effekt. Ist diese mentale Voraussetzung gegeben, sollte ein Trink- und Miktionstraining mit Führung eines Miktionstagebuchs erfolgen. Dieses dient einerseits der Objektivierung der Symptomatik und ermöglicht andererseits eine nachvollziehbare Beurteilung des Behandlungsfortschritts.

Physiotherapeutische Behandlungsmethoden

Im Rahmen der qualifizierten physiotherapeutischen Konditionierung des Beckenbodens ist der Ausgangsstatus von wesentlicher Bedeutung. Bei ausgeprägter Beckenbodenschwäche sollte mit einer Elektrostimulation des Beckenbodens begonnen werden. Nach Wiederherstellung der Reaktionsfähigkeit des Beckenbodens Fortsetzen der Physiotherapie mittels Biofeedback-Geräten. Die Anleitung im Einzeltraining wäre wünschenswert.

Pessare wirken unmittelbar und können selbst eingesetzt werden

Pessarbehandlungen können für die Drang-, Überlauf-, Belastungsharninkontinenz und Mischformen gleichermaßen nützlich sein. Insbesondere die Aufhebung eines Deszensus der Scheide mit Würfel- oder Siebessaren oder der Einsatz von Tampons oder eines Urethra-

Tabelle 2: Indikationen für TVT-Plastik und Kolposuspension

TVT	Kolposuspension
Primärsituation ohne Deszensus	Primärsituation ohne Deszensus
Rezidiv nach Kolposuspension	Rezidiv nach TVT-Plastik
Hypotone Urethra	Hypotone Urethra Hypermobilität Urethra
Zentraler Fasziendefekt	Lateraler Fasziendefekt mit Restharnbildung
Vaginaler Zusatzeingriff	Abdominaler Zusatzeingriff

schalenpessares zeigen unmittelbare Behandlungserfolge.

Medikamentöse Therapie

Mit Duloxetin (Noradrenalin-/Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Yentreve®) steht erstmalig ein Medikament zur Behandlung der Belastungsharninkontinenz durch Steigerung der Aktivität des M. sphincter urethrae und der Blasenkapazität zur Verfügung. Duloxetin wirkt zentral durch eine Noradrenalin-, Dopamin- und Serotonin-Aufnahmeblockade (an den Onuf-Kernen im Sakralmark), eine tägliche Dosis von 2 x 40 mg führt zur signifikanten Senkung der HI-Episoden (59 % vs. 41 % in der Placebogruppe). Bei 12 % kam es aufgrund von Übelkeit zum Therapieabbruch, wobei insbesondere die Übelkeit nur passager auftritt. Hier empfiehlt sich eine einschleichende Medikation von 2 x 20 mg pro Tag. Eine Subgruppenanalyse auf der Basis unter-

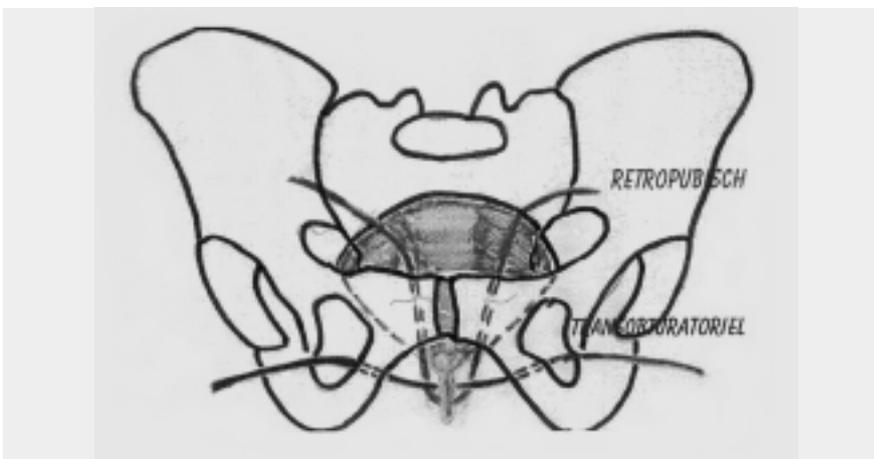
schiedlicher Schweregrade einer Belastungsharninkontinenz zu Beginn der Therapie zeigte, verglichen mit Placebo, dass Probandinnen mit höhergradiger Inkontinenz (>14 Inkontinenzepisoden/ Woche) über eine größere Reduktion der Inkontinenzepisoden und einen größeren Anstieg der inkontinenzbezogenen Lebensqualität (I-QoL-Gesamtscore) profitieren.

Operative Konzepte

Versagt die konservative Therapie und besteht hoher Leidensdruck durch die Belastungsharninkontinenz, lässt sich diese objektivieren und stehen operative Konzepte zur Verfügung, sind die Voraussetzungen für eine Operation gegeben. Die Kolposuspension modifiziert nach Burch und die TVT-Plastik nach Ulmsten als Standardoperationen kommen mit vergleichbarem Erfolg zum Einsatz. Aufgrund der minimaleren Invasivität ist sicher die TVT-Plastik zu bevorzugen, wobei aufgrund klinischer Erfahrungen beide Operationstechniken bei entsprechenden klinischen Befundkonstellationen einen unterschiedlichen Stellenwert haben (Tab. 2). Nahezu „lautlos“ wird seit dem Jahre 2000 der retropubische Zugangsweg vom transobturatorischen verdrängt, obwohl in der Studienlandschaft der Nachweis des Langzeiterfolges dieses operativen Zugangs noch aussteht (Abb. 2).

Individuell sollte geprüft werden, inwieweit periurethrale Injektionen bei eingeschränkter Operabilität bzw. starrer Urethra zur Anwendung kommen können. Schlechtere Erfolgsaussichten und

Abb. 2: Unterschiede im Zugangsweg bei der Einlage suburethraler Bänder



Probleme bei der Finanzierung sprechen gegen eine breite Anwendung. Postoperative Komplikationen, wie eine de novo Harndrangsymptomatik bzw. retropubische Hämatome, treten bei der Kolposuspension und TVT-Plastik in vergleichbarer Häufigkeit auf.

Im Alter eingeschränkte Erfolgsaussichten

Die Erfolgsaussichten der operativen Therapie bei älteren Patienten sind nicht mit denen jüngerer Patienten zu vergleichen. Altersentsprechend ist der Nachweis einer hypotonen Urethra (Urethroverschlussdruck < 20 cm H₂O) häufiger, was schlechtere Heilungsaussichten bedingt. Hinzu kommt, dass im Alter häufig bereits eine latente Harnblasenentleerungsstörung besteht, weshalb ein Kompromiss zwischen Wiederherstellung der Kontinenz und Vermeidung von Restharnbildung gefunden werden muss.

Sinnvolle Nutzung der Ressourcen

Werden alle diagnostischen und therapeutischen Ressourcen genutzt, können circa 95 % der Betroffenen geheilt bzw. gebessert werden. Bedenkt man, dass in Deutschland jährlich circa 1 Milliarde Euro nur für Kontinenzhilfen ausgegeben werden, könnte dieses Geld sicher teils gespart und teils sinnvoll in die Therapie der Harninkontinenz investiert werden.

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Elke Heßdörfer
Niedergelassene Urologin
Reinickendorfer Str. 15, 13347 Berlin

Dr. med. Jörg Schreier
DRK Kliniken Berlin-Westend
Frauenklinik/Rekonstruktive
Beckenbodenchirurgie
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin

PD Dr. med. Ralf Tunn,
St. Hedwig-Kliniken
Fachbereich Urogynäkologie,
Deutsches Beckenbodenzentrum,
Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin



Die Stuhl-inkontinenz

Die Häufigkeit der proktoanal Inkontinenz wird zwischen 0,3 und 1,5 % angegeben, wobei es mit Sicherheit eine große Dunkelziffer gibt. Die Inkontinenz nimmt mit zunehmendem Alter

deutlich zu und erreicht in Altersheimen sogar eine Frequenz von bis zu 30 %. Im folgenden Beitrag werden die wichtigsten Schritte der Diagnostik und die Therapiemöglichkeiten aufgezeigt.

Von Harald Gögler, Roland Scherer und Thorsten Unglaube

Was Inkontinenz bedeutet, hängt auch von der Definition ab.

Als grobe Einteilung gilt:

- Inkontinenz ersten Grades: Unkontrollierter Abgang von Winden; leichte Verschmutzung der Wäsche (Brems Spuren).
- Inkontinenz zweiten Grades: Unkontrollierter Abgang von dünnflüssigem Stuhl und von Winden.
- Inkontinenz dritten Grades: Normal geformter (fester) Stuhl geht unkontrolliert ab.

Die fäkale Inkontinenz hat vielfältige Ursachen, wobei als allgemeine Risikofaktoren ein höheres Alter, das weibliche Geschlecht (etwa 70 % der analen Muskelkraft des Mannes) sowie ein allgemein reduzierter Gesundheitszustand und oft eine Dauermedikation oder auch eine Immobilität Ursachen sind.

Im Zentrum der Ursachen für die Inkontinenz stehen die strukturelle und funktionelle Integrität des Anorektums, wobei der externe und innere Schließmuskel die zentrale Rolle spielen. Die glatte Muskulatur des Musculus sphincter ani internus hält den Analkanal unwillkürlich auch nachts geschlossen und öffnet sich nur reflektorisch, zum Beispiel bei der Defäkation. Der querge-

streifte äußere Schließmuskel unterliegt der Willkür des Menschen und macht somit die Kontrolle bzw. das Zurückhalten des Stuhles willkürlich möglich. Eine Durchtrennung dieser Muskeln durch krankheitsbedingte, iatrogene oder traumatologische Zerstörung gehört zu den häufigsten Ursachen der muskulären Inkontinenz.

Tabelle 1:

Ursachen anorektaler Inkontinenz**1. Störungen des Sphinkters**

- Sphinkterdefekt (Geburtstrauma, anorektale Chirurgie, Pfählungsverletzung)
- Sphinkterdegeneration (Internusklerose, Hypothropie)
- Tumor (infiltrierendes Rektumkarzinom, Analkarzinom)
- Lokale Entzündungen (M. Crohn)

2. Störungen im Beckenboden

- Beckenbodensenkung (Descending Perineum Syndrom - DPS)
- Beckenbodendeneration (Pudendusneuropathie)
- Rektozele
- Rektumprolaps

3. Gestörte Kapazität und Compliance

- Verändertes Rektumreservoir (z.B. durch Operation, Ileumpouch)
- Rektumtumoren
- Kollagenosen

4. Gestörte Sensibilität

- Neurologische Ursachen (Demenz, Neuropathie, Trauma, Tumor)
- Überlaufinkontinenz (Alter, Koopros-tase, Enkopresis, Medikamente)

5. Veränderte Stuhlkonsistenz

- Irritables Kolon
- Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Strahlenenteritis
- Diarrhoe
- Malabsorption

6. Kombinationen

- Deszensus + Pudendusneuropathie + Hypothropie
- Prolaps + Deszensus + Sensibilitätsstörung
- Sphinkterotomie + Fistel + Rektumkarzinom
- Alter + Multipara + Deszensus + Diabetes
- Demenz + Medikamente + Kopros-tase + Überlauf
- Geburtstrauma + Obstipation + Neuropathie

Eine wichtige praktische Rolle spielen muskuläre Schäden, etwa nach Dammschnitt bzw. Dammriss bei Geburten, bei iatrogenen Muskelschäden, (z. B. nach Operationen von Fisteln oder tiefsitzenden Rektumkarzinomen), oder auch Analtraumata. Auch neurologische Ursachen, wie zum Beispiel nach Unfällen mit Querschnittslähmungen, Polyneuropathien u.a. sind nicht selten. Auch sensorische Störungen, wie zum Beispiel anale Entzündungen oder anale Narbenbildungen, können genauso wie neurologische Störungen zu einem Sensibilitätsverlust oder zu einer Reflexstörung führen, die als Folge eine Inkontinenz haben. Berücksichtigt werden muss aber auch, dass als Ursache nicht nur eine Schädigung des Anorektums sondern auch die Konsistenz des Stuhles einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Rückhaltefunktion des Analkanals haben kann. Auch therapeutisch stellt die Beachtung der Stuhlkonsistenz einen erheblichen Faktor für die durchzuführende Behandlung dar. Die vielfältigen möglichen Ursachen der Inkontinenz zeigt Tabelle 1.

Diagnostik

In der Ursachenabklärung der Inkontinenz spielt die Anamnese eine ganz außerordentliche Rolle und ist oft entscheidend für die anzustrebende Therapie: Dazu gehört auch die Ausfüllung eines Fragebogens durch den Patienten (Tabelle 2). Die Gradeinteilung der Inkontinenz muss dabei im Verhältnis zur Lebensqualität des Patienten gesehen werden, da die Sensibilität des Patienten zu seiner Kontinenzleistung sehr unterschiedlich ist. Der versierte Arzt kann durch die detaillierte Anamnese unterscheiden, ob es sich um eine muskuläre, sensible, neurogene oder multifaktorielle Kontinenzstörung handelt. Bei klinischen Untersuchungen stehen heute immer noch die Inspektion und die Untersuchung mit dem Finger im Vordergrund. Sie werden durch eine moderne apparative Diagnostik unterstützt, die wesentliche Hilfe für die Entscheidung zur konservativen oder operativen Therapie ist und durch ihre

speziellen Aussagen besonders wertvoll im operativen Bereich geworden ist.

Folgende apparative Untersuchungen sollten durchgeführt werden:

- die Endoskopie
- die anale Manometrie
- die anorektale Endosonographie
- die neurologischen Untersuchungen (EMG und Nervenleitungsgeschwindigkeit)
- die radiologischen Untersuchungen (Video-Defäkographie und dynamische Magnetresonanztomographie)

Die Endoskopie

... das heißt die Proktorektoskopie und Coloskopie erlauben die visuelle Beurteilung des inneren Analkanals und des Rektums bzw. Colons und dienen in erster Linie dem Ausschluss von tumorösen oder entzündlichen Erkrankungen sowie der Darstellung von Schleimhautdeformitäten, wie der Intussuszeption oder Deformitäten der Rektumampulle oder des Analkanals nach Operationen.

Die anorektale Manometrie

... ist ein wichtiger Parameter zur Beurteilung der analen Kontinenz. Sie dient auch der Kontrolle der durchgeführten Operationen. Dabei werden sowohl die Ruhe- als auch die willkürlichen Kneifdrucke erhoben, gleichzeitig die rektale Compliance sowie die Reflexe geprüft. Sie gibt auch Auskunft über Funktionsstörungen im Bereich des Beckenbodens (DPS – Descending Perineum Syndrom) und ermöglicht die Beurteilung der anorektalen Sensibilität.

Die anorektale Endosonographie

Dieses Untersuchungsverfahren ist zur strukturellen Beurteilung des Schließmuskelapparates von außerordentlicher Bedeutung und von hoher praktischer Konsequenz für die Rekonstruktionsoperationen. Sie zeigt die Möglichkeit dieser Operationen auf und belegt auch ihre möglichen Erfolge oder Misserfolge. Diese Methode ist auch bedeutsam für die Diagnostik von komplizierten Abszessen und Fisteln.

Tabelle 2: Fragebogen zu Erkrankungen des Anorektums und des Beckenbodens

Punkte	0	1	2	3	4
Wie oft verlieren Sie unkontrolliert festen Stuhl?	nie	seltener als 1x im Monat	häufiger als 1x im Monat	häufiger als 1x in der Woche	meist täglich
Wie oft verlieren Sie unkontrolliert flüssigen Stuhl?	nie	seltener als 1x im Monat	häufiger als 1x im Monat	häufiger als 1x in der Woche	meist täglich
Wie oft verlieren Sie unfreiwillig Winde?	nie	seltener als 1x im Monat	häufiger als 1x im Monat	häufiger als 1x in der Woche	meist täglich
Wie oft tragen Sie eine Vorlage?	nie	seltener als 1x im Monat	häufiger als 1x im Monat	häufiger als 1x in der Woche	meist täglich
Wie oft müssen Sie wegen Stuhlproblemen Ihre festen Lebensgewohnheiten ändern?	nie	seltener als 1x im Monat	häufiger als 1x im Monat	häufiger als 1x in der Woche	meist täglich
mod. Cleveland Clinic-Kontinenz Score- Auswertung:					
0 – 5 Punkte:	kontinent	10 – 15 Punkte:	mittlere Inkontinenz		
5 – 10 Punkte:	leichte Inkontinenz	> 15 Punkte:	schwere Inkontinenz		

Die neurophysiologischen Untersuchungen

... lassen eine Differenzierung von muskulären und neurologischen Läsionen zu.

Die Elektromyographie des Beckenbodens (BB-EMG) und die Nervenleitungs-geschwindigkeit des Nervus pudendus (PNTML) mit der St. Marks-Fingerelektrode zeigen die elektrischen Aktivitäten und ermöglichen somit die Darstellung von Denervationsveränderungen im Bereich der Beckenbodennerven. Die klinische Wertigkeit dieser Messungen (St. Marks-Fingerelektrode) ist besonders auch für die Beurteilung des Beckenbo-

denkungssyndroms (DPS), das klinisch oft unterschätzt wird, wichtig.

Die fehlende Innervation und konsekutive Hypothrophie der Sphinktermuskulatur resultiert in einer Kontinenzstörung, die ebenfalls einer speziellen Behandlung bedarf.

Radiologische Untersuchungen

Im Vordergrund stehen hier die Video-Defäkographie und die dynamische Magnetresonanztomographie. Beide Untersuchungen sind für die Sichtbarmachung des Stuhlentleerungsvorganges von entscheidender Bedeutung. Bei

der Diagnose der Inkontinenz spielen diese Untersuchungen jedoch eine untergeordnete Rolle. In manchen Fällen, wie bei sekundärer Inkontinenz, zum Beispiel einer Überlaufsituation wie bei einer Rektozele oder obstruierenden Enterozele, sind diese Untersuchungen jedoch hilfreich.

Therapie der Stuhlinkontinenz

Konservativ

Die Behandlung der analen Inkontinenz richtet sich nach Ursache und Schweregrad des Befundes und der Gesamtsituation des Patienten. Liegt eine multi-

faktorielle Störung mit neurologischen Ausfällen vor, wie dies besonders im Alter häufig der Fall ist, sollten die konservativen Maßnahmen im Vordergrund stehen. Dabei spielt die diätetische Stuhleindickung eine zentrale Rolle, die häufig durch Medikamente unterstützt werden muss. Bei jüngeren Patienten kann eine elektrische Beckenbodenstimulation im Sinne eines Bio-feedback-Trainings erfolgreich sein. Motivierte Patienten, besonders im jugendlichen Alter, können in Verbindung mit dem Bio-feedback häufig eine Operation vermeiden. Die Gymnastik allein hilft selten, sie ist meist nur postoperativ von Bedeutung.

Operativ

Eine chirurgische Therapie sollte erst nach sorgfältiger Diagnostik und Ausschöpfung der konservativen Maßnahmen in erfahrenen Zentren durchgeführt werden. Operativ sind generell zu unterscheiden:

- die Sphinkterrekonstruktion
- der Sphinkterersatz (dynamische Gracilisplastik)
- die neurogene Stimulation bei intakten Sphinktern (Sacralnervenstimulation SNS)
- die Implantation eines künstlichen Sphinktersystems

Die Sphinkterrekonstruktion

Die Sphinkterrekonstruktion ist die Methode der Wahl und sollte, wenn irgend möglich, stets angestrebt werden. Indikationen sind Inkontinenz dritten Grades, besonders nach Dammrissen, sowie iatrogene Ursachen und andere Traumata mit einer Sphinkterdestruktion von höchstens der Hälfte des Umfangs. Etwa zwei Drittel der Patienten können erfolgreich,

wenn auch mehrfach operiert werden. Bei Frauen nach Geburtstraumata ist stets der Nervus pudendus präoperativ zu untersuchen, da bei etwa der Hälfte dieser Patientinnen nach einem Dammriss dritten Grades auch eine Pudendusschädigung vorliegt. Bei nicht traumatisierten, aber schlaffen Sphinktern kann eine operative Raffung (pre und post anal repair) bei etwa der Hälfte der Patienten zu einer deutlichen Steigerung der Kontinenz führen. Dies ist hauptsächlich im Alter der Fall, da die Operation selbst ungefährlich ist und für die Patienten leicht zu ertragen. Jedoch sind die Langzeitergebnisse nicht so gut wie bei der Rekonstruktion der Sphinktern nach iatrogener oder traumatischer Destruktion.

Die dynamische Gracilisplastik

Ist eine Sphinkterrekonstruktion bei zerstörten Schließmuskeln nicht möglich, kann ein Sphinkterersatz durch eine Gracilisplastik, das heißt Umschlingung des Afteres mit einer Schlinge des quergestreiften Gracilismuskel erfolgen. Um eine Dauerkontraktion zu erhalten, wird dieser Muskel durch einen gleichzeitig implantierten Schrittmacher tonisiert und gesteuert, was zu einer erheblichen Verbesserung der Lebenssituation der meist jüngeren Patienten führt.

Die Sacralnervenstimulation, SNS

Dies ist eine erst in den letzten Jahren etablierte und erfolgreiche Methode, die bei morphologisch intaktem, jedoch neurologisch destruiertem Sphinkter durchgeführt werden kann. Diese neue Technik hat eine Erfolgsrate von etwa 80 %, wie wir es durch unsere eigenen Ergebnisse

bestätigen konnten. Nach einer Test- und Stimulationsphase von drei Wochen, in der die Effektivität geprüft wurde, kann dann die Implantation beschlossen werden. Langzeitergebnisse liegen noch nicht vor.

Der künstliche Sphinkter (artificial bowel sphincter)

Immer wieder wird in der Literatur ein aus Kunststoff hergestellter künstlicher Sphinkter zur Implantation empfohlen. Zurzeit wird ein aufblasbares ringförmiges Sphinktersystem aus Silicon empfohlen, das aus einer aufblasbaren Muskelschleife, einem druckregulierten Ballon und einer Kontrollpumpe besteht. Die vorhandenen Untersuchungen zeigen bisher keine vertretbar guten Ergebnisse, so dass wir auf die Implantation dieser Systeme bisher verzichtet haben.

Fazit

Eine erfolgreiche operative Behandlung der analen Inkontinenz ist nur nach sorgfältiger Anamnese und Diagnostik möglich. Wenn die konservativen Maßnahmen nicht ausreichen oder wenn schon primär nur eine Operation infrage kommt, steht die Sphinkterrekonstruktion als Methode der Wahl im Vordergrund. Alle anderen Operationsformen sind sehr aufwändig und komplikationsträchtig und deshalb sekundär. Schlagen alle operativen Bemühungen fehl, sollte man die Anlage eines endständigen Colostomas erwägen.

Anschrift der Verfasser:

*Prof. Dr. med. Harald Gögler,
Dr. med. Roland Scherer,
Thorsten Unglaube
DRK Kliniken Berlin-Westend
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin*

Kontinenzzentren in Berlin

Deutsches Beckenbodenzentrum
St. Hedwig-Krankenhaus
Große Hamburger Str. 5 – 11
10115 Berlin
Tel. 2311-2107

Koordinatoren: PD Dr. R. Tunn,
Dr. A. Gauruder-Burmester
Koloproktologie: Dr. R. Winkler
Urologie: Prof. Dr. Knispel,
Dr. H. Schulte-Baukloh
Urogynäkologie: PD Dr. R. Tunn,
Dr. A. Gauruder-Burmester
Neurologie: Dr. A. Hagedorn
Sexualmedizin:
Dr. A. Gauruder-Burmester
Physiotherapie: U. Kellner, S. Soeder
Ernährungsberatung: M. Klink
Terminmanagement: Tel. 2311 2107

Beckenbodenzentrum Westend
DRK-Kliniken Westend, Berlin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
Tel. 3035-4220

Koordinator:
Prof. Dr. med. Harald Gögler
Chirurgie:
OA Dr. med. Roland Scherer
Gynäkologie:
OA Dr. med. Jörg Schreier
Urologie:
Dr. med. Christian Pochhammer
Biofeedback:
Dr. med. Thorsten Unglaube
Physiotherapie: Renate Meissner

Berliner Kontinenzzentrum am
Franziskus-Krankenhaus
Budapester Str. 15 – 19
10787 Berlin
Tel. 2638 - 3801

Urologie:
Prof. Dr. med. Manfred Beer
(Chefarzt)
Urogynäkologie:
Dr. med. Jörg Neymeyer
Gastroenterologie:
Dr. med. Jan Unckell

Chirurgie: PD Dr. Ralph Rückert
Das Franziskus-Krankenhaus hat sich spezialisiert auf Inkontinenzbeschwerden nach onkologischen Operationen. Insbesondere auf Beckenbodenrekonstruktionen zum Erhalt der sexuellen Sphäre der Frau.

Kontinenzzentrum der Charité
Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30
12200 Berlin
Tel. 8445-2575

Urologie: Prof. Dr. Kurt Miller
PD Dr. Mark Schrader
Gynäkologie: Dr. med. Ina Steinmetz
Chirurgie:
PD Dr. med. Anton J. Kroesen

Neben diesen Zentren gibt es in zahlreichen weiteren Berliner Kliniken interdisziplinäre Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit Inkontinenzbeschwerden.



Empfehlenswerte Links

www.kontinenz-gesellschaft.de
(früher www.gih.de)

Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V. wurde im November 1987 mit dem Namen Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e. V. (GIH) als gemeinnütziger Verein gegründet. Ärzte und Betroffene arbeiten darin eng zusammen.

Die Gesellschaft will die "peinliche" Erkrankung Inkontinenz aus der Tabuzone holen und so den Weg frei

machen für eine verbesserte Diagnose und Behandlung. Die Page bietet sowohl Ärzten als auch betroffenen Patienten viele Tipps und Adressen, aber auch wichtige therapeutische Hinweise. Bundesweit sind nach Postleitzahlen alle Kontinenzzentren und Beratungsstellen aufgelistet.

www.agub.de

Dies ist die Website der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenkonstruktion e.V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Hier finden sich neben Fachaufsätzen auch wichtige Termine und wiederum Ansprechpartner für den fachlichen Austausch.

www.awmf-online.de

Die Startseite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften listet unter anderem die Leitlinien der Fachgesellschaften nach Fächern auf (auch www.leitlinien.de). Unter Gynäkologie/Frauenheilkunde finden sich Leitlinien und weiterführende Literatur zur Harninkontinenz/ Stressharninkontinenz.

Beratungsstellen

Im Berliner Stadtgebiet gibt es im ambulanten Bereich und an mehreren Kliniken Beratungsstellen zum Thema „Inkontinenz“. Die Adressen sind über die Homepage www.kontinenz-gesellschaft.de (früher www.gih.de) im Kapitel „Ärztliche Beratungsstellen“ nach Postleitzahlen abrufbar.

Abstimmung zur neuen Weiterbildungsordnung abgebrochen

Bericht von der Delegiertenversammlung am 20. April 2005

Drei Entscheidungen traf die Delegiertenversammlung an diesem Abend: Die Weiterbildungsausschüsse werden neu zusammengesetzt, eine Satzungsänderung der Berliner Ärzteversorgung wurde einstimmig verabschiedet und ein Antrag zum Thema „Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“ für den Deutschen Ärztetag auf den Weg gebracht. Nicht einigen konnte man sich auf eine aus europarechtlichen Gründen erforderliche Ergänzung der schon beschlossenen Weiterbildungsordnung. Die tumultartige Diskussion darüber endete mit Vertagung.

Von Sybille Golkowski

Ohne größere Diskussionen wurden einstimmig einige Satzungsänderungen der Berliner Ärzteversorgung beschlossen, die aus europa- und steuerrechtlichen Gründen notwendig wurden. Eine generelle Überarbeitung der Satzung steht noch aus. Vor Jahresende ist damit voraussichtlich nicht mehr zu rechnen, weil man die derzeit in Arbeit befindliche Novellierung des Berliner Kammergesetzes berücksichtigen will, um mögliche Friktionen zwischen Satzung und Gesetz zu vermeiden. So wurde auch noch keine Entscheidung über den zukünftigen Umgang mit der Hinterbliebenenrente für nichteheliche und eingetragene Lebenspartner getroffen, der in dieser Zeitschrift und auch in der Delegiertenversammlung bereits breit diskutiert wurde.

Die jetzt vorgenommenen Satzungsänderungen betreffen vor allem Überleitungs- und Auszahlungsregelungen. Abgeschafft wurde die Möglichkeit einer Beitragüberleitung bei Verlagerung der ärztlichen Tätigkeit in das europäische Ausland in das dortige soziale Sicherungssystem.

Da die berufsständischen Versorgungswerke zum 1.1.2005 in den Anwendungsbereich der europäischen Koordinierungsrichtlinie einbezogen werden, ist die europäische Rechtsystematik zu beachten, wonach stets Ansprüche im Altersvorsorgesystem des jeweiligen Staates erworben werden, in dem man tätig ist. Bisher war eine Mitnahme von Beiträgen möglich, wenn das beteiligte europäische Sicherungssystem diese Beiträge rentenwirksam entgegengenommen hat. Dieses Prozedere widerspricht dem europäischen Sozialversicherungsrecht und musste deshalb geändert werden. Künftig sammelt also jeder Versicherte seine Versicherungszeiten im System des Staates, in dem die ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird, an.

Zudem wurde die ohnehin nur unter engen Voraussetzungen vorhandene Möglichkeit gestrichen, sich die Rentenbeiträge teilweise rückerstatten und in einem Zuge auszahlen zu lassen. Da eine solche Möglichkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht existiert, die steuerliche Abzugs-



fähigkeit von Rentenbeiträgen nach dem neuen „Alterseinkünftegesetz“ aber davon abhängt, dass das Versorgungssystem dem der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbar ist, musste hier nachgebessert werden. Beiträge werden den Mitgliedern nur noch dann unter Verzicht auf weitere Rentenansprüche rückerstattet, wenn die Rente monatlich ein Volumen von derzeit 24,15 € nicht überschreitet. Anderenfalls muss die Auszahlung von Mini-Renten in Kauf genommen werden.

Die Satzungsnovelle tritt rückwirkend zum 1.1.2005 in Kraft, die steuerliche Abzugsfähigkeit der Beiträge als Sonderausgaben nach dem Alterseinkünftegesetz ist für 2005 demnach sichergestellt.

Weiterbildungsausschüsse neu zusammengesetzt

Die neue Weiterbildungsordnung wird – wenn sie denn in Kraft tritt – eine Veränderung in den Arbeitsgebieten der Weiterbildungsausschüsse erforderlich machen. Der Grund: Durch

zahlreiche neue Gebiets- und Zusatzbezeichnungen, für die künftig allesamt Prüfungen abzulegen sind, erhöht sich das Arbeitsvolumen der Ausschüsse erheblich. Durch die neue Zuordnung von Fächern auf die Ausschüsse soll erreicht werden, dass das Prüfungsvolumen in allen Ausschüssen möglichst gleich hoch ist. Dies wurde von der Delegiertenversammlung mit 20 : 14 Stimmen beschlossen.

Weiterbildungsordnung weiter auf Eis

In einer erregten Debatte und schließlich mit Vertagung des Tops endete eine aus europarechtlichen Gründen notwendige Ergänzung der schon beschlossenen neuen Weiterbildungsordnung, die seit Februar zur Genehmigung bei der Senatsverwaltung für Gesundheit liegt. Die europäische Kommission hat signalisiert, dass sie die derzeit in Deutschland für Allgemeinmediziner existierende Vielfalt von drei Bezeichnungen „Facharzt für Allgemeinmedizin“, „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ und „Praktischer Arzt“ nicht akzeptieren wird. Als Äquivalent für den in Europa üblichen Allgemeinmediziner akzeptiert Brüssel für Deutschland nur eine einzige Bezeichnung und zwar die des „Facharztes für Allgemeinmedizin“.

Zu einem späteren Zeitpunkt – nämlich dann, wenn die neue Weiterbildungsordnung in allen Bundesländern gilt, kann die Bezeichnung in Deutschland auf Antrag in „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ umbenannt werden. Voraussetzung ist, dass dies dann in allen Ländern gleichzeitig erfolgt.

Um dieses Procedere hinzubekommen, wollte die Ärztekammer Berlin einem bereits in Bayern sehr erfolgreich umgesetzten Modell folgen und dem „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin eine Fußnote anfügen, die sinngemäß folgendes sagt: Die Facharztbezeichnung Innere und Allgemeinmedizin darf zunächst nur in Form des „Facharzt für Allgemeinmedizin“ geführt werden. Erst, wenn alle Bundes-

länder genauso beschlossen haben und ein Antrag der Bundesrepublik Deutschland auf Notifizierung der neuen Bezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ in Brüssel genehmigt ist, darf diese neue Bezeichnung dann bundeseinheitlich geführt werden. Die europäische Kommission hat signalisiert, dass dieses Vorgehen akzeptiert wird.

Im Vorfeld der Delegiertenversammlung hatten sich die Weiterbildungsausschüsse und der Vorstand auf die Fußnotenlösung verständigt, die Abstimmung in der Delegiertenversammlung war eigentlich nur noch eine Formalie. Da hatte man jedoch die Rechnung ohne den Berufsverband der Allgemeinmediziner (BDA) gemacht. Dr. Hans-Peter Hoffert und Prof. Dr. Vittoria Braun (BDA) schlugen gleich zu Beginn der Debatte vor, den gemeinsamen Facharzt dauerhaft ausschließlich „Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu nennen und die Fußnotenlösung mit der Veränderung in die Bezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin“ gar nicht erst zu realisieren. Unterstützt wurden die beiden Vorstandsmitglieder von Dr. Rita Kielhorn. Mit großem Erstaunen reagierte Vizepräsident Dr. Elmar Wille („Was soll denn das jetzt Kollegen. Ist Ihnen klar, dass Sie mit einem solchen Vorstoß hier die ganze WBO verschieben?“). Heftige Reaktionen kamen auch vom Marburger Bund und der Liste Allianz (Dr. Klaus Thierse und Dr. Almut Tempka: „Sie machen

wieder das alte Fass neu auf, das kann doch wohl nicht wahr sein!“). Nach längerer kontroverser Debatte und einer Sitzungsunterbrechung wurde mit dem äußerst knappen Ergebnis von 15 : 13 Stimmen eine Vertagung des Tops beschlossen. Auf einer nächsten Delegiertenversammlung soll nun die Fußnote erneut eingebracht werden. Solange hier kein Beschluss gefasst ist, liegt die neue Weiterbildungsordnung in Berlin weiterhin auf Eis.

Medizinische Behandlung von Illegalen

Mit großer Mehrheit beschloss die Delegiertenversammlung einen Antrag für den Deutschen Ärztetag, der vom kammer eigenen Menschenrechtsausschuss eingebracht worden war. Gefordert wird darin mehr Rechtssicherheit bei der Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. „Es muss klargestellt werden, dass ärztliche Hilfe nicht die Tatbestandsmerkmale der Beihilfe für illegalen Aufenthalt erfüllen. Die Gleichsetzung von Ärzten mit zum Beispiel Schleppern, Schleusern und Menschenhändlern, wie aus § 96 AufenthG gefolgert werden kann, ist nicht akzeptabel“, heißt es darin. Gefordert wird ferner eine Aufhebung der „Übermittlungspflicht“ für öffentliche Krankenhäuser an die Ausländerbehörden und eine staatliche Übernahme der Behandlungskosten für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. *SyGo*

Der Berliner Krisendienst

Informationen für Ärzte

Seit mittlerweile fünf Jahren bietet der Berliner Krisendienst Menschen in Notlagen rasche und niedrigschwellige Hilfe. Er wurde als komplementäres Angebot eingerichtet, das zeitlich dann hilft, wenn die Regelversorgung nicht zur Verfügung steht (z.B. nachts) und das den Patienten niederschwellig auffängt und stabilisiert. Hier kann zudem abgeklärt werden, welche weiterführenden Hilfsangebote für sein Problem die richtigen sind. Um den Draht zwischen Ärzten und Krisendienst zu verkürzen, geben wir hier einen kurzen Überblick über Leistungsspektrum und Adressen des Berliner Krisendienstes.

Im Zuge des massiven Bettenabbaus in der psychiatrischen Versorgung (mehr als 2500 Betten gingen seit den 90er Jahren verloren) weitete die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz in Kooperation mit den Krankenkassen die Krisenversorgung im ambulanten Bereich stark aus. An neun Standorten stehen heute an 365 Tagen im Jahr multiprofessionelle Teams (Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychiatrie- und Heilerziehungspfleger u.a.) als qualifizierte Krisenberater zur Verfügung. Jährlich nutzen rund 45.000 Berliner dieses Angebot, das sich nicht auf die Menschen in Krisen beschränkt sondern ausdrücklich auch deren Angehörige und die sie behandelnden oder betreuenden Professionellen mit einschließt. Alle Standorte öffnen gemäß ihrem komplementären Auftrag ihre Pforten, wenn die Regelversorgung meist schon schließt:

- Täglich von 16 bis 24 Uhr sind die Mitarbeiter an allen neun Standorten telefonisch und persönlich erreichbar und machen bei Bedarf Hausbesuche.
- Von 0.00 Uhr bis 8 Uhr morgens, sowie am Wochenende von 8 bis 16 Uhr kann ein Ratsuchender den überregionalen Bereitschaftsdienst auf dem Gelände des St.-Hedwig-Krankenhauses, Berlin-Mitte, kontaktieren.
- Wochentags, wenn dagegen die Praxen und Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung geöffnet sind, wird nur eine telefonische Kurzauskunft für Fragen und Informationsaustausch (z.B. Übergaben von Pati-

enten aus einer Praxis in den Krisendienst) bereitgestellt.

- Trotz differenziertem Leistungsspektrum erreicht ein Anrufer mit der Telefonnummer seines regionalen Standorts zu jeder Tages- oder Nachtzeit einen Ansprechpartner.

Um psychiatrische Kompetenz bei Notfällen (vor allem bei Suizidalität und akuten wahnhaften Psychosen) binnen kurzer Zeit vor Ort bringen zu können, ist ein KV-unabhängiger ärztlicher Hintergrunddienst eingerichtet worden. Darüber erfolgen – außerhalb der Dienstzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes – in Kooperation mit der Polizei Einweisungen nach dem Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG).

Wann können Ärzte den Krisendienst nutzen?

Psychologische Beratung und Krisenintervention

- Ein Patient befindet sich in einer Krise und benötigt Stabilisierung außerhalb regulärer Sprechzeiten, z.B. in den Abendstunden oder am Wochenende. Der Arzt sieht aber keine Indikation für eine stationäre Aufnahme. In einem solchen Fall bietet der Krisendienst Raum für entlastende Gespräche mit dem Ziel, die Handlungsfähigkeit des Patienten zu stärken.
- Ein Patient wendet sich an seinen Hausarzt und ist sich unschlüssig, ob er über seine persönlichen Probleme einmal ausführlich mit jemandem

Das Leistungsangebot

- Erstgespräche mit kurzfristiger Entlastung und Orientierungshilfe
- mobile Einsätze („Hausbesuche“) bei Bedarf mit Facharzt
- Krisenbegleitung durch bis zu 10 Folgegespräche
- Qualifizierte Weiterverweisung (screening) mit Hilfe einer Datenbank, die rund 2000 Einrichtungen aus dem Berliner Raum erfasst
- für die Nutzer kostenlos und auf Wunsch anonym

sprechen sollte oder ob er gar eine Psychotherapie benötigt.

Hier steht der Krisendienst für ein Erstgespräch zur Verfügung. Er klärt die Motivation und Indikation für eine Psychotherapie ab und gibt ggf. Empfehlungen. Manchmal reichen auch Krisen begleitende Folgegespräche.

Bei folgenden Verdachtsdiagnosen

- „Psyche überlagert Somatik“: Im Gespräch mit dem Patienten wird deutlich, dass es über die somatische Symptomatik hinaus psychische, familiäre, berufliche oder soziale Probleme gibt, die enormen Leidensdruck verursachen, der den Rahmen der Sprechstunde jedoch sprengt. Eine Überweisung zum Nervenarzt scheint aber (noch) nicht angebracht. Hier bietet der Krisendienst den Raum für Gespräche, die bei den Problemthemen des Patienten ansetzen.

Die Zielgruppen

- Menschen in Notlagen und Lebenskrisen
- Psychisch kranke Menschen
- Suizidgefährdete Menschen
- Traumatisierte Menschen
- Menschen mit Suchtproblemen in akuten Krisen
- Pflegebedürftige und demente Menschen
- Menschen mit geistiger Behinderung in Krisensituationen
- Betroffene, Angehörige, Freunde sowie professionelle Helfer

- Erschöpfungssyndrom:**
Im Gespräch wird deutlich, dass der Patient seit längerer Zeit chronisch überfordert ist. Er klagt über Müdigkeit und Erschöpfung und weiß sich nicht mehr zu helfen.

Der Krisendienst klärt in einem solchen Fall über Gespräche die eigenen Ressourcen des Patienten und verweist auf weiterführende Angebote.
- Posttraumatische Belastungsstörung:**
Ein Patient berichtet von einer traumatischen Erfahrung, (z.B. ein Verkehrsunfall, eine Straftat, der er zum Opfer fiel, etc.) und klagt über somatische Beschwerden wie Schweißausbrüche, Schlafstörungen oder Angstzustände.

Der Krisendienst hilft bei der Bewältigung einer solchen traumatischen Krise, klärt über deren Verlauf auf und überprüft, ob weitere Maßnahmen nötig sind.
- Suizidalität:**
Der Patient macht Andeutungen, dass er sich das Leben nehmen möchte und Sie möchten unterhalb der Schwelle einer Klinikeinweisung ein Angebot machen und das Suizidrisiko einschätzen lassen.

Hier bietet der Krisendienst engmaschige, stabilisierende Gesprächskontakte oder leitet bei Bedarf eine stationäre Krisenintervention ein.
- Anbahnung einer psychotischen Dekompensation:**
Der Patient erscheint „merkwürdig anders“, berichtet von schwer nachvollziehbaren Erlebnissen, empfindet einen Leidensdruck, hat aber Angst, von einem „Psychiater für verrückt erklärt zu werden“.

In einem solchen Fall kann der Krisendienst vorübergehend ein niedrigschwelliges Gesprächsangebot machen, klärt weiter ab und arbeitet dann an der Motivation, sich angemessen behandeln zu lassen.

Adressen des Berliner Krisendienstes im Überblick

Region/Bezirke	Standort-Anschrift	Telefon 030-
Region Mitte		
Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg	Krausnickstr. 12 a 10115 Berlin-Mitte	390 63 10
Region West		
Charlottenburg-Wilmersdorf	Horstweg 2 14059 Berlin-Charlottenburg	390 63 20
Spandau	Lynarstraße 12 13585 Berlin-Spandau	390 63 30
Region Nord		
Pankow	Mühlenstraße 48 13187 Berlin-Pankow	390 63 40
Reinickendorf	Berliner Straße 25 13507 Berlin	390 63 50
Region Süd-West		
Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneberg	Albrechtstraße 7 12165 Berlin-Steglitz	390 63 60
Region Ost		
Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf	Irenenstr. 21A 10317 Berlin-Lichtenberg	390 63 70
Region Süd-Ost		
Treptow-Köpenick	Spreestraße 6 12439 Berlin-Treptow	390 63 80
Neukölln	Karl-Marx-Straße 23 12043 Berlin-Neukölln	390 63 90
berregionaler Bereitschaftsdienst aller Regionen In dringenden Fällen Hausbesuche, Arzt in Rufbereitschaft		
Nachts von 0.00 – 8.00 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen	Krausnickstr. 12 a 10115 Berlin-Mitte	390 63 00
Werktags von 8.00 – 16.00 Uhr nur telefonische Information und Weitervermittlung		390 63 00

Berliner Krisendienst Südwest
Wolf Müller
Albrechtstr. 7, 12165 Berlin

Das Wichtigste vom Ärztetag

Der 108. Deutsche Ärztetag, nach 16 Jahren erstmals wieder in Berlin tagend, legte den Finger in die Wunden. Die von Ärzten tagtäglich erlebten Probleme in einem Gesundheitssystem, dem aufgrund der Massenarbeitslosigkeit die Finanzierung wegbriecht, während die medizinischen Möglichkeiten und der Versorgungsbedarf der Bevölkerung steigt, kamen in fast jedem Top wieder aufs Tablett. Statt Grabenkämpfen gab es diesmal viel Analyse und Forderungen an die Politik. Hier ergänzen wir die ausführliche Berichterstattung des Deutschen Ärzteblatts mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Themen und mit Stimmen aus der Berliner Delegation. Das Beschlussprotokoll und alle Referate und Reden des Ärztetages finden Sie im Volltext unter www.bundesaerztekammer.de.

Von Sybille Golkowski

Situation der niedergelassenen Ärzte

Der Ärztetag stellt fest, dass die heute spürbaren Probleme im ambulanten Bereich vor allem den Kostendämpfungsgesetzen von 1993 anzulasten sind. Gesetzlich eingeführte rigide

Ausgabenbudgets legen niedergelassenen Ärzten immer engere Vergütungsfesseln an. Bei unbegrenztem Leistungsversprechen der Politik wurden den Ärzten ein strikt begrenzter Finanzrahmen vorgegeben, der ihnen die finanzielle Haftung für die Einhaltung der Budgetgrenzen aufbürdet, ohne



Berlins Ärztekammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz war diesmal in der Rolle des Gastgebers. Viel Resonanz bekam er für seine Rede auf der Eröffnungsveranstaltung, die sich mit den Themen ärztliche Arbeitsbedingungen, der Zukunft der Medizin und dem demografischen Wandel beschäftigte. Zudem hielt er das Einleitungsreferat zum Top Fehlermanagement. Beides im Volltext nachzulesen unter www.aerztekammer-berlin.de (Homepage, rechter Frame) und in der Dokumentation des Ärztetages unter www.bundesaerztekammer.de.

Rücksicht auf Leistungsbedarf und Morbiditätsentwicklung einer alternden und von Massenarbeitslosigkeit betroffenen Gesellschaft zu nehmen. Daneben wurde eine Vielzahl von Regelungen geschaffen, die Bürokratie und Verwaltungsaufwand vervielfachen.

Der Ärztetag fordert finanzielle Rahmenbedingungen, die dem steigenden Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft gerecht werden. Bürokratische Regelungen müssen reduziert werden.

In Kliniken und Praxen sollen Teilzeitarbeitsmodelle und Wiedereinstiegs-hilfen für Ärzte und Ärztinnen nach der Familienpause gefördert werden. In unterversorgten Gebieten sollen gleitenden Praxisübergaben ermöglicht werden.

Für niedergelassene Ärzte sollen auf Ärztekammer-Ebene mehr Angebote zur Stressbewältigung, zum Zeitmana-



Ich finde es wichtig, dass wir jetzt hier eine eigene Versorgungsforschung beschlossen haben. Mich hat allerdings gewundert, wie viele dagegen waren. Was mir auf der Eröffnungsveranstaltung aufgefallen ist: Die Ohnmacht der Ärzte kann immer nur beschrieben werden, aber nicht verändert. Es passiert so viel Unsinn, aber wir Ärzte verweigern uns letztlich nicht. Wir arrangieren uns immer wieder mit allem, das finde ich schade.

Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Allgemeinmedizinerin aus Köpenick,
Lehrstuhlinhaberin an der Charité/Mitte

gument und zur Verbesserung der Kommunikationskompetenz geschaffen werden.

Förderung einer eigenen Versorgungsforschung

Die Ärzteschaft wird mit einer jährlichen Fördersumme von 750.000 € über einen Zeitraum von insgesamt 6 Jahren selbst Versorgungsforschung initiieren. Im Haushalt der Bundesärztekammer stellte der Ärztetag für 2005 eine entsprechende Summe bereit. Für die Zukunft soll die Finanzierung aus Überschüssen des Deutschen Ärzteverlages gedeckt werden. Die Ärzteschaft verspricht sich von einer selbst in Auftrag gegebenen Versorgungsforschung ein frühzeitiges Erkennen von Verlagerungseffekten und Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen. Den polemischen Anschuldi-

gungen der Politik in puncto „Unter-, Über- und Fehlversorgung“ sollen damit entsprechend untermauerte Erkenntnisse entgegengesetzt werden. Auch die Wirkung von Leitlinien, von politisch gewollten Ökonomisierungseffekten oder die Situation der Ärzte selbst soll Untersuchungsgegenstand werden. Obwohl in der Debatte zu diesem Thema eher ablehnende Argumente der Delegierten vorgetragen wurden, fand die Idee bei der Abstimmung breite Unterstützung. (Siehe zum Thema Versorgungsforschung auch unser Editorial von Dr. Wille auf Seite 3.)

Ärztliches Fehlermanagement und Patientensicherheit

Der Deutsche Ärztetag begrüßt und fördert Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit. Er appelliert an die ärztliche Öffentlichkeit, Beinahe-Fehler-Berichtssysteme nicht als Sanktionsinstrumente, sondern als wichtige Er-

kenntnisquellen im Rahmen der Fehlerprävention anzusehen. Im Zentrum künftiger Fehlervermeidungsstrategien, die ambulant wie stationär ausgebaut werden sollen, steht die Suche nach organisations- und kommunikationsbedingten Verbesserungspotenzialen. Der Deutsche Ärztetag spricht sich deshalb dafür aus, künftig Fehlervermeidungsstrategien in allen medizinischen Versorgungsbereichen voranzutreiben.

Fehlerquelle „Fachübergreifende Bereitschaftsdienste“

Ausgesprochen kritisch sahen die Delegierten im Zusammenhang mit dem Fehlermanagement die in Kliniken üblicher werdenden fachübergreifenden Bereitschaftsdienste; nach Einschätzung vieler Ärzte eine beträchtliche Fehlerquelle. Hier prägten Berliner Delegierte entscheidend die Diskussion. Anträge von Dr. Werner Wyrwich, Dr. Wolfgang



Fotos: Daniel Rühmkorff

Dr. med. Wolfgang Albers und Dr. med. Charlotte Lutz beim Formulieren eines Antrags.

Die Eröffnungsreden haben alle hier sehr angesprochen, das hat man gemerkt. Auch Bundesärztekammerpräsident Hoppe hat alle ethischen und berufspolitischen Themen aufgegriffen, die zur Zeit wichtig sind und die Kollegen wirklich abgeholt. Das hat mir sehr gefallen.

Dr. med. Charlotte Lutz, Assistenzärztin am Vivantes Klinikum Hellersdorf, mit 31 Jahren war sie die jüngste Delegierte des Ärztetags.

Ich konnte hier über einige Argumente nur staunen. Die Kapitalismuskritik von Bundesärztekammerpräsident Hoppe oder der Aufruf zum zivilen Widerstand eines Kollegen gestern.... Ich finde gut, dass hier Zusammenhänge aufgezeigt werden, die draußen im Alltag einfach untergehen. Die Debatte um Ökonomisierung ist wichtig, es ist letztlich auch eine Debatte um die Privatisierung.

Dr. med. Wolfgang Albers, Chirurg am Vivantes Humboldt-Klinikum



Ich bin zum ersten Mal mit dabei. Die Möglichkeit, laufend Anträge stellen zu können, ist für mich ein überraschendes Demokratie-Erlebnis. Das kenne ich aus anderen „Ver-einen“ so nicht. Dass man endlich über Fehlermanagement redet, finde ich positiv.
Julian Veelken, Assistenzarzt am Vivantes Klinikum Neukölln



Ich bin überrascht über die sachliche und wenig emotionale Debatte diesmal. Endlich mal keine Grabenkämpfe, das hat mich gefreut. Auch die einführenden Referate waren sehr gut ausgewählt. Besondere Highlights waren für mich das Thema „Armut und Gesundheit“ und das Fehlermanagement.
Dr. med. Rudolf Fitzner
Oberarzt der Labormedizin an der Charité Campus Benjamin Franklin

Albers und Dr. Volker Pickerodt aus Berlin wurden vom Ärztetag mit großer Mehrheit angenommen. Darin werden fachübergreifende Bereitschaftsdienste generell abgelehnt. Die Fachgesellschaften werden dringend aufgefordert, hierzu ebenfalls klar Positionen zu beziehen. Auch die Tendenz, aus Kostenersparnis originär ärztliche Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal zu verlagern, wird kritisiert. Hier erwähnte der Berliner Antrag vor allem den Einsatz von Operations- und Anästhesieassistenten. Auch dies – so die Delegierten – ist eine Maßnahme, die Fehler in der Patientenversorgung deutlich wahrscheinlicher macht und zudem die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses verschlechtert.

Krankheit und Armut

Der Ärztetag stellt fest, dass Armut die Gesundheit bedroht und das Mortalitätsrisiko erhöht. Aufgrund der weiter ansteigenden Arbeitslosigkeit und den damit verbundenen Armutseffekten in zunehmenden Teilen der Bevölkerung nimmt auch der Bedarf an ärztlichen Leistungen zu. Dies geschieht, während die hierfür verfügbaren finanziellen Ressourcen geringer werden, weil die Finanzierung der GKV nahezu ausschließlich an die Arbeitseinkommen gekoppelt ist. Hieraus folgt eine schlechtere gesundheitliche Versorgung der betroffenen Bevölkerungsgruppen. Der zentrale Ansatz zur Lösung dieser Probleme ist die Überwindung der gegenwärtigen Massenarbeitslosigkeit. Mit den Mitteln der Gesundheitspolitik allein lassen sich diese gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen nicht bewältigen, andere Ressorts sind mindestens genauso verantwortlich hierfür.

Forderungen des Ärztetages: In Zeiten erhöhter Arbeitslosigkeit müssen dem Gesundheitswesen mehr statt weniger Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Eine ausschließliche Kopplung der Finanzierung an die Arbeitseinkommen wird dieser Logik nicht gerecht. Krankenkassen, die Projekte zur Förderung der Gesundheit unterprivilegierter Patientengruppen unterstützen, sollten Geld aus dem Risikostrukturausgleich dafür



Auf diesem Ärztetag ist für mich offensichtlich, dass Auseinandersetzungen zwischen Haus- und Fachärzten endlich mal nicht im Vordergrund stehen. Im Gegenteil, es ist eine große Solidarität zwischen Klinikern und Niedergelassenen spürbar. Fehlermanagement und Forderung einer GOÄ-Novelle waren für mich die wichtigsten Themen hier.

Dr. med. Werner Wyrwich, Unfallchirurg an der Charité, Campus Benjamin Franklin



Dass das Projekt Versorgungsforschung durchgekommen ist, freut mich persönlich sehr. Es hat große politische Bedeutung, dass wir Ärzte nun endlich mal die Fragen aufgreifen und wissenschaftlich erörtern lassen, die uns wichtig sind. Damit kann man auf der politischen Bühne argumentieren und etwas bewirken.

Dr. med. Svea Keller, Niedergelassene Augenärztin in Prenzlauer Berg

erhalten. Ärzte, die sich in unterprivilegierten Regionen niederlassen, sollten von den Krankenkassen und Gemeinden Honorarzuschläge erhalten. Die Gesundheitspolitik wird aufgefordert, die Praxisgebühr und sämtliche Zuzahlungen für Wohnungslose und Heimpatienten zu streichen. Zuzahlung für Medikamente sollten erst ab 18 Jahren fällig werden und nicht schon für Kinder ab dem 12. Lebensjahr.

Um die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu verbessern, muss mehr Rechtssicherheit für Ärzte und medizinisches Personal gewährleistet werden, die Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinisch betreuen. (Dieser Themenkreis wurde durch einen Antrag aus Berlin aufgenommen).

Der Ärztetag fordert die Übernahme aller Kosten der von der Stiko empfohlenen Impfungen durch die GKV.

Modernisierung der GOÄ

Der Ärztetag protestiert gegen das weitere Verschleppen der unbedingt notwendigen GOÄ-Reform. Noch immer müssen Behandlungsmethoden der modernen Medizin des Jahres 2005 auf der Grundlage eines Gebührenverzeichnisses von 1978 abgerechnet werden, das das Behandlungsspektrum nicht mehr abbildet. Die Bundesärztekammer hat zur GOÄ ein Reformkonzept ausgearbeitet, das von der Politik unverzüglich aufgegriffen werden sollte.

Abschaffung des Ostabschlags

Zudem fordert der Ärztetag die Bundesregierung zum wiederholten Male mit Nachdruck auf, eine Angleichung der Vergütungsbedingungen in West und Ost herbeizuführen. Der 10-prozentige Ost-Abschlag ist zu beseitigen.

Plastische und Ästhetische Chirurgie

Der Ärztetag beschloss, den Facharzt-titel „Facharzt für Plastische Chirurgie“ in der neuen Musterweiterbildungsordnung in „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ umzubenennen. Dies bleibt vorerst die einzige Änderung an der Weiterbildungsordnung, alle übrigen Anträge wurden an den Vorstand überweisen. Für Berlin muss diese Änderung erst noch übernommen werden. Da die neue Weiterbildungsordnung noch zur Genehmigung bei der Senatsverwaltung für Gesundheit liegt, gilt sie hier noch nicht. Ob und wie zukünftig Übergangsbestimmungen aussehen sollen, muss die Ärztekammer Berlin zudem intern noch abklären.

SyGo

Heinrich Tiburtius wird 80!



Foto: privat

Im Juni dieses Jahres vollendet Prof. Dr. med. Heinrich Friedrich Tiburtius sein 80. Lebensjahr. Nach seiner Entlassung aus der Kriegsge-

fangenschaft studierte er Humanmedizin an der Humboldt- und der Freien Universität Berlin. Nach seiner Promotion 1955, seinem Facharzt für Augenheilkunde 1959 und seiner Habilitation 1967 wurde er 1971 zum Professor ernannt. 1984 ließ er sich vorzeitig pensionieren, arbeitete aber dann noch 15 Jahre lang in seiner Augenarztpraxis.

Ich habe ihn zu Beginn des Jahres 1969 mit Eröffnung des Klinikums Steglitz als Hochschullehrer mit exzellenten Umgangsformen kennen gelernt, die großen Eindruck besonders auf seine Patienten machten. Seine Studenten schätzten seine plastische Ausdrucksweise und sein Talent als eloquenter Redner. Ihm ging es nicht um eine standardisierte Berufsausbildung, er war ein begeisterter Lehrer.

Seine letzten drei Jahre an der FU fungierte er als kommissarischer Leiter der Augenklinik. Da er die Einführung der Mikrochirurgie nicht rechtzeitig erlebt hatte, operierte er in dieser Zeit nicht mehr, sorgte aber dafür, dass jeder Patient den für ihn richtigen Operateur fand. Seine Konfliktlösung war vorbild-

lich. Dank seiner Fähigkeit, lebendig und nuanciert zu formulieren, fiel es ihm leicht, seine Mitarbeiter zu überzeugen. Heinrich Tiburtius war aber auch ein guter Zuhörer und ließ sich überzeugen. Vor einer Entscheidung wurden alle Betroffenen befragt, so dass Beschlossenes immer transparent war und als korrekt empfunden wurde. Aus Neigung ist Heinrich Tiburtius liberal, aus Skepsis konservativ und aus Pflichtgefühl ist er Moralist. Er fordert Disziplin, aber keinen blinden Respekt vor jeder heiligen Kuh. Seine Qualitäten sind Geduld, Überzeugung, Konsens und Kompromiss.

Alle, die Heinrich Tiburtius als Arzt oder Lehrer, als Kollegen oder Freund erlebt haben, wünschen ihm noch viele gesunde Jahre in seinem Ruhestand.

Prof. Dr. Friedrich Hoffmann

BERLINER ÄRZTE

6 / 2005 42. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Herausgeber:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion:

Dipl. pol. Sybille Golkowski (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
LMD Dr. sc. med. Manfred Dückert
Daniel Sagebiel

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-1600/-1601, FAX -1699
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungsaustausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff, Silke El Gendy
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 61,40 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 40,90 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,20 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 01.01.2005.

Die Leipziger Verlagsanstalt GmbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784