

Wenig Gutes in Sicht

Gerne wünsche ich Ihnen ein gutes und gesundes Neues Jahr.

Was die Gesundheit angeht, so bestehen sicher Einflussmöglichkeiten jedes Einzelnen. Was das „Gute“ angeht, so kommen leider Probleme auf uns zu. Wir haben eine neue Bundesregierung, deren Koalitionspartner jetzt versuchen, gemeinsam Probleme zu lösen, die sie vorher im Kampf gegeneinander nicht in den Griff bekommen haben. Im Koalitionspapier steht einiges zum Thema „Gesundheit“. Leider wenig, was uns als Ärztinnen und Ärzte richtig erfreuen kann. Es gibt kein Konzept, um die größer werdende Kluft zwischen Sinnvollem und Machbarem kleiner zu machen, es gibt keinen Ansatz, die aktuellen Probleme überhaupt zu erklären.

Stattdessen sind einige Maßnahmen geplant, die vor allem für uns Ärzte relevant werden dürften: Fachärzte sollen durch eine angegliche Gebührenordnung gezügelt, die GOÄ soll zum neuen EbM werden, Privat- und Kassenpatienten sollen nach gleichen Regularien bezahlt werden. Da gleichzeitig im Pflegebereich die Teilnahme der Privaten Pflegeversicherungen an einem Risikostrukturausgleich vorgesehen ist, ist eine Art „Gleichschaltung“ von PKV und GKV zu erwarten.

Die Hausärzte werden durch die Aufwertung der Pflegeberufe in die Zange genommen. „Family Health Nurses“ sollen in Zukunft Hausbesuche machen (in Großbritannien dürfen sie demnächst auch Rezepte ausstellen). Die Kranken-



Foto: Thomas Rabe

Dr. med. Günther Jonitz (Chirurg)
Präsident der Ärztekammer Berlin

hausärzte erleben das Brechen der Zusagen von CDU und SPD im Wahlkampf, die Übergangsvorschrift zum Arbeitszeitgesetz nicht zu verlängern. Es wird verlängert! Und es soll den Ärzten weiterhin an den Kragen gehen.

Auch für die Institutionen haben die Koalitionäre etwas vorgesehen, vor allem für die KVen. Von den drei hoheitlichen Aufträgen „Sicherstellung“, „Honorarverteilung“ und „Steuerung erbrachter Leistungen“ werde derzeit keiner erfüllt, heißt es. Kurzsichtige Politik denkt dann gerne ans Abschaffen und weniger ans besser Machen. Wenn die ebenfalls geplante Fusion der Krankenkassen einigermaßen erfolgreich sein sollte, kann man die KVen gleich zu reinen Serviceeinrichtungen umwandeln und aus dem Arztberuf eine Art Fachhochschulstudium machen. Angestellte Ärztinnen und Ärzte praktizieren in dieser (Horror-)Vision dann ambulant und stationär und dürfen sich die Tarifverträge von Gewerkschaften diktieren lassen, die die Umverteilungsideologie noch nicht verlassen haben. Die Politaktionisten, die ein staatliches Gesundheitswesen anstreben, sind weiter am Werk. Ob das Gegengewicht der CDU ausreichen wird, ideologische Politik zu verhindern?

Gelernt hat die Politik ja etwas: Der allgemeine Glaubenssatz, „einen Mercedes bezahlen und einen Golf fahren“, wurde inzwischen durch „einen Mercedes fah-

ren, aber in einem Golf zu sitzen glauben“ ersetzt (www.iqwig.de). Das hat aber nicht geholfen. Gutes Zureden, argumentieren, Konstruktivität und Konsens – all dies scheint erst einmal vergeblich. Der Streik der Charité-Ärztinnen und -Ärzte, den die Ärztekammer Berlin voll unterstützt hat, zeigt den derzeit einzig gangbaren Weg. Wo Unrecht zu Recht wird, wird Widerstand zur Pflicht. Wir müssen uns wehren und gleichzeitig bessere Alternativen aufzeigen. Es wird schwer, aber da müssen wir durch, wenn wir als angesehener und relevanter Berufsstand überleben wollen. Gleichwohl müssen wir über unsere Leistungen besser Rechenschaft ablegen. „Tue Gutes und rede darüber“ gilt auch für uns.

Übrigens wird durch die Politik ganz nebenbei auch eine gerechtere Finanzierungsgrundlage wieder eingestampft. Was krank macht, soll auch für das Gesundwerden bezahlen. Deshalb war die Weiterleitung der erhöhten Tabaksteuer an die Krankenkassen eine gerechte Maßnahme. Sie wird ebenfalls beendet! So entstehen den Kassen Verluste von jeweils vier Milliarden Euro im nächsten und übernächsten Jahr. Raten Sie mal, wer das ausbaden darf! Trotzdem, ein gutes und gesundes Neues Jahr!

Ihr



TITELTHEMA.....

Haut in Gefahr

Die Zahl der Hautkrebs-Erkrankungen steigt. Auch immer mehr jüngere Menschen erkranken an malignen Tumoren. Schnelles Handeln ist erforderlich für eine Heilung. Gerade für Nicht-Dermatologen ist die Diagnosestellung oft schwierig. BERLINER ÄRZTE gibt einen Überblick über die häufigsten Tumoren und ihre Behandlung. Von Martin Miehe, Annett Härtel, Ulrike Serfling und14

MEINUNG.....

Wenig Gutes in Sicht

Von Günther Jonitz..... 3

BERLINER ÄRZTE aktuell..... 6

Jahresbericht „Krebsinzidenz 2001 und 2002“ erschienen

Informationen des GKR.....10

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Satzungsneufassung der Ärzteversorgung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 23. November 2005. Von Sascha Rudat..... 19

Erfolgreicher Erstling

Die Auftaktveranstaltung der neuen Reihe „Qualitätsentwicklung“ der Ärztekammer Berlin ist auf großes Interesse gestoßen. Thema des Fachtages waren die „Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V“. Rund 80 Gäste sorgten für eine angeregte Diskussion zu diesem hochaktuellen Thema. Von Sascha Rudat..... 21

Das unterschätzte Risiko

Ärzte haben ein hohes haftungsrechtliches Risiko. Deshalb muss jeder Arzt dafür sorgen, dass er ausreichend versichert ist. BERLINER ÄRZTE gibt eine Übersicht, worauf Mediziner bei Berufshaftpflichtversicherungen achten müssen. Von Roland Wehn..... 22



ARZT SEIN IN BERLIN.....

Forscher der Systeme

Portrait des Berliner Arztes und Medizininformatikers Markus Ziegler Von Thomas Loy..... 26

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen..... 12

Schwieriger Spagat zwischen Wissenschaft und Praxis

Evidenzbasierte Medizin ist in aller Munde. Doch zwischen Theorie und realer Umsetzung klaffen oft noch Welten. Auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Potsdam diskutierten die Teilnehmer über Möglichkeiten und Grenzen der evidenzbasierten Medizin. Von Rosemarie Stein..... 28

FEUILLETON.....

Hinein ins Museum des Menschen!

Das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden hat mit einer neuen Dauerausstellung die Provisorien der Vergangenheit hinter sich gelassen. Die Elbestadt ist damit um eine Attraktion reicher. Von Rosemarie Stein 30

BUCHBESPRECHUNGEN....

Schmacke: Wie viel Medizin verträgt der Mensch?..... 31

Winkelmann: Von Achilles bis Zuckerkandl. Eigennamen in der medizinischen Fachsprache 32

Impressum 38

Arbeitskampf

Charité-Ärzte demonstrieren Einigkeit

Fünf Tage lang haben die Ärzte an der Charité gestreikt. Vom 28. November bis zum 2. Dezember gab es an Europas größter Universitätsklinik nur eine Notfallversorgung. Nach dem Abbruch der Tarifverhandlungen durch die Klinikleitung hatte der Marburger Bund zu dem Ausstand aufgerufen. Schlechte Vergütung, kurze Vertragslaufzeiten, tausende unbezahlte Überstunden, keine Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie – die Liste der Kritikpunkte ist lang. Mit einer ganzen Reihe von öffentlichkeitswirksamen Aktionen machten die Mediziner in dieser Zeit auf ihre katastrophalen Arbeitsbedingungen an der Charité aufmerksam. Den Auftakt bildete am 29. November ein Demonstrationszug mit rund 1000 Teilnehmern vom Campus Charité Mitte zum Roten Rathaus. In den nächsten Tagen folgten unter anderem eine ganztägige Informationsveranstaltung der psychiatrischen Kliniken der Charité in der Buchhandlung Hugendubel, ein Fahrradkorso durch

die Innenstadt, ein Demonstrationszug zum Brandenburger Tor, eine „Teddyklinik“ am Pariser Platz sowie ein Reanimationstraining mit Simulatorpuppen am Alexanderplatz. Den vorläufigen Abschluss des Streiks bildete ein Demonstrationszug vom Campus Benjamin Franklin zum Schöneberger Rathaus, an dem rund 1200 Menschen teilnahmen. Die Arbeitskampfmaßnahmen stießen in der Öffentlichkeit auf breites Verständnis. Die Medien berichteten umfassend und größtenteils sehr differenziert über die Anliegen der Charité-Ärzte. Bei ihren Aktionen brachten viele Passanten den streikenden Medizinern ihre Sympathien entgegen. Die Ärztekammer Berlin hatte den Streik schon im Vorfeld unterstützt. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz bezeichnete den Arbeitskampf als notwendige und richtige Maßnahme. Die arbeitszeitliche und finanzielle Belastung der Klinikärzte habe inzwischen jedes verträgliche Maß überschritten. Jonitz appellierte an



den Vorstand der Charité, den Streik auch als Chance zu begreifen, sich wieder auf die selbstgesteckten Ziele („Forschen, Lehren, Heilen, Helfen“) zu konzentrieren. Um diesen Kernauftrag zu erfüllen, sei es notwendig, die entsprechenden Leistungsträger zu unterstützen und nicht zu schikanieren. „Damit ist der Klinik, allen Beteiligten sowie dem Gesundheits- und Wirtschaftsstandort Berlin gedient“, betonte Jonitz. Auch die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin zeigte sich mit den Streikenden solidarisch. Auf ihrer Sitzung am 23. November verfassten die Delegierten

spontan eine Resolution, in der sie die Notwendigkeit dieser Arbeitskampfmaßnahme betonten.

Die Ärzteinitiative an der Charité wertete den Streik als vollen Erfolg. Dr. med. Olaf Guckelberger von der Ärzteinitiative betonte, der Streik habe die große Einigkeit unter den Charité-Ärzten gezeigt. In der Woche nach dem Streik kam es zu ersten Verhandlungen mit der Klinikleitung über die Themen Überstunden, Vertragslaufzeiten und Weiterbildung. Über den Ausgang der Verhandlungen wird Sie BERLINER ÄRZTE weiter informieren.

Fachgruppen

Fusion der größten ärztlich-psychosomatischen Verbände



Die beiden größten ärztlichen Verbände im Bereich der Psychosomatik haben sich in der Ärztekammer Berlin zusammengeschlossen. Die Deutsche

Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) und die Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP)

fusionierten am 25. November 2005 in Anwesenheit der AÄGP-Vorsitzenden Professor Dr. Dr. med. Mechthild Neises (re) und des Geschäftsführers Dr. med. Dietrich Bodenstein (2. v. li) sowie des DGPM-Vorsitzenden Professor Dr. med. Thomas Loew (li) und dem anwesenden Notar. Der neue Verband, der sich Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM) nennt, umfasst circa 2000 ärztliche Psychotherapeuten und hat in

Zukunft ihren Sitz in Berlin. Der Zusammenschluss von AÄGP und DGPM wurde Anfang November von den Mitgliedern beider Fachgesellschaften mit großer Mehrheit befürwortet. Der neue Verband wird im Interesse der Patienten verstärkt die Sache der ärztlichen Psychotherapie und Psychosomatik in der Öffentlichkeit vertreten.

Weitere Informationen im Internet unter: www.dgpm.de www.aeagp.de

Transfusionsmedizin

Neue Richtlinien zur Hämotherapie in Kraft getreten

Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger sind am 5. November 2005 die neuen „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ in Kraft getreten. Diese Richtlinien werden von der Bundesärztekammer gemäß §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes erstellt.

Die Richtlinien gelten für alle Ärzte, die

- mit dem Gewinnen, Herstellen, Lagern, Abgeben oder In-Verkehr-Bringen von Blut und Blutbestandteilen oder Blutprodukten,
 - der Durchführung von blutgruppenserologischen und weiteren immunhämatologischen Untersuchungen sowie
 - der Anwendung von Blutprodukten und der entsprechenden Nachsorge befasst sind.
- Eine Zusammenstellung der

wichtigsten Neuerungen wurde von der „Fachgruppe Transfusionsmedizin“ der Ärztekammer Berlin erarbeitet und ist im Internet unter: www.aerztekammer-berlin.de/30_Qualitaetsversicherung/referat_qm_ua/28_berl_konzept/ zu finden. Diese Hinweise sollen allen damit Befassten eine Hilfestellung bieten. Das entbindet aber niemanden von der Verpflichtung, sich selbst umfassend über die Neuerungen zu informieren. Hierzu verweist die Ärztekammer Berlin auch auf die von der Bundesärztekammer erarbeitete Synopse der Veränderungen, die im Internet unter: www.baek.de/30/Richtlinien/Richtidx/Blutprodukte2005Nov/index.html zu finden ist. Insbesondere gibt es auch eine Reihe von Neuerungen zum Thema Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung und für die Voraussetzungen für die Benennung von Qualitätsbeauftragten, Transfusionsverantwortlichen und Trans-

fusionsbeauftragten. Eine Vereinfachung ist für diejenigen Einrichtungen eingetreten, in denen weniger als 50 Erythrozytenkonzentrate pro Jahr transfundiert werden und zwar ausschließlich durch den ärztlichen Leiter selbst. Hier kann unter Umständen auf die Benennung eines Qualitätsbeauftragten verzichtet werden. In diesen Fällen muss der Leiter der Einrichtung eine von ihm selbst unterzeichnete Arbeitsanweisung mit der Selbstverpflichtung, diese als Standard zu betrachten, bei der zuständigen Landesärztekammer vorlegen. Die Bundesärztekammer hat eine Muster-Arbeitsanweisung erarbeitet, die auf ihrer Homepage www.baek.de herunter geladen werden kann.

Bei Nachfragen zu den Richtlinien können Sie sich gern an das Referat QM/QS der Ärztekammer Berlin wenden.
Tel.: 030/25 93 26 36/ -37/ -38

Ausbildung

Prüfungstermine für Arzthelferinnen

Die nächste Zwischenprüfung für Arzthelferinnen führt die Ärztekammer Berlin am 23. März 2006 in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg) durch. Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der 15. Februar 2006. Die Sommer-Abschlussprüfungen 2006 finden zu folgenden Terminen statt:

► **Schriftliche Prüfung:**
15. und 16. Mai 2006

► **Praktische Übungen:**
12. Juni bis 24. Juni 2006

Auch die Abschlussprüfungen werden in der Ärztekammer Berlin abgenommen. Ärzte werden gebeten, ihre Azubis bis spätestens zum 15. März 2006 mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, Berichtsheft, Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugnis-karte vom OSZ Gesundheit, Bescheinigungen der überbetrieblichen Ausbildung, ggfs. Bescheinigung einer Zusatzausbildung, ggfs. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung.

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden zu den gleichen Terminen statt. Die formlosen Anträge müssen allerdings mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, Befürwortung der Schule, Ergebnis der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugnis-karte, Bescheinigungen der überbetrieblichen Ausbildung und Berichtsheft, ggfs. Bescheinigung einer Zusatzausbildung) schon bis zum 15. Februar 2006 eingereicht werden.

Rückfragen zu den Prüfungen beantworten Frau Hartmann und Frau Jasper.
Tel.: 030/40806-2203/ -2204

ÄSQSB

Ärztekammer informiert umfassend bei Abmahnungen

Die Ärztliche Stelle Qualitätssicherung – Strahlenschutz Berlin (ÄSQSB) der Ärztekammer Berlin hat mammographisch tätige Ärztinnen und Ärzte umfassend über ein Schreiben einer Rechtsanwaltskanzlei aus Gütersloh informiert, in dem behauptet wurde, dass bei der Anwendung der DIN 6868 Teil 7 ein Patent verletzt werde. Die Patentinhaber verlangten die unverzügliche Unterlassung und damit die Abschaltung der Mammographiegeräte oder aber die Zahlung von Lizenzgebühren. Zusätzlich wurde eine Entschädigung gefordert. Die Ärztekammer rief die betroffenen Ärzte dazu auf, keine Maßnahmen zu ergreifen. Inzwischen hat das Landgericht Hamburg eine einstweilige Verfügung gegen das Unternehmen, das die Abmahnungen verschicken ließ, erlassen. Zahlreiche Informationen zu dem Fall finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer. Die Kammer wird ihre Mitglieder auch künftig umfassend und zeitnah über derartige Fälle informieren.

Weitere Information im Internet unter: www.aekb.de/30_Qualitaetsversicherung/15_aesr/50_111AbmhnngMmmgrph.html



Vivantes

Neues Informationssystem für Patienten

Der Vivantes-Klinikonzern hat ein nach eigenen Angaben bundesweit einmaliges Pilotprojekt zur elektronischen Patienteninformation gestartet. In der Klinik für Orthopädie des Auguste-Viktoria-Klinikums soll die neue Software „Emmi“ Patienten über ihre bevorstehende Operation aufklären. Medizinische Eingriffe werden in einer leicht verständlichen Sprache in Wort, Bild und Ton vermittelt. Ablauf, Nutzen und Risiken sowie das notwendige Verhalten nach dem Eingriff werden dargestellt. Die Patienten werden bei ihrer Einweisung gefragt, ob sie Interesse an der elektronischen Aufklärung haben. Sie erhalten dann auf Wunsch einen individuellen Zugangscodex, mit dem sie

sich in der Klinik an einem speziellen Rechner einloggen können. Möglich ist den Angaben zufolge auch eine Einwahl vom heimischen Computer. Die einzelnen Module zu verschiedenen endoprothetischen Eingriffen dauern rund 30 Minuten. Der Patient kann an bestimmten Stellen Fragen und Hinweise eingeben, die dann an seinen behandelnden Arzt übermittelt werden. Vor dem Aufklärungsgespräch kann sich der Arzt die Fragen anschauen und gezielter auf den Patienten eingehen. „Das neue System trägt zu einer realistischen Erwartungshaltung des Patienten bei“, zeigte sich der Klinikdirektor, Professor Dr. med. Heino Kienapfel, bei der Präsentation überzeugt.



Zugleich bedeute es auch eine Zeitersparnis, da viele Fragen des Patienten bereits im Vorfeld geklärt werden könnten. Er betonte, dass das System das ärztliche Aufklärungsgespräch keinesfalls ersetzen, sondern nur ergänzen solle. Denkbar sei künftig auch, dass bereits die einweisenden Ärzte an das System angebunden sind, so dass sich der Patient

schon dort informieren kann. Vivantes-Geschäftsführer Wolfgang Schäfer hält den Einsatz des aus den USA stammenden Systems auch in anderen Bereichen für möglich. Als Beispiele nannte er die Onkologie, die Mammachirurgie oder die Neurologie. Darüber soll nach dem Abschluss der Testphase im Laufe dieses Jahres entschieden werden.

Ausbildung

Verbesserter Online-Service zur Arzthelferinnen-Ausbildung

Die Ärztekammer Berlin hat ihre Homepage rund um die Ausbildung zur Arzthelferin erheblich erweitert. So findet sich dort neben den allgemeinen Informationen zur Ausbildung, den Aufgaben und Gremien der Ärztekammer Berlin nunmehr auch das Musterformular für den Ausbildungsvertrag zum Herunterladen. Wie bisher üblich wird es weiterhin auf telefonische Anfrage Kammermitgliedern zugesandt. Im Zuge der neuen Entwicklungen bei der Ausbildung zur Arzthelferin ist zum Ausbil-

dingsbeginn am 1. Februar 2006 das Musterformular grundlegend überarbeitet und vereinfacht worden. Es beschränkt sich auf die Vertragsbestandteile, die nach dem Berufsbildungsgesetz vorgeschrieben sind. Ergänzt wird es durch ein Informationsblatt als Ausfüllhilfe, das darüber hinaus alle wesentlichen Informationen rund um die Ausbildung enthält. Neben organisatorischen Hinweisen zur Durchführung der Ausbildung in Berlin finden sich darin auch die gesetzlichen Grundlagen, die für das Berufsausbildungs-

verhältnis von Bedeutung sind. Eine Änderung der Ausbildungsinhalte wird sich zum 1. August 2006 mit der neuen Ausbildungsverordnung ergeben, eine Informationsveranstaltung hierzu ist für das Frühjahr geplant. Im Deutschen Ärzteblatt vom 4. November 2005 wurde eine ausführliche Darstellung der Änderungen veröffentlicht, ein Link hierzu findet sich ebenfalls auf der Homepage der Ärztekammer Berlin (www.aerztekammer-berlin.de/40_arzthelf_idx/). Auf der Homepage finden Sie auch eine Rubrik mit häufig

gestellten Fragen zur Ausbildung und eine Möglichkeit, in der Jobbörse Ausbildungsplätze anzuzeigen. Geben Sie entsprechende Angebote bitte telefonisch dem Referat bekannt, sie werden umgehend auf der Homepage eingestellt. Fragen rund um die Ausbildung zur Arzthelferin beantwortet weiterhin das Referat Ethik/Medizinische Fachangestellte.

Sie erreichen Frau Hartmann unter der Telefonnummer 030/40806-2203 sowie Frau Jasper unter 030/40806-2204.

ANZEIGE

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes Humboldt-Klinikum Das seit Oktober 2005 neu eröffnete Vivantes Zentrum für Leber- und Endokrine Chirurgie wird von Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller geleitet. Steinmüller ist bereits seit zwei Jahren Direktor der Visceral- und Gefäßchirurgie im Vivantes Humboldt-Klinikum.

HELIOS Klinikum Buch Die auf minimalinvasive Eingriffe spezialisierte Chirurgische Klinik des HELIOS Klinikums Berlin-Buch hat mit Privatdozent Dr. med. Martin Strik einen neuen Chefarzt. Der 44-jährige Chirurg war zuletzt CA der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie am Klinikum St. Elisabeth in Straubing. Er ist Nachfolger von Dr. med. Eckard Bärlehner, der die Klinik 13 Jahre lang leitete und sich in den Ruhestand verabschiedet hat.

Prof. Dr. med. Michael Untch ist neuer Chefarzt der Frauenklinik und Geburtshilfe des HELIOS Klinikum Berlin-Buch. Der Gynäkologe und Geburtshelfer ist auf die Therapie von Brustkrebs spezialisiert und war bisher leitender Oberarzt und stellvertretender Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Ludwig-Maximilians-Universität in München-Großhadern. Prof. Untch ist Nachfolger von Privatdozent Dr. med. Günther Morack, der die Bucher Frauenklinik 21 Jahre lang leitete und in den Ruhestand gegangen ist.

Prof. Dr. med. Josef Zacher ist neuer ärztlicher Leiter des HELIOS Klinikums Buch. Der Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Rheumatische Orthopädie ist Nachfolger von Prof. Dr. med. Jörg Schulz, Chefarzt der Klinik für Geriatrie, der das Bucher Klinikum zehn Jahre lang geleitet hat.

Rheumaklinik Berlin-Buch Prof. Dr. med. Andreas Krause, Chefarzt der zum Immanuel-Krankenhaus gehörigen Rheumaklinik Berlin-Wannsee, ist seit dem 1. Oktober auch Chefarzt der Rheumaklinik Berlin-Buch Immanuel-Krankenhaus GmbH. Krause trat damit die Nachfolge von Prof. Dr. med. Erika Gornica-Ihle an, die ihre Arbeit in einer Rheumatologischen Privatsprechstunde in Pankow fortsetzt.

Maria Heimsuchung Caritas-Klinik Pankow Dr. med. Uwe Gottschalk ist ab 1. Januar 2006 Chefarzt der Abteilung Innere Medizin. Er ist Nachfolger des zum 31. Dezember 2005 in den Ruhestand ausgeschiedenen Dr. med. Jürgen Beckert, der die Abteilung seit 1990 geleitet hat. Dr. Gottschalk war zuvor als Chefarzt der Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie am Krankenhaus Prenzlauer Berg tätig.

Vivantes Klinikum Spandau Prof. Dr. med. Manfred Runge, Direktor der Klinik für Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie und konservative Medizin seit 1983, ist zum 1.12.2005 in den Ruhestand gegangen. Sein Nachfolger, Prof. Dr. med. Steffen Behrens, Direktor der Klinik für Innere Medizin, Kardiologie und konservative Medizin am Vivantes Humboldt Klinikum, hat seine Nachfolge als zusätzliche Tätigkeit angenommen.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

Tel. 40 80 6-1600/-1601, Fax: -1699.

E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

Jahresbericht „Krebsinzidenz 2001 und 2002“ erschienen

Das Gemeinsame Krebsregister (GKR) hat seinen Jahresbericht „Krebsinzidenz 2001 und 2002“ veröffentlicht. Damit ist nach 1999 und 2000 das dritte Heft der Jahresberichtsserie in der Schriftenreihe des GKR erschienen.

Der Jahresbericht gibt einen Überblick über die Krebsneuerkrankungen der Jahre 2001 und 2002. Neben allgemeinen epidemiologischen Daten zu Fallzahlen, Inzidenzen oder zur Diagnosesicherung gibt es Angaben zur Stadienverteilung und zum Inzidenztrend für ausgewählte Tumorklassifikationen sowie zur regionalen Verteilung der Krebsinzidenz nach Kreisen. Datengrundlage sind die ärztlichen Krebsmeldungen, die das GKR in mehr als 90 % der Fälle über die Tumorzentren bzw. klinischen Krebsregister erreichen. Mit Berlin hat dabei ab dem 1.7.2004 das fünfte der sechs am GKR beteiligten Bundesländer die Meldepflicht eingeführt. In Brandenburg wird derzeit die Einrichtung der Meldepflicht vorbereitet.

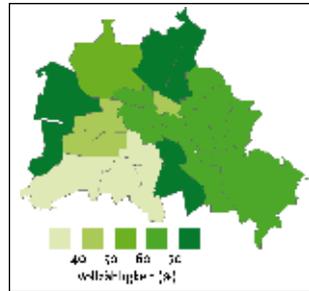
Eine weitere Meldequelle sind die Leichenschauscheine. Sollten sie relevante Hinweise auf eine Krebserkrankung enthalten, die dem GKR nicht als Arztmeldung bekannt geworden ist, wird der Fall als so genannter DCO-Fall (Death Certificate Only) übernommen.

Die Erfassung ärztlicher Krebsmeldungen konnte weiterhin erhöht werden. Sie beträgt für die beiden ausgewerteten Jahre zusammen circa 74 % mit nach wie vor starken regionalen Unterschieden (Sachsen 87 %, Mecklenburg-Vorpommern 81 %, Brandenburg 75 %, Thüringen 68 %, Sachsen-Anhalt 67 %, Berlin 59 %). In Berlin differiert die Erfassung zwischen 75-80 % in Pankow und Neukölln sowie 30 % in Steglitz-Zehlendorf (s. Abb.). Zurückzuführen ist das vor allem auf unterschiedlich stark ausgeprägte Aktivitäten der Berliner Tumorzentren. Vorläufige Auswertungen der Diagnosejahre 2003 und 2004 deuten aber darauf hin, dass die Einführung der Meldepflicht in

Berlin zu einer Erhöhung der Vollständigkeit der ärztlichen Meldungen geführt hat.

Insgesamt sind für das Jahr 2002 mehr als 80.000 Krebsneuerkrankungen registriert worden, davon circa 20 % als DCO-Fälle (2000: 77.000 Fälle, 24 % DCO).

Der häufigste Tumor bei Männern ist in Ostdeutschland erstmals der Prostatakrebs mit 18 % aller Krebsneuerkrankun-



gen vor Lungenkrebs mit knapp 18 % und Darmkrebs mit 14 %. In Deutschland insgesamt ist nach RKI-Schätzung Prostatakrebs mit 20 % ebenfalls am häufigsten vor Darmkrebs und Lungenkrebs mit jeweils 16 %. Bei Frauen ist

der Brustkrebs die häufigste Lokalisation mit 26 % aller Fälle vor Darmkrebs (14 %) und Lungenkrebs (6 %). Hier liefert die RKI-Schätzung für Deutschland insgesamt die gleiche Rangfolge (24 %, 18 % bzw. 5 %).

Während der Lungenkrebs bei Männern während der letzten 15-20 Jahre einen rückläufigen Trend hat, steigt er bei Frauen weiter deutlich an. In Berlin tritt heute bereits jeder dritte Lungenkrebsfall bei einer Frau auf. Vor 20 Jahren war es noch jeder vierte. Bei den unter 50-Jährigen beträgt das Lungenkrebsrisiko der Berliner Frauen bereits circa 70 % von dem der Männer. Vor 20 Jahren waren es noch weniger als 30 %. Lungenkrebs ist bei Frauen in Berlin im Jahr 2003 erstmals häufigste Krebstodesursache. Dies zeigt, dass im Verzicht auf das Rauchen nach wie vor ein großes Potenzial zur Vermeidung von Krebserkrankungen steckt.

Roland Stabenow
Stellv. Leiter der Registerstelle
Gemeinsames Krebsregister
www.krebsregister-berlin.de



Chronische Lärmbelastung erhöht das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, lautet das Ergebnis einer Charité-Studie. „Das Herzinfarktrisiko scheint mehr mit der physiologischen Belastung durch Lärm in der Umwelt oder am Arbeitsplatz verbunden zu sein als mit der subjektiven Belästigung, die der einzelne durch Lärm verspürt“, erklärt Professor Dr. med. Stefan Willich, Direktor des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité in Berlin, der die Studie leitete. „Es gab allerdings Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die weiterer Untersuchungen bedürfen“, fügte er

hinzu. Die Forscher führten zwischen 1998 und 2001 eine große Querschnittsstudie in Berlin durch, in die über 4000 Patienten aus 32 Berliner Krankenhäusern eingeschlossen wurden, circa 2000 mit akutem Herzinfarkt und 2000 Kontrollpatienten aus Unfall- und Allgemeinchirurgischen Abteilungen. Dreiviertel der Studienpatienten waren Männer mit einem Durchschnittsalter von 56 Jahren, ein Viertel Frauen im Alter von 58. Die NaRoMI (Noise and Risk of Myocardial Infarction)-Studie wurde entwickelt, um den Zusammenhang von chronischer Lärmexposition und Herzinfarktrisiko bei Frauen und Männern zu untersuchen und die Risiken aufgrund von subjektiver Lärmbelastung und objektiver Lärmbelastung in der Umwelt oder am Arbeitsplatz zu beziffern. Allgemeiner Umweltlärm, wie z.B. durch Verkehr, erhöhte bei Männern das Herzinfarktrisiko um 50%, bei Frauen mehr als 3-fach. Lärm am Arbeitsplatz hingegen erhöhte das Herzinfarktrisiko bei Männern um 30%, bei Frauen gar nicht. Subjektive Lärmbelastung durch die Umwelt hatte keinen

Einfluss bei Männern, erhöhte bei Frauen jedoch das Risiko grenzwertig. Subjektive Lärmbelastung am Arbeitsplatz erhöhte das Risiko bei Männern um 30%, bei Frauen gar nicht. Die Studie liefert erstmals Ergebnisse zum Risiko für Frauen, die bislang in Studien dieser Art nicht eingeschlossen wurden. „Gut möglich ist je-

doch auch eine geschlechtsspezifische pathophysiologische Reaktion, das sollten wir weiter untersuchen“, sagte Willich.

Kontakt:

Professor Dr. Stefan Willich
Telefon: 030/450529002
E-Mail: stefan.willich@charite.de

Häusliche Gewalt

Beratung und Hilfe für Täter

Der Landesverband Berlin der Volkssolidarität hat eine Beratungsstelle für Gewalttäter eingerichtet. Die Einrichtung wendet sich an Männer, die gegen Frauen und/oder Kinder gewalttätig geworden sind oder zur Gewalt neigen. Ziel ist es, häusliche Gewalt nicht mehr zu bagatellisieren und die Opfer vor Misshandlungen zu schützen. Die betroffenen Männer sollen in Einzelgesprächen oder in 26-wöchigen Sozialen Trainingskursen gewaltfreie Verhaltensweisen und konstruktive Konfliktlösungen erlernen. Dabei will die Beratungsstelle die alleinige Verantwortlichkeit der Täter für ihr Handeln betonen.

Die Männer kommen entweder aus freiem Antrieb oder auf gerichtliche bzw. staatsanwaltschaftliche Weisung in die Beratungsstelle. Sie kooperiert mit Gerichten, Staats- und Anwaltschaften, den Sozialen Diensten sowie Justizvollzugsanstalten.

Beratung für Männer – gegen Gewalt

(Volkssolidarität Landesverband e.V.)
Brunnenstr. 145
Eingang Rheinsberger Str. 90
10115 Berlin-Mitte

Hotline: 030/785 98 25
Montag – Freitag
8.00 bis 20.00 Uhr
(evtl. Anrufbeantworter)

*Statine***Vergleich unerwünschter Wirkungen (UAW)**

Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) hat unerwünschte Wirkungen (UAW) von Statinen unter Hochdosistherapie verglichen. Das Ergebnis:

- Therapieabbrüche wegen unerwünschter Ereignisse traten unter Atorvastatin in höchster zugelassener Dosierung häufiger auf als unter Simvastatin.
- Sowohl gegenüber Simvastatin als auch gegenüber Pravastatin traten unter Atorvastatin in höchster zugelassener

Dosierung häufiger Leberenzym erhöhungen auf.

- Analysen aus Fallberichten über Rhabdomyolysen sind für robuste Vergleiche zwischen den Statinen nicht geeignet, es besteht jedoch ein Signal zu Ungunsten des 2001 vom Markt genommenen Cerivastatins.

Insgesamt lasse sich keine Überlegenheit von Atorvastatin gegenüber den anderen Statinen hinsichtlich des Auftretens von UAW nachweisen.

Quellen: www.iqwig.de, *Canad. Adv. React. Newsl.* 2005; 15 (4): 2

Anmerkung: In die gleiche Richtung wie das Ergebnis der Analyse des IQWiG gehen Informationen der kanadischen Gesundheitsbehörde über das seltene Auftreten eines Gedächtnisverlustes unter Statinen. Seit Marktzulassung (in Klammern) der einzelnen Arzneistoffe traten z.B. unter der Einnahme von Atorvastatin (1997) 12 Fälle, unter Fluvastatin (1994) 0 Fälle, unter Lovastatin (1988) 4 Fälle und unter Simvastatin (1990) 5 Fälle in Kanada auf.

*Ibuprofen***Stevens-Johnson-Syndrom (SJS)**

Die kanadische Gesundheitsbehörde berichtet über 4 Fälle des Auftretens eines SJS mit Blasenbildung auf der Haut und den Schleimhäuten nach der Einnahme von 200 – 1200 mg/d Ibuprofen seit 2001. Die Patienten waren 13 – 34 Jahre alt und die Symptome entwickelten sich

zwischen dem Tag der ersten Einnahme bis zu 15 Tagen danach. Trotz des sehr seltenen Auftretens dieser schweren Hautreaktion sollten Patienten darauf aufmerksam gemacht werden, Ibuprofen-haltige Arzneimittel sofort abzusetzen, wenn unerklärliche Hautrötungen oder Fieber während der Einnahme von Ibuprofen auftreten.

Quellen: *Canad. Adv. React. Newsl.* 2005; 15 (3): 3

Anmerkung: Ibuprofen-haltige Arzneimittel sind wie bei uns in Kanada freiverkäuflich und das Auftreten allergischer Reaktionen (auch schwerwiegender wie Erythema multiforme, Stevens-Johnson-Syndrom und toxische Epidermolyse = Lyell Syndrom) grundsätzlich unter allen NSAIDs (Nicht-steroidale Antiphlogistika) bekannt. An das zeitlich variable Auftreten allergischer Reaktionen und an die elementare anamnestische Frage nach der Einnahme freiverkäuflicher Arzneimittel sei noch einmal erinnert.

*Ezetimib***Myopathie**

Die australische Überwachungsbehörde ADRAC berichtet über 44 Verdachtsfälle von UAW auf die Muskulatur (Myalgie, Muskelkrämpfe, -schwäche, -schmerzen, CK-Anstieg im Serum) unter der Einnahme von Ezetimib (Handelsnamen in D: Ezetrol®, in fixer Kombination mit Simvastatin: Inegy®), davon 5 Fälle unter gleichzeitiger Gabe eines Sta-

tins. Der Zeitpunkt des Auftretens variierte zwischen einigen Stunden bis 4 Monate nach der ersten Einnahme bei Vorliegen einer Hypercholesterinämie. Studien vor der Marktzulassung ergaben höhere Berichtsrate über das Auftreten einer Myalgie unter der Kombinationstherapie Ezetimib + ein Statin als unter der jeweiligen Monotherapie.

Quelle: *Austr. Adv. Drug React. Bull.* 2005; 24(4): 15

*Neuraminidasehemmer***Resistenzentwicklung**

Grippeviren entwickeln als RNA-Viren durch Mutationen schnell Resistenzen gegen Impfstoffe und gegen antivirale Medikamente. Regelmäßig werden zum Beispiel gegen das auch als Antiparkinsonmittel verfügbare Amantadin (z.B. PK-Merz®, viele Generika) resistente Stämme des derzeit vorherrschende humanen Stamm H3N2 in Gegenden mit häufigem Gebrauch entdeckt. Nun wurde auch eine erste Teilresistenz des derzeit die Medien beschäftigenden Vogelgrippevirus H5N1 gegen den Neuraminidase-Inhibitor Oselta-

miriv (Tamiflu®) in Vietnam entdeckt. Wegen einer möglichen Begünstigung von Resistenzen von humanen Influenzaviren (wie z.B. der Stamm H3N2) rät das Robert-Koch-Institut (RKI) davon ab, beide in Deutschland verfügbaren Neuraminidasehemmer (Oseltamivir und Zanamivir, Relenza®) für Patienten zu verordnen, die sich aus Angst vor der Ansteckung durch das Vogelgrippe-Virus einen Vorrat anlegen möchten (Stand 24. Oktober 2005: 121 Ansteckungsfälle in Asien bekannt, 62 Patienten starben).

Quellen: *Epidem. Bull.* 2005; Nr. 42: 394 und Nr. 43: 404, www.who.int/csr/disease/influenza

Hinweise: Eine nicht auszuschließende Mutation des tierpathogenen aviären Virus, die zu einer derzeit noch nicht möglichen Übertragung von Mensch zu Mensch führen kann, wird aufgrund der überstaatlichen internationalen Alarmbereitschaft frühzeitig entdeckt werden können (derzeit existieren bereits Pandemiepläne beim RKI und den Gesundheitsbehörden). Derzeit geht eine höhere Gefahr durch eine unkritische Einnahme von o.g. Grippemitteln aus (z.B. Einnahme bei leichten Erkältungssymptomen ohne Rücksprache mit dem Hausarzt, kein richtiger Einnahmezeitpunkt, zu niedrige Dosierung). Zunehmend resistente Stämme des humanen Grippevirus werden insbesondere Risikogruppen der Bevölkerung wie z.B. alte oder multimorbide Menschen unnötig gefährden.

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.

Per Telefon: 0211/4302-1589, per Fax: -1588, per E-Mail: dr.hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

Besuch in der Frauenarztpraxis

Jede zweite 15-Jährige war bereits beim Frauenarzt, im Alter von 17 Jahren sind lediglich 18 Prozent der jungen Frauen noch nicht in der gynäkologischen Praxis gewesen, wie die Repräsentativerhebung zur Jugendsexualität der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigt. Frauenärzte sind wichtige Ansprechpartner für die Jugendlichen und stehen nach dem Gespräch mit der Mutter und der Freundin an dritter Stelle. Gerade der erste Besuch in einer gynäkologischen Praxis ist für viele Jugendliche aber mit Angst und Scham besetzt. Auch auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte bestehen oft Unsicherheiten im Umgang mit den jungen Mädchen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat deshalb einen Ratgeber für die Frauenarztpraxis entwickelt. Die Broschüre „Expertinnen in eigener Sache. Mädchen bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt“ gibt praktische und hilfreiche Tipps anhand von konkreten Gesprächsalternativen. Dabei orientiert sie sich an Praxissituationen, die eng an den frauenärztlichen Alltag im ambulanten Bereich

angelehnt sind. Oftmals trauen sich die jungen Patientinnen nicht, Fragen zu den Themen zu stellen, die sie eigentlich bewegen. Die Broschüre enthält deshalb wichtige Hinweise, wie die indirekten Botschaften und Fragen eines Mädchens erkannt und beantwortet werden können. Da im Gespräch mit Migrantinnen ihre kulturelle und religiöse Herkunft mit berücksichtigt werden sollte, wird dieses wichtige Thema ebenfalls in der Broschüre behandelt. Eine ganz besonders schwierige Thematik ist die der sexuellen Gewalt gegenüber jungen Frauen. Deshalb sind Anleitungen für solch ein schwieriges Gespräch besonders wichtig.

Der Ratgeber ist in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) erstellt worden.

Die Broschüre „Expertinnen in eigener Sache. Mädchen bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt“ ist kostenlos und kann unter folgender Adresse bestellt werden:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln

Fax: 0221/8992201

E-Mail: order@bzga.de

www.sexualaufklaerung.de

Ausbildung

Neuer Masterstudiengang an der Charité

Kontakt:

Prof. Dr. Gabriele
Kaczmarczyk
Tel 030/450 551007

healthsociety@charite.de

Weitere

Informationen unter
[www.charite.de/
health-society](http://www.charite.de/health-society)

An der Charité – Universitätsmedizin Berlin ist ein weiterer Masterstudiengang eröffnet worden. „Health and Society: International Gender Studies Berlin“ nennt sich der Studiengang, der am 31. Oktober an den Start ging. Bereits Anfang Oktober hatte der Lehrbetrieb mit Studierenden aus sieben Ländern begonnen. Der in seiner Art in Deutschland einmalige englischsprachige Studiengang ist multidisziplinär, interkulturell und genderdifferenziert, das heißt unter Berücksichtigung der Geschlechter ausgerichtet. Ziel ist, die Studierenden für Berufe im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit in globalen Zusammenhängen zu qualifizieren. Internationale Gastprofessorinnen und -professoren sollen zur Erweiterung des Lehrangebots beitragen. Der Studiengang beinhaltet ein Praktikum und schließt mit der Masterarbeit ab. Die Gebühren für die Studierenden, die einen Hochschulabschluss und Berufserfahrung im Gesundheitswesen mitbringen müssen, betragen 9700 Euro.

Haut in Gefahr

» Maligne Tumoren des größten Organs im Überblick «

Die Zahl der Hautkrebs-Erkrankungen steigt. Waren früher vor allem ältere Menschen betroffen, so erkranken inzwischen auch immer mehr Jüngere an malignen Tumoren. Rasches Handeln ist erforderlich für eine Heilung. Gerade für Nicht-Dermatologen ist die Diagnoserstellung oft schwierig. BERLINER ÄRZTE möchte in diesem Themenschwerpunkt einen Überblick über die häufigsten Tumoren und ihre Behandlung geben.

von Martin Miehe, Annett Härtel und Ulrike Serfling





Die Haut hat unter allen Organen des Körpers die höchste Inzidenz und Vielfalt an Tumoren. Der Innsbrucker dermatologische Ordinarius, Peter Fritsch spricht von einer „Pandemie des Hautkrebses“. Jeder Baustein der Haut, des ausgesprochen komplex aufgebauten größten menschlichen Organs, ist möglicher Ausgangspunkt für die Entstehung maligner Neoplasien. Ihre exponierte Lage gegenüber karzinogenen Noxen der Umwelt und hier vor allem der UV-Exposition durch Sonne und Solarien erhöht zusätzlich das Tumorentstehungsrisiko. Hierbei ist auch die zunehmende Anzahl von Patienten mit immunsuppressiver Therapie zu erwähnen. Nach Hochrechnungen aus Daten des Schleswig-Holsteinischen Krebsregisters (2003/2004) erkranken in Deutschland jedes Jahr über 140.000 Menschen neu an Hautkrebs (100.000 Basalzellkarzinome, 22.000 Plattenepithelkarzinome, 22.000 maligne Melanome). Diese Zahl steigt dann noch erheblich, wenn Plattenepithelkarzinome in situ (aktinische Keratosen) hinzu gerechnet werden. Pro Jahr wächst die Zahl diagnostizierter Hautkrebs um 3 bis 7%.

Das maligne Melanom ist der Tumor mit der am schnellsten ansteigenden Inzidenz unter allen bösartigen Tumoren des Menschen. Das Lebenszeitrisko, an einem malignen Melanom zu erkranken, liegt derzeit bei über einem Prozent. Die Wahrscheinlichkeit, an einem Basalzellkarzinom zu erkranken, wird bei 1994 geborenen Kaukasiern sogar mit 28-33% angenommen. Während früher Hautkrebs überwiegend nach dem 60. Lebensjahr auftraten, verschiebt sich das Risiko jetzt zunehmend auch in jüngere Jahrgänge.

Frühe Diagnose wichtig

In seinen Xenien schreibt Goethe: „Was ist das Schwerste von allem? Was Dir das Leichteste dünkt: mit den Augen zu sehen, was vor den Augen Dir liegt.“



Abbildung 1, Noduläres Basaliom



Abbildung 2, Rumpfhautbasaliome

Das rechtzeitige Erkennen maligner Veränderungen der Haut und ihrer Vorstufen stellt eine große Herausforderung für jeden Arzt dar. Entscheidend für die Prognose eines Hautkrebses ist die frühe Diagnosestellung, da jeder rechtzeitig erkannte Hautkrebs heilbar ist.

Hierfür ist die sorgfältige Inspektion des gesamten Integuments erforderlich. Stellt man eine klinisch verdächtige Hautveränderung fest, sollte der Nicht-Dermatologe den Patienten einem Hautarzt zuweisen. Durch seinen geschulten Blick und zusätzliche Untersuchungsmöglichkeiten kann die Diagnose in den meisten Fällen gesichert werden. In der Anamnese muss der Arzt individuelle

erfahrenen Kollegen bei rund 50%. Diagnosesichernd ist darüber hinaus die histopathologische Untersuchung.

Eine Auswahl wichtiger Malignome der Haut

An dieser Stelle möchte BERLINER ÄRZTE einige wichtige maligne Hauttumore vorstellen, deren Inzidenz die große An-

wächst langsam und kann ulzerieren. Die Diagnose wird klinisch gestellt und histologisch gesichert. Die Standardtherapie ist die vollständige schnittrandkontrollierte operative Entfernung des Basalioms. Die Palette weiterer Therapieoptionen ist groß und umfasst bei sehr oberflächlichen Basaliomen die Lasertherapie, Kryotherapie, photodynamische Therapie, Therapie mit 5-Fluorouracil sowie lokale Immunmodulation mit Imiquimod. In ausgewählten Fällen kann die Strahlentherapie eingesetzt werden.

Den Betroffenen ist eine klinische Tumornachsorge wegen der Rezidivrate (5%) und dem Auftreten neuer Tumoren (30%) lebenslang in jährlichen Abständen anzuraten.

Plattenepithelkarzinom (Spinozelluläres Karzinom)

Das Plattenepithelkarzinom der Haut und des Unterlippenrotes (*Abb. 3*) ist ein maligner Tumor, der lokal destruierend wächst und in etwa 5% lokoregionär lymphogen metastasiert. Es tritt zu 90% im Gesicht auf. Das Tumorstadium beginnt meist als ein in situ Carcinom (aktinische Keratose). Der Tumor kann auch auf vorgeschädigter Haut entstehen (chronisch entzündliche Hautveränderungen, Ulzera, Narben). Er ist durch Hyperkeratosen, Krustenauflagerungen und Ulzerationen zu erkennen. Bei klinischem Verdacht sollte die Diagnosesicherung histologisch erfolgen. Therapeutisch notwendig ist die vollständige Exzision mit Sicherheitsabstand und Schnittrandkontrolle. Die Ausbreitungsdiagnostik hängt von der Tumordicke ab. Bei Metastasierung kann eine weitere chirurgische Intervention, in seltenen Fällen eine Polychemotherapie erforderlich werden.

Nachsorgeuntersuchungen sollten je nach Risikogruppe bis zu viermal jährlich über fünf Jahre durchgeführt werden. Bei den in situ Carcinomen (Aktinische Keratose) sind aufgrund der fehlenden Invasivität viele Therapieoptionen möglich. Bei der photodynamischen Therapie wird der photodynamische Effekt zur selektiven Tumorzellzerstörung genutzt.



Abbildung 3, Spinozelluläres Karzinom

Risikofaktoren wie Hauttyp, Sonnenbrände im Kindesalter, Anzahl melanozytärer Läsionen und genetische Dis-

zahl seltenerer kutaner Malignome wie zum Beispiel Bowenkarzinom, Pagetkarzinom und Kaposisarkom weit übertrifft.



Abbildung 4, Superfiziell spreitendes Melanom

position berücksichtigen. Neben der makroskopischen Betrachtung sind mit der Auflichtmikroskopie diagnostische Strukturen zu erkennen, die mit bloßem Auge nicht sichtbar sind. Zusätzlich kann die digitale auflichtmikroskopische Bildspeicherung und computergestützte Analyse eingesetzt werden. Möglich ist neben der Dokumentation zeitlicher Verläufe hierbei auch der telemedizinische Austausch mit dermatoonkologischen Kompetenzzentren. Die Hautsonografie kann zur Tumordickenbestimmung in vivo eingesetzt werden. Mit Hilfe der genannten Methoden liegt die diagnostische Treffsicherheit bei melanozytären Tumoren bei Dermatologen über 90%, bei nicht



Abbildung 5, Noduläres Melanom

Basalzellkarzinom Basaliom, Basalzellepitheliom

Das Basalzellkarzinom (*Abb. 1*) ist ein lokal destruierender epidermaler Hauttumor, der in der Regel nicht metastasiert. Es tritt vorwiegend im höheren Lebensalter und nur an haarfollikeltragenden Körperregionen auf. Hauptlokalisation ist mit 80% der Kopf- und Halsbereich. Klinisch häufige Varianten sind das knotige Basaliom, das Rumpfhautbasaliom (*Abb. 2*) und das sklerodermiforme Basaliom.

Basaliome beginnen meist als flach erhabene Knötchen mit perlschnurartigem Randsaum und häufig fein verästelten Teleangiektasien. Das Basaliom

Weitere therapeutische Möglichkeiten sind Kürettage, Kryochirurgie, 5-Fluorouracil, der Immunmodulator Imiquimod, Retinoide, Laserablation, chemisches Peeling und bei Frühformen ein diclofenac- und hyaluronsäurehaltiges Gel.

Malignes Melanom

Das maligne Melanom geht vom melanozytären Zellsystem aus und kann neben der Haut in seltenen Fällen auch am Auge, an den Hirnhäuten und Schleimhäuten verschiedener Lokalisation auftreten. Menschen mit hoher Naevuszahl, dysplastischen Naevi, geringer natürlicher Pigmentierung (keltischer Typ) und genetischer Disposition sind besonders gefährdet. Außerdem kann auch eine hohe UV-Exposition, insbesondere nach schweren Sonnenbränden im Kindesalter, Auslöser sein. Das Melanom ist meist stark pigmentiert, aber auch amelanotische Formen, die oft schwer klinisch zu diagnostizieren sind, kommen vor.

Das maligne Melanom ist für etwa 90% der Mortalität an malignen Hauttumoren verantwortlich. In Deutschland liegt die Inzidenz bei circa 14 Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner. Ein Drittel entwickeln sich aus vorbestehenden melanozytären Naevi, zwei Drittel de novo auf zuvor gesunder Haut. Der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr. Klinisch lassen sich das superfiziell spreitende Melanom (Abb. 4) (57,4%), das noduläre Melanom (21,4%) (Abb. 5), das Lentigo-maligna-Melanom (8,8%) (Abb. 6) und das akrolentiginöse Melanom (4%) (Abb. 7) unterscheiden. Für die Prognose sind Tumortyp, Tumordicke (Breslow-Index), Invasionstiefe (Clarklevel), regionärer Lymphknotenbefall und Fernmetastasierung verantwortlich. Während die Überlebenschancen für frühdiagnostizierte dünne Melanome nach adäquater chirurgischer Therapie ausgesprochen günstig sind, sinkt die 5-Jahres-Überlebenschancen auf 50-60% und bei disseminiert metastasierten Melanomen auf 5-14%.

Die Anwendung der A-B-C-D-Regel bei der klinischen Diagnostik zeigt typischerweise eine Asymmetrie des Aufbaus, unregelmäßige Begrenzung, inhomogenes Colorit und ein Durchmesser von mehr als 6 mm. Der nächste dem Dermatologen zur Verfügung stehende diagnostische Schritt ist die Auflichtmikroskopie einschließlich der Anwendung eines dermatoskopischen Scores. Ergibt sich danach keine eindeutige diagnostische Klärung der klinischen Verdachtsdiagnose, ist eine histologische Verifizierung anzustreben. Mit der hochfrequenten Sonographie ist eine in vivo Tumordickenmessung möglich. Bei einer Tumordicke über 1 mm sollte eine Ausbreitungsdiagnostik (Lymphknoten-sonographie des regionären Abflussgebietes, Röntgenaufnahme des Thorax, Sonographie des Abdomens einschließlich Becken und Retroperitoneum) vorgenommen werden. Bei Risikopatienten kommen als zusätzliche Maßnahmen CT, MRT und Bestimmung von Tumormarkern (Protein S100, MIA) in Betracht.



Abbildung 6, Lentigo-maligna-Melanom

Bei einem malignen Melanom (Abb. 4 – 8) ist die operative Entfernung die Therapie der Wahl. Die Wahl des Sicherheitsabstandes richtet sich nach dem Metastasierungsrisiko und liegt in der Regel zwischen 0,5 und 2 cm. Der Stellenwert der primären Wächterlymphknotenbiopsie wird derzeit noch unterschiedlich beurteilt. Bei einer Tumordicke von mehr als 1 mm sollte dieses Verfahren in spezialisierten Zentren durchgeführt werden. Bei Melanompatienten mit einem erhöhten Metastasierungsrisiko (Tumordicke >1,5mm und/oder regionären Lymphknotenmetastasen) sollten adjuvante Therapieformen wie Zytostatika (z.B. Dacarbazin), Interferon-alpha und Interleukin-2 zum Einsatz kommen.



Abbildung 7, Akrolentiginöse Melanom



Abbildung 8, Hautmetastasen eines malignen Melanoms

Zukünftig wird sich das Interesse zunehmend auf Substanzen richten, die für Tumorentwicklung und Metasta-



Abbildung 9, Merkelzellkarzinom

sierung eine entscheidende Rolle spielen (drug-targeting). Hierbei geht es um eine spezifische Blockade molekularer Zielstrukturen. Die Nachsorge ist in den ersten fünf postoperativen Jahren besonders intensiv zu gestalten, da innerhalb dieses Zeitraumes 90% der Metastasen auftreten. Frequenz und Umfang richten sich nach den initialen Tumorparametern.

Merkelzellkarzinom

Mit einer Inzidenz von 0,1%-0,3% Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner ist es ein seltener Tumor. Das Merkelzellkarzinom (Abb. 9) oder auch kutane neuroendokrine Karzinom stellt sich meist als solider, rötlich-violetter, halbkugeliger Tumor von weniger als 2 cm

Durchmesser an den lichtexponierten Arealen der Gesichtshaut oder an den Extremitäten dar. Der Tumor geht aus der Merkelzelle der Haut hervor. Da charakteristische klinische Merkmale fehlen, werden die Merkelzellkarzinome verkannt. Je nach Größe des Tumors sollte die primäre Diagnose am besten mittels Exzisionsbiopsie und immunhistologischer Sicherung erfolgen. Beim Merkelzellkarzinom gilt die vollständige chirurgische Exzision als Basistherapie. Wegen der hohen Rate an Lokalrezidiven sollte ein Sicherheitsabstand von 3 cm angestrebt werden. Merkelzellkarzinome sind in der Regel radiosensitiv, es wird daher eine adjuvante Strahlentherapie der Tumorregion und der regionalen Lymphknotenstation empfohlen.

Dermatofibrosarcoma protuberans

Das Dermatofibrosarcoma protuberans (Abb. 10) ist ein niedrig maligner, langsam, aber zerstörend wachsender und kaum metastasierender bindegewebiger Tumor. Er ist meist am Rumpf, vorwiegend im Schultergürtelbereich,



Abbildung 10, Dermatofibrosarcoma protuberans

seltener auch an anderen Stellen lokalisiert. Typisch ist eine langsam wachsende, flache, narbenähnliche, derbe, hautfarbene bis bräunliche Hautverdickung, in der sich unregelmäßige Knoten entwickeln. Die Diagnose wird klinisch und durch eine Probebiopsie gesichert. Im Ultraschall erscheint der Tumor echolos. Therapeutisch ist die vollständige Exzision mit lückenloser histografischer Kontrolle der Schnittränder notwendig. Dies ist oft nur durch mehrere großflächige Nachexzisionen zu erreichen, da das Dermatofibrosarcoma protuberans häufig einzelne sehr dünne über viele Zentimeter in die Umgebung reichende Ausläufer hat. Prognostisch besteht ein

hohes Rezidivrisiko. Bei vollständiger Entfernung ist mit einer dauerhaften Heilung von 80% zu rechnen.

Kutane Lymphome

Die Haut ist als Grenzorgan zur Umwelt mit hoher immunologischer Kompetenz ausgestattet. Dies bedingt die außerordentliche morphologische Variationsbreite lymphozytärer Tumoren der Haut, deren Differenzialdiagnostik sich daher oft als sehr schwierig erweist.



Abbildung 11, Mykosis fungoides

75% der Lymphome der Haut sind T-Zell-Lymphome, der Rest B-Zell-Lymphome. Die Mykosis fungoides (Abb. 11) ist ein niedrigmalignes T-Zell-Lymphom der Haut und das häufigste kutane Lymphom. Es verläuft in drei Stadien. Das Ekzemstadium ist geprägt von starkem Juckreiz. Im Plaquestadium kommt es zu zunehmender Infiltration der ekzemähnlichen Hautveränderungen. Im Tumorstadium, das häufig erst nach vielen Jahren auftritt, treten ulzerierende rötlich-bräunliche Tumoren disseminiert am gesamten Integument auf. Im späteren Stadium sind auch Lymphknoten und innere Organe betroffen.

Die Diagnosesicherung erfolgt durch Klinik, Histologie, Molekularbiologie und bildgebende Verfahren. Die Therapie erfolgt stadiengerecht. Zum Einsatz kommen u. a. extern Glukokortikoide, Photochemotherapie, Interferon-alpha-2a, extrakorporale Photophorese, Röntgenweichstrahltherapie oder auch Bestrahlung mit schnellen Elektronen.

Vorbeugen – aber wie?

Aufgrund der eingangs aufgeführten erschreckenden epidemiologischen Daten sind präventive Maßnahmen zwingend erforderlich. Da für die meisten

bösartigen Tumoren der Haut das UV-Licht ein Promoter der Karzinogenese darstellt, ist für die primäre Prävention eine Lichtschutzberatung erforderlich. Der entscheidende Faktor der sekundären Prävention ist eine umfassende Hautvorsorge. Von Juli 2003 bis Juni 2004 wurden in Schleswig-Holstein im Rahmen des Projektes »Hautkrebstest« 366.000 Patienten untersucht. Dabei wurden 3000 maligne Tumoren der Haut neu entdeckt, davon 2115 Basalzellkarzinome, 376 Plattenepithelkarzinome und 568 maligne Melanome. Im Zusammenhang mit dieser Studie konnte errechnet werden, dass es durch rechtzeitige Erkennung von malignen Tumoren der Haut zu einer Kostenersparnis von 250 Millionen Euro pro Jahr kommen kann. Trotz dieser beeindruckenden Zahlen konnte im Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen noch keine Entscheidung für die Einführung der Hautvorsorge als Kassenleistung gefunden werden. Dies bedeutet, dass nach wie vor die Hautvorsorgeuntersuchung von gesetzlich Krankenversicherten als individuelle Gesundheitsleistung selbst getragen werden muss.

Wir möchten unseren Beitrag mit dem Appell an die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger beschließen, die zwingend notwendige Hautvorsorge in den Katalog der von den Krankenkassen erstatteten Leistungen aufzunehmen.

Anschriften der Verfasser

Dr. med. Martin Miehe
Priv. Doz. Dr. med. Ulrike Serfling
Niedergelassene Dermatologen
in Berlin-Tegel
Gorkistraße 3, 13507 Berlin

Dr. med. Annett Härtel
Vivantes Klinikum Spandau
Klinik für Dermatologie und Allergologie,
Neue Bergstraße 6
13585 Berlin

Literatur in der Internetversion
dieser Beitrages. Erweiterte Literatur unter
der E-Mail: miehe@derma-berlin.de

Satzungsneufassung der Ärzteversorgung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 23. November 2005

Zwei gewichtige Brocken hatten die Delegierten der Ärztekammer Berlin auf ihrer Versammlung am 23. November zu beschließen. Es standen die Neufassung der Satzung der Berliner Ärzteversorgung und der 3. Nachtrag zur Neufassung der Weiterbildungsordnung auf dem Programm. Beide Punkte bekamen das Votum der Delegierten. Heftig diskutiert wurde über die Einführung eines Internisten ohne Schwerpunkt in die neue Weiterbildungsordnung.

Von Sascha Rudat

Die Satzungsneufassung der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) ist nach Angaben ihres Verwaltungsausschussvorsitzenden Elmar Wille unter anderem deshalb notwendig geworden, weil die bisherige 45-Jahres-Eintrittsgrenze mit dem Europarecht kollidiert. Des Weiteren seien in die Neufassung Hinweise der Wirtschaftsprüfungsgesellschaften zur Präzisierung der Vorschriften über die Mittelverwendung aufgenommen worden (Zinsschwankungen, Langlebigkeit). Wie Wille weiter erläuterte, musste die Neufassung der Satzung aus Zeitgründen auf Basis des noch geltenden Kammergesetzes erfolgen. Mit dem von der Senatsverwaltung angekündigten Kammergesetz werden schon in absehbarer Zeit weitere Änderungen notwendig werden. Leider hat das Land Berlin entgegen früheren Ankündigungen das neue Kammergesetz im Jahr 2005 noch nicht auf den Weg gebracht.

Anhebung des Eintrittsalters

Mit der Neufassung der Satzung wird das mögliche Eintrittsalter zur BÄV von 45 auf 60 Jahre angehoben. Durch eine durchgängige Berücksichtigung der Verweildauer der Beiträge wird den Angaben zufolge aber eine finanzielle Belastung der Versicherten verhindert, wie Wille erklärte.

Die Mitgliedschaft in der BÄV ist künftig für alle Kammermitglieder möglich. Es wird somit die so genannten Ausländerklausel gestrichen. Daneben entfällt die

Möglichkeit, den Rentenbeginn auf das 68. Lebensjahr zu verschieben. Die Altersrente wird nach Vollendung des 65. Lebensjahres gezahlt und kann unverändert bis auf das 60. Lebensjahr vorgezogen werden.

Ein wesentlicher Punkt ist auch, dass die BÄV mit der Neufassung der Satzung das so genannte Lokalitätsprinzip umsetzt. Jeder in Berlin tätige Arzt muss danach Mitglied der BÄV werden. Wechselt er in ein anderes Bundesland muss er in das dortige Versorgungswerk eintreten. Die bisher bestehende Möglichkeit der Fortführung der Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis in der BÄV entfällt damit.

Neu ist auch, dass Waisen- und Kinderzuschüsse in Zukunft auch an Pflege- und Stiefkinder ausgezahlt werden. Dies war bisher nicht möglich.

Eine weitere wichtige Neuerung ist, dass die BÄV-Mitglieder ab 1. Januar 2006 Beiträge bis zum 1,5-fachen Satz entrichten können. Dadurch wird die Nutzungsmöglichkeit des Sonderausgabenabzugs nach dem Alterseinkünftegesetz verbessert.

Wartezeit bei Berufsunfähigkeit

Ein Punkt, bei dem laut Wille im Vorfeld kein Konsens zwischen BÄV-Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss gefunden werden konnte, war die Einführung einer zwölfmonatigen Wartezeit für die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente. „Es gab im Verwaltungsausschuss



auch Vorschläge, auf drei oder fünf Jahre zu gehen“, berichtete Wille. Für die Einführung einer Wartezeit – so die einstimmige Position des Verwaltungsausschusses – sprächen unter anderem der Ausschluss von Missbrauchsfällen sowie das höhere Berufsunfähigkeitsrisiko durch die Anhebung des Eintrittsalters bis zum 60. Lebensjahr. Dagegen – so die Meinung des Aufsichtsausschusses –, dass nur wenige Missbrauchsfälle zu befürchten seien und dass die BÄV in der Vergangenheit mit dem sofortigen Versicherungsschutz geworben habe. Die Delegierten entschieden sich schließlich nach eingehender Diskussion mehrheitlich dafür, eine zwölfmonatige Wartezeit in die Satzung aufzunehmen.

Eingetragene Lebenspartnerschaften

Für Diskussionen unter den Delegierten sorgte daneben die Frage, ob die Hinterbliebenenversorgung für eingetragene Lebenspartnerschaften in die Neufassung der BÄV-Satzung aufgenommen werden sollte. Mehrere Delegierte wollten einen derartigen Antrag einbringen. Cora Jacoby (Fraktion Gesundheit) erklärte, sie finde es „absolut nicht mehr zeitgemäß“, wenn dieser Punkt nicht in die Satzung aufgenommen werde. Matthias Albrecht (Marburger Bund) stimmte dem zu, betonte aber gleichzeitig, dass es keinen Sinn mache, dies zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufzunehmen, da sonst die Neufassung nicht rechtzeitig zustande käme. Elmar Wille betonte: „Wir wollen hier Europa-Recht umsetzen. Wenn wir dies nicht fristgerecht tun, gibt es in der BÄV-Verwaltung ein Desaster.“ Er verwies zugleich darauf, dass die Gleichstellung der eingetragenen Lebenspartnerschaften im Entwurf des künftigen Kammergesetzes stehe und es deshalb nicht notwendig sei, diese gesondert in die BÄV-Satzung einzubringen. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) fügte hinzu: „Ein solches Teilproblem darf nicht dazu führen, dass die ganze Satzung ein Problem bekommt.“ Er betonte gleichzeitig, dass die Gleichstellung von der Delegiertenversammlung politisch gewollt sei. Der Antrag, die eingetragenen Lebenspartnerschaften in die BÄV-Satzung aufzunehmen, wurde schließlich zurückgezogen. Die Delegierten stimmten bei zwei Enthaltungen für die Neufassung der BÄV-Satzung.

Nachtrag zur Weiterbildungsordnung

Der zweite große Bereich auf der Tagesordnung der Delegiertenversammlung am 23. November war der 3. Nachtrag zur Neufassung der Weiterbildungsordnung (WbO). Inhalt dieses Nachtrages waren vor allem kleinere redaktionelle Änderungen im Paragraphenteil, die auf Wunsch der Senatsverwaltung für Gesundheit-, Soziales und Verbraucherschutz vorzunehmen waren. Zu diesem Nachtrag gab es einen Ergänzungsantrag von

Klaus Thierse (Marburger Bund), Vorsitzender des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses (GWbA) der Kammer. Er beantragte, dass die Richtlinien für die näheren Weiterbildungsinhalte vom GWbA und nicht von der Delegiertenversammlung beschlossen werden sollten. Die Beschlussfassung durch den GWbA erleichtere notwendige Anpassungen der Richtlinien, sei längerjähriger Usus und werde auch auf Bundesebene so gehandhabt, hieß es zur Begründung. Die Delegierten folgten diesem Ergänzungsantrag und verabschiedeten ihn ebenso einstimmig wie den 3. Nachtrag. Die neue Weiterbildungsordnung kann somit vom Berliner Senat verabschiedet werden und Anfang nächsten Jahres in Kraft treten.

Plädoyer für einheitliche Lösung

Lange diskutierten die Delegierten über einen Ergänzungsantrag zum 3. Nachtrag der WbO-Neufassung. Dieser sah die Einführung eines „Facharztes für Innere Medizin ohne Schwerpunkt“ vor. Zur Begründung hieß es, dass die Aufteilung der Inneren Medizin in acht Schwerpunkte keinesfalls dem tatsächlichen internistischen Spektrum bei immer älter werdenden Patienten mit Multimorbidität entspreche. Der WbA 1 und der GWbA hatten im Vorfeld für die Wiedereinführung des Internisten ohne Schwerpunkt, der auch an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen können soll, votiert. Somit würde es eine dreijährige Basis-Weiterbildung für den „Facharzt für Allgemeinmedizin“, „den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt“ sowie für den „Facharzt für Innere Medizin mit den acht Schwerpunkten“ geben. Die Vorsitzende des WbA 1, Maria Birnbaum (Fraktion Gesundheit) betonte, man sei nicht daran interessiert, in jeder Kammer einen eigenen Internisten zu haben. Es müsse schnellstmöglich eine einheitliche Lösung gefunden werden.

Für Diskussionen sorgte auch der Änderungsantrag zum eben genannten Ergänzungsantrag, der von den Vorstandsmitgliedern Vittoria Braun und Hans-Peter Hoffert (beide BDA) eingebracht worden war. Danach sollte der „Facharzt für Allgemeinmedizin“ auf der Basis des

Deutschen Ärztetages in Eisenach, also vor Verabschiedung der Musterweiterbildungsordnung, wieder eingeführt werden, sollte es zum Internisten ohne Schwerpunkt kommen. Das gemeinsame Gebiet 12 „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ sollte dann aufgelöst werden. Begründet wurde dies damit, dass man sich in den Beschlüssen des Ärztetages von Rostock auf einen einheitlichen „Generalisten“ geeinigt habe. Dies sei mit der Einführung eines Internisten ohne Schwerpunkt nicht mehr gegeben. Braun plädierte dafür, die Entscheidung über diesen Punkt nicht zu vertagen, auch wenn dies Unterschiede zu den Weiterbildungsordnungen der anderen Bundesländer impliziere. Sie betonte, dass das Weiterbildungsrecht Länderrecht sei.

Da sich kein Konsens abzeichnete und beide Anträge eine grundlegende Änderung der neuen WbO bedeuteten, stimmten die Delegierten mehrheitlich dem Antrag von Klaus Thierse zu, beide Anträge zurückzustellen und zunächst in der Ständigen Konferenz (Stäko) Weiterbildung der Ärztekammern im Dezember „auf eine bundeseinheitliche Lösung zu drängen“. Wegen der erheblichen Abweichung von der Muster-WbO sei eine Rückkopplung mit der Bundesärztekammer und den anderen Landesärztekammern notwendig, hieß es. Diese Themen sollten zudem auf der nächsten Delegiertenversammlung am 15. Februar wieder auf der Tagesordnung stehen.

Evaluation gefordert

Für Diskussionen sorgte ein von Kammerpräsident Jonitz eingebrachter Antrag, der die unverzügliche Einführung einer Evaluation der Weiterbildung forderte. Er verwies dabei auf einen Beschluss der Delegiertenversammlung vom Juli 2001. Mehrere Delegierte sprachen sich für eine Ausgestaltung des Konzepts aus. Jonitz verwies darauf, dass es ihm vor allem um eine zügige Einführung der Evaluation gehe. Der Antrag wurde mehrheitlich mit elf Gegenstimmen angenommen. Zugleich votierten die Delegierten (bei einer Gegenstimme) dafür, den Antrag mit dem Konzept des Kammerpräsidenten an den Vorstand zu überweisen. *srd*

Erfolgreicher Erstling

Auf großes Interesse ist die Auftaktveranstaltung der neuen Reihe „Qualitätsentwicklung“ der Ärztekammer Berlin am 22. November gestoßen. Thema dieses Fachtages waren die „Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V“. Referenten waren Ärzte, Journalisten, Vertreter von Krankenkassen und Patientenorganisationen. Rund 80 Gäste nahmen an der Veranstaltung in der Kammer teil und sorgten für eine lebhaftige Diskussion. Ziel dieser jährlich stattfindenden öffentlichen Veranstaltungsreihe ist es, jeweils einen der großen Begriffe aus dem Bereich der Qualitätssicherung aufzugreifen und zu diskutieren. Auf allgemeines Bedauern stieß die kurzfristige Absage der Berliner Krankenhausgesellschaft, deren Beteiligung an der Weiterentwicklung der Qualitätsberichte sehr gewünscht wurde.

Von Sascha Rudat

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, hob zur Auftaktveranstaltung der Reihe die Notwendigkeit hervor, in den Qualitätsberichten nicht nur Fakten zur Struktur der Krankenhäuser zu sammeln, sondern mit ihnen zum Thema „Transparenz der Qualität in der Patientenversorgung“ in einen wichtigen Dialog einzutreten. Er beschrieb die Rolle der Ärztekammer Berlin in diesem Prozess als unabhängige und sachverständige Vermittlerin („ehrlicher Makler“). Dieser Rolle gerecht werden wolle man unter anderem durch die neue Reihe „Qualitätsentwicklung“.

Ministerialrätin Dr. med. Hiltrud Kastenholz, Leiterin des Referats für Qualitätsmanagement und Personal im Krankenhaus beim Bundesgesundheitsministerium, sieht große Fortschritte bei den Qualitätsberichten. Die Basisteile der Berichte seien in der Regel gut dargestellt, große Unterschiede gebe es aber bei den Systemteilen. Die Anforderungen an die Ergebnisdarstellung würden nur von einem kleinen Teil der Krankenhäuser erfüllt.

Klares Bekenntnis notwendig

Dr. med. Matthias Albrecht, Qualitätsbeauftragter des Vereines zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin, betonte, dass in den Kliniken ein klares Bekenntnis der Leitung zum Qualitätsbericht notwendig sei. Wo noch nicht geschehen, müsse sich ein effektives

Qualitätsmanagement etablieren. Albrecht verwies auf die offene Frage vieler Klinikleitungen, wie viel Transparenz man sich erlauben könne. „Die Qualitätsberichte sind eine Chance darzustellen, dass man sich Gedanken gemacht hat“, unterstrich er.

Dr. med. Markus Ziegler, Chirurg und Medizininformatiker, kritisierte, dass die Berichte bislang größtenteils über die Quantität informierten. Er betonte, dass die Abhängigkeit der Qualität von der Häufigkeit der erbrachten Leistung sehr unterschiedlich sei und verwies auf das Problemfeld der Mindestmengenangaben.

Auch nach Ansicht von Rolf D. Müller, Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin, sind die Qualitätsberichte bisher lediglich Struktur- und Mengenberichte. Sie enthielten keine Angaben über die Versorgungsqualität. „Mittelfristig müssen die Kliniken die Ergebnisse ihrer Leistungen darlegen, nicht nur die Anzahl der erbrachten Leistungen“, forderte Müller. Er verwies darauf, dass die Krankenkassen eine vollständige Transparenz der stationären Versorgung forderten. „Wer sich der Transparenz verschließt, wird vom Markt ausgeschlossen werden“, zeigte sich der AOK-Chef

überzeugt. Er bedauerte, dass es die DKG ablehne, dass Patienten über den AOK-Krankenhaus-Navigators (www.aok.de) zu den Internetseiten der einzelnen Krankenhäuser gelangen können.

Problematische Daten

Wie Thomas Freier, Referatsleiter Stationäre Einrichtungen beim Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), erläuterte, bereitet den Kassen die Weiterverarbeitung der von den Krankenhäusern angelieferten Daten bislang häufig noch Probleme. Der Grund sei, dass viele Krankenhäuser ihre Daten nicht – wie gefordert – im XML-Standardformat anliefern. Zudem müssten die Angaben mit hohem Aufwand geprüft und bearbeitet werden, um sie für den das Internetportal der Ersatzkassen (www.klinik-lotse.de) verwenden zu können.

In der Diskussion wurde die Frage aufgeworfen, ob es sinnvoll sei, unterschiedliche Qualitätsberichte für Patienten und Ärzte zu veröffentlichen. „Eine Trennung ist im Moment auf keinen Fall wünschenswert“, betonte Berliner Patientenbeauftragte Karin Stötzner. Dies sei noch zu früh. Für eine reine Patientenversion fehlten noch die notwendigen Daten, erläuterte sie.

„Qualitätsberichte, so wie sie jetzt vorliegen, sind untauglich für eine subjektive Auswahl einer Klinik.“ „Eine Sortierung nach der reinen Menge ist Quatsch“, hob sie hervor. Kammerpräsident Jonitz fügte hinzu: „Das beste Krankenhaus gibt es nicht.“ Vielmehr sei eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung aller Krankenhäuser erforderlich.

Weitere Informationen im Internet:

www.aerztekammer-berlin.de/30_Qualitaetsentwicklung/30_qualitaetsbuero.html
www.bqs-online.de
www.g-ba.de
www.klinik-lotse.de
www.aok.de

ANZEIGE

Das unterschätzte Risiko

Notwendige Haftpflichtversicherung für Ärzte

Ärztinnen und Ärzte tragen ein hohes haftungsrechtliches Risiko. Deshalb ist jeder Arzt verpflichtet, darauf zu achten, dass er ausreichend versichert ist. BERLINER ÄRZTE gibt einen Überblick, worauf Mediziner bei Berufshaftpflichtversicherungen achten müssen und welche Fallstricke es gibt.

Von Roland Wehn

Sehr häufig wird die gefragt, ob eine Versicherungspflicht für Ärzte besteht. Diese Frage ist eindeutig mit „ja“ zu beantworten, denn die Berufsordnung für Ärzte sieht eine solche Versicherungspflicht vor (im Land Berlin ist dies in § 21 der Berufsordnung geregelt). Die meisten Ärztekammern überprüfen allerdings – anders als etwa die Anwaltskammern – nicht ohne konkreten Anlass, ob ihre Mitglieder dieser Versicherungspflicht nachkommen. Dies kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Berufsordnung für die Ärzte im Kammerbereich zwingendes Recht darstellt und von den Kammermitgliedern auch beachtet werden muss. Im Falle des Verstoßes gegen diese Berufspflicht haben Ärzte mit berufsrechtlichen Maßnahmen der Ärztekammer zu rechnen. Es besteht also nach der Berufsordnung für den einzelnen Arzt eine Versicherungspflicht.

Ganz anders sieht es bei den Arbeitgebern aus. Hier ist zu unterscheiden: Ein Klinikträger unterliegt für das Haftpflichtrisiko grundsätzlich keiner Versicherungspflicht, eine Arztpraxis als Institution ebenfalls nicht, aber der einzelne Arzt in einer Praxis aus Gründen des Berufsrechts schon.

Für die weitere Beschäftigung mit der Frage muss man sich zunächst die Haftungssituation verdeutlichen, denn Versicherung muss sich immer aus dem Risiko heraus beurteilen.

Haftung des Arztes

Für die Arzthaftung bestehen zwei große Anspruchssäulen: Zum einen die

vertragliche Haftung, zum anderen die gesetzliche Haftung. Vertraglich haftet für ein Fehlverhalten immer der Vertragspartner, denn nur er hat mit dem Patienten einen Behandlungsvertrag. Im Bereich der Klinik sind dies der Klinikträger und/oder der Chefarzt (bei Privatliquidation), im Bereich der Praxis der Praxisinhaber bzw. alle Ärzte einer Gemeinschaftspraxis als so genannte Gesamtschuldner. Der Vertragspartner muss im Rahmen der Zurechnung für fremdes Verschulden in dieser Konstellation auch für Fehler der beschäftigten Ärzte einstehen, denn diese werden ihm zugerechnet (sog. Erfüllungsgehilfenhaftung).

Als zweite Säule tritt neben die vertragliche Haftung § 823 ff BGB, die Generalklausel des Haftungsrechts, wonach jeder Arzt für jeden schuldhaften Schaden, den er selbst verursacht, in unbeschränkter Höhe haftet. Auch diese Haftung kann über eine Zurechnungsnorm den Praxisinhaber oder die Klinik treffen, allerdings können sich diese entlasten, sofern ihnen bei der Auswahl des Mitarbeiters oder der Organisation der Arbeitsabläufe keine Fehler entgegengehalten werden können. Grundsätzlich bestehen aufgrund der beiden Säulen Ansprüche sowohl gegen den Praxisinhaber/die Klinik, als auch gegen den einzelnen Arzt, man spricht von einer Gesamtschuld. Der Patient kann sich als Schuldner den liquidesten herausuchen, oder alle Gesamtschuldner gemeinsam auf das Ganze in Anspruch nehmen, was im Klagewege in der Regel schon deshalb erfolgt, um den beteiligten Mediziner nicht als Zeugen der Gegenseite im Prozess zu haben. Denn wenn jemand

Beklagter in einem Zivilprozess ist, kann er als Zeuge nicht mehr benannt werden.

Man kann also festhalten: Die handelnden Ärztinnen und Ärzte haften jedenfalls immer auch selbst unbeschränkt für eigene Fehler (gesetzliche Haftung); daneben haften die Vertragsparteien des Behandlungsvertrages.

Angestellte Ärzte

Wer deckt einen Schaden, wer muss zahlen? Eine weitere Frage ist, wer für einen solchen Schaden einzutreten hat.

Arbeitsrechtlich

Schadenersatzrechtlich haftet – wie oben beschrieben – der Mediziner vom Studenten bis zum Chefarzt selbst. Arbeitsrechtlich ist allerdings der Arbeitgeber im Rahmen einer so genannten betrieblichen Tätigkeit des Arztes – und hierzu zählt die Behandlung von Patienten – nach den so genannten Grundsätzen des innerbetrieblichen Schadensausgleichs verpflichtet, diesen bei leichter Fahrlässigkeit von einer Haftung freizustellen. Dies bedeutet zum einen, dass er für diese Bereiche die Haftung des ggf. vom Patienten in Anspruch genommenen angestellten Arztes übernehmen muss und auch für seine eigene vertragliche Haftung keine Regressansprüche gegenüber seinem Mitarbeiter geltend machen kann. Für den Bereich der mittleren Fahrlässigkeit hat der Arbeitgeber den Arzt weitgehend freizustellen, wobei dies bedeutet, dass anhand der Umstände des Einzelfalls und der persönlichen und finanziellen Verhältnisse noch eine Beteiligung des Arztes zwischen 5-10 Monatsgehältern in Betracht kommt. Im Bereich der groben Fahrlässigkeit entfällt die Freistellungsverpflichtung.

Im öffentlichen Dienst werden diese Regelungen durch den Tarifvertrag zu Gunsten der angestellten Ärzte dahingehend modifiziert, dass eine Inanspruchnahme des Mitarbeiters nur für die Fälle der groben Fahrlässigkeit in Betracht kommt. Betont werden muss allerdings nochmals, dass jede Freistellungsverpflichtung nur das Innenverhältnis



Foto: DAK / Scholz

zwischen Arzt und Arbeitgeber betrifft. Der Patient kann selbstverständlich den Arzt weiterhin selbst unbeschränkt in die Haftung nehmen. Kommt der Arbeitgeber im Einzelfall seiner arbeitsrechtlichen Verpflichtung zur Freistellung im Innenverhältnis nicht nach, dann kann der Arzt gezwungen sein, seine Ansprüche gegen den Arbeitgeber gerichtlich durchzusetzen. Eine weitere zum Glück seltene Problematik ist in diesem Zusammenhang die Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers etwa durch Insolvenz. In einem solchen Fall geht die Freistellungsverpflichtung dann aus faktischen Gründen ins Leere.

Der Arbeitgeber muss also in den Fällen der leichten Fahrlässigkeit voll, in den Fällen der mittleren Fahrlässigkeit teil-

weise freistellen. In den Fällen der groben Fahrlässigkeit entfällt dies.

Die leichte Fahrlässigkeit spielt im Bereich der Arzthaftung nahezu keine Rolle. Die meisten Fälle ereignen sich mit circa 75 % im Bereich der mittleren Fahrlässigkeit und circa 25 % der Fälle im Bereich der groben Fahrlässigkeit. Es darf allerdings an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass die Einordnung in diese Stufen eine Einzelfallentscheidung ist und diese gerne auch nach Günstigkeitskriterien vorgenommen wird. Öffentliche Arbeitgeber neigen zum Beispiel im Dialog mit den Regressrisikoversicherern der angestellten Ärzte gerne dazu, eher grobe Fahrlässigkeit anzunehmen, da entsprechend der oben dargestellten Grundsätze des innerbe-

trieblichen Schadensausgleichs die Versicherung des Arztes den Schaden zum Teil zu tragen hätte.

Nachdem wir nun die rein arbeitsrechtliche Situation beleuchtet haben, ist die Frage zu stellen, wie sich diese auswirkt.

Klinik / Institution ist nicht versichert

Wie oben aufgezeigt, besteht keine Versicherungspflicht für Kliniken und Institutionen. Wenn kein Versicherungsvertrag besteht, greifen die oben dargestellten Grundsätze des innerbetrieblichen Schadensausgleichs voll (dies trifft z.B. auf viele Unikliniken und Landesbetriebe bundesweit zu), das heißt, der Träger – in der Regel das Land – wird die Ansprüche des Patienten prüfen und ggf. zahlen und entsprechend der Bewertung des Verschuldensgrades (grobe Fahrlässigkeit) den betroffenen Mitarbeiter in Regress nehmen. In dieser Konstellation ist für jeden Mitarbeiter auch im dienstlichen Bereich eine Versicherung des Regressrisikos erforderlich. Daneben muss der gelegentlich außerdienstliche Bereich abgedeckt werden.

Klinik / Institution ist versichert

Soweit der Träger der Einrichtung für seine Mitarbeiter einen Versicherungsvertrag für das Haftungsrisiko vorhält, sind die Mitarbeiter in dieser Police mitversicherte Personen und haben aus dem Versicherungsvertrag einen direkten Anspruch gegen den Versicherer auf Bearbeitung und Regulierung der Ansprüche. In der Regel werden durch diese Policen alle Formen der Fahrlässigkeit

abgedeckt, so dass die oben genannten Grundsätze des innerbetrieblichen Schadensausgleichs nicht zum Tragen kommen und für das dienstliche Risiko keine eigene Versicherung erforderlich ist. Eine Ausnahme hierzu bilden Chefärzte im Rahmen der Behandlung von Privatpatienten, die in der Regel nicht zu den Dienstaufgaben zählt und damit meist nicht vom Versicherungsschutz umfasst ist.

Cave: Es existieren allerdings auch einige wenige Deckungsmodelle für Kliniken, die im Versicherungsvertrag nur die Fälle bis zur mittleren Fahrlässigkeit abdecken, in diesen Fällen ist ebenfalls eine private Absicherung des Regressrisikos erforderlich.

Hinkender Versicherungsschutz

Wird ein Arzt im Rahmen eines Anstellungsvertrags für eine Praxis oder Klinik tätig und liquidiert er im Außenverhältnis nicht selbst, so ist dieser Arzt über die Police des Praxisinhabers in der Regel mitversicherte Person (die meisten Policen für Praxen beinhalten den Einschluss von bis zu zwei Assistenzärzten). Allerdings – und dies ist leider nicht selten – kommen immer wieder Fälle vor, in denen entweder der Praxisinhaber nicht, falsch oder zu falschen Bedingungen versichert ist. Dies kann sich im Schadensfall für den Mitarbeiter dramatisch auswirken. Gleiches gilt für manche kleinere Privatkliniken. Es wurden aus diesem Umfeld Fälle bekannt, in denen solche Unternehmen über mehrere Jahre hinweg keinen Versicherungsschutz unterhielten, dies den Mitarbeitern aber unbekannt war. Kommt es in einer solchen Konstellation zum Schadensfall, dann greift zwar die arbeitsrechtliche Freistellungsverpflichtung, diese nützt dem betroffenen Mediziner aber wenig, wenn der Träger oder der Praxisinhaber in Insolvenz gerät.

Der Praxisvertreter (KV-Vertreter oder Urlaubsvertreter) ist mit der so genannten persönlichen Haftung in der Regel in einer Praxispolice nicht mitversichert. Dieser benötigt für diesen Fall einen eigenen Schutz, der in der Regel auch aus der so genannten gelegentlichen außerdienstlichen Tätigkeit besteht, da

viele Anbieter dem Praxisvertreter im Rahmen dieser Police bis zu 90 Tagen im Jahr Versicherungsschutz gewähren.

Das gelegentlich außerdienstliche Risiko

Ein weiteres häufig vernachlässigtes Thema ist die Haftung außerhalb des Dienstes. Der ärztliche Beruf kennt keinen Dienstschluss und entsprechend die Haftung für das ärztliche Risiko auch nicht. Leistet der Arzt etwa an einer Unfallstelle oder in einer anderen Situation Hilfe oder behandelt er im Freundes- oder Bekanntenkreis, dann spricht man von einer gelegentlichen außerdienstlichen Tätigkeit, für die er über den Arbeitgeber nicht abgesichert ist. Soweit der Arzt in seiner Freizeit gegen Honorar etwa Notdienste ableistet, ist dies ebenfalls ein außerdienstliches Risiko, das in keinem Fall über den Arbeitgeber gedeckt ist, wenn es nicht besonders vereinbart wurde. Für diese Risiken benötigt jeder Arzt einen eigenen ärztlichen Berufshaftpflichtvertrag, auch dann, wenn er an der Klinik/Praxis für seine berufliche Tätigkeit hinreichend abgedeckt ist.

Zu beachten ist in diesem Kontext, dass das Bedingungsmerkmal des jeweiligen Versicherers immer auch die Behandlung von Angehörigen mit einschließen sollte! Es muss an dieser Stelle ergänzend noch darauf hingewiesen werden, dass weitläufig die Meinung besteht, wenigstens das Risiko der Hilfe in Unglücks- oder Notfällen sei über eine Privathaftpflicht abgedeckt. Zwar gibt es zu dieser Frage noch keine gesicherte Rechtsprechung, von den Versicherungsgesellschaften wird dies jedoch verneint, da die Privathaftpflicht auch bei Unglücks- und Notfällen immer nur entsprechend der jeweiligen Risikobeschreibung Deckung gewährt. Diese Risikobeschreibung definiert sich nach den besonderen Bedingungen für die Privathaftpflicht wie folgt: Versichert ist ... „die gesetzliche Haftpflicht des Versicherungsnehmers als Privatperson aus den Gefahren des täglichen Lebens – mit Ausnahme der Gefahren eines Betriebes, Berufes, Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes)...“. Das berufliche Risiko ist dem-

nach hier ausgenommen, denn die erhöhten Sorgfaltsmaßstäbe folgen dem professionellen Anspruch der Berufsgruppe. Im Übrigen kann ein Arzt, der Unfallhilfe leistet, diese auch dann abrechnen, wenn kein Auftrag des Patienten vorlag; dies ergibt sich aus dem Recht der Geschäftsführung ohne Auftrag und unterstreicht, dass es sich um ein professionelles Risiko handelt.

Niedergelassene Ärzte

Der niedergelassene Arzt ist zum einen selbst Vertragspartner, zum anderen im ärztlichen Bereich auch häufig der Handelnde. Ihn trifft daher meist sowohl die vertragliche, als auch die gesetzliche Haftung. Entsprechend benötigt er einen Versicherungsvertrag für einen niedergelassenen Arzt der entsprechenden Fachrichtung. Im Rahmen dieser Policen ist das Praxispersonal sowie die Beschäftigung von Assistenzärzten mit abgesichert (bei manchen Gesellschaften zahlenmäßig begrenzt). Nicht versichert ist in der Regel die persönliche gesetzliche Haftung von Praxisvertretern, welche dieses Risiko gesondert absichern müssen, wenn sie KV- oder sonstige Vertretungen machen möchten.

Nachhaftung

Das Deutsche Haftpflichtrecht beschreibt die Leistungspflicht des Versicherers zeitlich dann als gegeben, wenn sich ein Versicherungsfall im Deckungszeitraum des jeweiligen Versicherers ereignet hat. Es ist nach dieser Definition unmaßgeblich, wann die Schaden verursachende Handlung erfolgt ist oder wann ein Anspruch geltend gemacht wird, da alleine auf den Schadenseintritt abgestellt wird. In den meisten Fällen wird nun der Eintritt des Schadensfalls identisch sein mit dem Zeitpunkt der ärztlichen Fehlleistung, in manchen Fällen kann dies aber auch auseinanderfallen. Verordnet ein Arzt etwa am 28.12. ein Medikament falsch und nimmt der Patient das vielleicht tödliche Medikament erst am 13.01. des Folgejahres ein, dann fällt die Fehlleistung und der Schadenseintritt auseinander. Endet nun die Deckungsperiode zum Beispiel we-

gen Berufsaufgabe am 31.12. des Vorjahres, dann fiel der Schaden in diesem Beispiel in eine nicht gedeckte Periode.

Ein weiteres Beispiel wäre die überdosierte Einbringung von therapeutischem Nuklearmaterial. Der Schadenseintritt wäre in einem solchen Fall der Zeitpunkt in dem sich als Folge der Fehlhandlung ein krankhafter Zustand manifestiert. Dies könnte auch hier lange nach der eigentlichen Fehlbehandlung liegen. In all diesen Fällen – und diese lassen sich für nahezu alle Fachgruppen bilden – muss der Mediziner auch nach Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit mit Ansprüchen rechnen, man spricht von Nachhaftung.

Nachhaftung lässt sich mit so genannten Nachhaftungspolice abdecken, die allerdings nur dann Sinn machen, wenn keinerlei ärztliche Tätigkeit mehr ausgeübt wird. In der Regel wird die Nachhaftungspolice daher nur dort in Betracht kommen, wo die Approbation zurückgegeben wurde oder der Versicherungsnehmer verstorben ist, da die Nachhaftung sonst unter Umständen die Erben treffen kann. In allen anderen Fällen besteht auch nach Aufgabe der aktiven Tätigkeit ein Versicherungsbedarf für das „Risiko Arzt“, in Form der oben beschriebenen Versicherung der gelegentlich außerdienstlichen Tätigkeit. Bei den renommierten Anbietern deckt diese Police auch die Nachhaftung aus einer vorangegangenen umfangreicheren Tätigkeit mit ab und wäre damit der Versicherungsschutz der Wahl.

Risikoanalyse dringend erforderlich

All diese Szenarien wollen bedacht werden, weshalb es für jeden Mediziner unerlässlich ist, seinen persönlichen Bedarf an Hand seines Arbeitsvertrages und der individuellen Situation an der jeweiligen

Klink oder Praxis zu überprüfen. Da für den Arzt eine berufsrechtliche Verpflichtung besteht, den jeweiligen Versicherungsschutz zu überprüfen, besteht aus dem Arbeitsvertrag bezüglich der Versicherungsverhältnisse auch ein direkter Auskunftsanspruch, der den Umfang des Versicherungsschutzes, die Deckungssumme und die Anschrift der Gesellschaft mit umfasst.

Renommierte Arzthaftpflichtversicherer verfügen über Fachleute, die den Versicherungsbedarf abschätzen können. Generell gilt: Der Versicherungsschutz sollte preiswert aber auch allumfassend sein, das heißt, die Deckungssumme sollte heutzutage 5,0 Mio. € betragen, die Deckung sollte in der Studien- / Assistenzzeit immer weltweit, später bedarfsorientiert ausgestaltet sein.

Was tun im Schadensfall

Viele Ärzte stellen sich die Frage, was in einem Schadensfall zu tun ist und wie kann oder muss man sich gegenüber dem Patienten verhalten. In diesem Kontext ist die Regelung an sich einfach:

Nach den allgemeinen Haftpflichtbedingungen ist der Schadensfall dem Versicherer mit allen Details unverzüglich anzuzeigen und sodann dem Versicherer zur weiteren Bearbeitung im Außenverhältnis zu übergeben. Der Versicherer hat nach den Versicherungsbedingungen die Handlungsmaxime, das heißt, er bestimmt, wie die Ermittlung und Abwicklung des Falles durchgeführt wird. Soweit der Versicherungsnehmer schon im Vorfeld eigene Bemühungen unternimmt, besteht – gerade bei Stellungnahmen – häufig die Gefahr, dass diese Details enthalten, die als „Schuldenerkenntnis“ gewertet werden könnten. Solche Stellungnahmen, etwa gegenüber dem Patienten, gefährden

den Versicherungsschutz, da der Versicherungsnehmer nach den Allgemeinen Haftpflichtbedingungen grundsätzlich die Schuld auch dann nicht anerkennen darf, wenn er selbst davon überzeugt ist. Vom Schuldenerkenntnis zu unterscheiden ist die Sachstandsmitteilung an den Patienten und seine Angehörigen. Kommt es zu einer Komplikation, dann kann und muss der Arzt ggf. sogar diesen Sachverhalt und die sich daraus ergebenden Konsequenzen mit den Beteiligten besprechen, allerdings darf eine Verantwortlichkeit nicht eingestanden werden. In vielen – gerade eindeutigen – Haftungsfällen stellt dies für den Arzt eine Gratwanderung dar, die sich aber nach geltendem Recht nicht anders lösen lassen.

Ein weiterer gern gemachter Fehler ist die Beauftragung eines Anwalts mit der Abwehr der Ansprüche, ohne dies mit dem Versicherer abzustimmen. Wie bereits erwähnt, liegt die Abwehr- und Regulierungsbefugnis in den Händen des Versicherers, was dann auch zur Folge hat, dass dieser in der Regel die Bearbeitung an sich ziehen und die Kosten für die Einschaltung eines Anwalts nicht übernehmen wird. Dies gilt auch dann, wenn die Ansprüche sofort im Klagewege geltend gemacht werden, da der Versicherer in diesen Fällen ein Bestimmungsrecht hat, welche Kanzlei mit der Abwehr beauftragt wird. Diese Regularien verfolgen den Zweck, hoch spezialisierte Sachverhalte in hoch spezialisierte Hände zu geben.

Anschrift des Verfassers:

Roland Wehn
Rechtsanwalt
DBV-Winterthur Direktion München
OE 140 Heilwesen
Leopoldstraße 204, 80804 München
E-Mail:
roland-peter.wehn@dbv-winterthur.de
www.aerzte.dbv-winterthur.de



Markus Ziegler

Forscher der Systeme

Markus Ziegler kann sich außer für Medizin noch für fast alles andere interessieren. Er war schon Pförtner, Hausmeister, Materialverwalter, Abrechnungskontrolleur, Tarifverhandlungsführer und Computerspezialist. Wenn er arbeitet, analysiert der 47-Jährige zugleich das Systemgeflecht, in das die Arbeit eingebunden ist. Pförtner war bisher sein anstrengendster Job: „Aufmerksam sein, Stillsitzen und korrekte Haltung bewahren, auch wenn gerade nichts zu tun ist.“ Vor dieser Tätigkeit habe er seitdem großen Respekt. Eine Disziplinleistung, denkbar ungeeignet für einen Menschen, der gerne nach neuen Ufern aufbricht. Demnächst, so stehen die Zeichen, wird Markus Ziegler die ärztliche Leitung einer Klinik übernehmen.

Angefangen hat alles mit einem Dorfarzt aus der Nähe von Frankfurt am Main, dessen ruhige, besonnene, kompetente Art den Berufswunsch Mediziner beförderte. In der Schule fiel Markus Ziegler das Lernen leicht. Die Theater-AG bot Gelegenheit, sich vor einem großen Auditorium zu bewähren. Ziegler spielte den Richter Azdak im Kaukasischen Kreidekreis, eine Figur mit viel Verantwortung, Autorität und strategischem Denken. Strategie ist ein Wort, das Ziegler oft benutzt. Ohne geht es eben nicht, wenn man etwas werden möchte. Wobei Ziegler immer nur den nächsten Schritt plant, nicht gleich die ganze Karriere.

Seine kräftigen Hände untermalen die Worte, die, eins nach dem anderen, vermessen und abgewogen auf einer mittleren Frequenz den großen Resonanzraum verlassen. Markus Ziegler kommentiert, analysiert, kann aber auch pöin-

tiert erzählen. Den Schlussakkord setzt oft ein kurzes Lachen. Er hat sich gleich zu Anfang ein Wasser bestellt, aber das Trinken bleibt aus. Markus Ziegler mag Unterredungen und Besprechungen, Vorträge und Seminare. Er hat durchaus Botschaften, die er vermitteln möchte, zum Beispiel, dass jeder Patient einen finanziellen Eigenbeitrag leisten sollte, um zu begreifen, was Gesundwerden kostet. Das Ökonomische werde noch viel stärker ins Medizinische eindringen, glaubt Ziegler. Wer sich darauf nicht einstellen mag, werde es kaum noch bis in Leitungsfunktionen schaffen. Acht Jahre lang hat Markus Ziegler während des Medizinstudiums bei einer Bank gearbeitet. Er kontrollierte Kontoauszüge, zählte Bargeld, arbeitete in der Materialausgabe, am Schalter und in der Rechtsabteilung. Kein lästiger Broterwerb, so Ziegler, sondern wertvolle Erfahrung, wie gut oder schlecht Organisationen funktionieren, in denen Menschen miteinander arbeiten. Nach jedem Einsatz berichtete er seinen Vorgesetzten, was ihm aufgefallen war und wie man Abläufe vielleicht verbessern könnte. Nach dem Studium bot ihm sein Chef eine Festanstellung an. Ziegler freute sich über die Wertschätzung und lehnte ab.

Das Medizinstudium an der FU hat Markus Ziegler unter anderem als Selektionsmaschine in Erinnerung. Er bestand und lernte wieder etwas über Systeme und ihre Wirkung auf die Teilnehmer. In diesem Fall ein negatives Beispiel. 1985 machte er sein Staatsexamen, arbeitete noch zwei Jahre bei der Bank und bekam 1987 eine Stelle in der Chirurgie des Krankenhauses Waldfriede. Eigentlich liebäugelte er eher mit der Anästhesie, aber dort wurde keine Stelle frei. Zwei Jahre später wechselte er an die Uniklinik Bonn. Ein Freund, der dort Ordinarius wurde, hatte ihm eine Stelle als Wissenschaftlicher Mitarbeiter angeboten. Wieder eine Chance, die seinen Weg kreuzte. Markus Ziegler ist einer, der Chancen ergreift, auch wenn sie erstmal auf Umwege führen. „Auf Kutschen aufspringen“, sagt er dazu. Er kenne viele Kollegen, die ein bestimmtes Karriereziel vor Augen hätten, ohne sich dafür die richtige berufliche Vita zu erarbeiten. Ziegler macht es anders: Er analysiert seinen bisherigen Weg, um daraus abzuleiten, wie es weitergehen könnte. Dass er in die medizinische Informatik gehen würde, hat er nie geplant. Indirekt führte ihn diese Tätigkeit weit hinein ins Management einer Klinik und in den Umgang mit Personal. Später überredete ihn sein Chef zur Mitarbeit an einer umfassenden Strukturanalyse der Bonner Hochschulmedizin für den Wissenschaftsrat. Ziegler bekommt überall Zutritt, darf sensible Fragen stellen und sogar Antworten darauf erwarten. Wo werden sinnlos Ressourcen gebunkert? Wer verdient wie viel? Wo gibt es Engpässe oder eine Überversorgung? Beliebt macht man sich nicht überall mit solchen Fragen, aber „im Nachhinein war das sehr erhellend“.

Ziegler habilitiert über nichts Geringeres als „Qualität im Gesundheitswesen“. Wieder so eine pragmatisch-strategische Entscheidung auf Grund einer realistischen Analyse. 2003 wird er Referent des Ärztlichen Direktors im Unfallkrankenhaus Marzahn. Zwei Jahre später kündigt er. Der Grund: Wer in die erste Reihe will, darf nicht zulange in der zweiten verharren. Mehr will er nicht verraten.

Thomas Loy

In dieser Rubrik porträtieren wir in loser Folge Ärzte aus Berlin. Dabei wollen wir Kollegen vorstellen, die uns durch ein besonderes ärztliches Engagement oder durch eine ungewöhnliche Vita aufgefallen sind. Über Vorschläge unserer Leser freuen wir uns sehr. **Redaktions-Tel. 40 80 6-1600**

Schwieriger Spagat zwischen Wissenschaft und Praxis

Evidenzbasierte Medizin? Nichts für die tägliche Praxis, sagen manche Ärzte und heben abwehrend die Hände. EbM hat in der Tat Grenzen, wie auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) deutlich gesagt wurde. Trotzdem sollte sie nach Möglichkeit Grundlage ärztlichen Handelns sein – damit man weiß, was man tut.

Stellen Sie sich eine fast 80-jährige multimorbide Patientin vor, die Sie nach streng evidenzbasierten Leitlinien und zudem möglichst sparsam behandeln wollen. Das medikamentöse Therapie-regime sieht dann so aus: Hydrochlorothiazid und Lisinopril gegen ihre Hypertonie, Glibenclamid, Metformin, ASS und Atorvastatin gegen den Diabetes, Naproxen mit Omeprazol gegen die Arthrose-schmerzen, Alendronat, Kalzium und Vitamin D wegen ihrer Osteoporose sowie Ipratropium und Salbutamol wegen COPD.

Wahnsinn, meinen Sie? Da hätten auch die größten EbM-Fans Verständnis. 13 Medikamente zu verschiedenen Zeiten einnehmen, manche auch noch mehrmals am Tag, das kann bei der alten Dame nie klappen. Und selbst wenn: dann gibt es, ganz abgesehen von den Nebenwirkungen der einzelnen Mittel (z.B. Ulcera) jede Menge Interaktionen. Hydrochlorothiazid kann die Wirksamkeit der Sulfonylharnstoffe reduzieren, Metformin die Resorption jedes anderen Arzneimittels stören und so weiter und so fort.

Leitlinien versagen bei Multimorbiden

Das Fallbeispiel (ausführlich nachzulesen in einem Artikel von Cynthia Boyd et al, „Clinical Practice Guidelines“, in JAMA 2005, 294: 714-724) ist zwar konstruiert, aber durchaus lebensnah. Fünf chronische Leiden im Alter sind ja nichts Ungewöhnliches. Deshalb zitierte Hanna Kaduszkiewicz vom Hamburger Universitäts-Institut für Allgemeinmedizin diese Geschichte auf dem (unter dem Motto „Evidenz und Praxisrealität“ stehenden) letzten

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in Potsdam. In ihrer Key Lecture ging es aber um das Spannungsfeld zwischen *mangelnder* Evidenz und täglichem Handeln. Wieso dann dieses Fallbeispiel? Hier wurde doch davon ausgegangen, dass es an wissenschaftlichen Belegen für die Behandlung aller fünf Krankheiten der hypothetischen Patientin keineswegs mangelt und dass es sogar evidenzbasierte Leitlinien gibt.

Aber von Anfang an: Der Arzt muss handeln, auch dann, wenn nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass sein Handeln dem Patienten nützt. Was tut man, wenn die behauptete Wirksamkeit einer gängigen Methode oder eines zugelassenen Mittels nicht erwiesen ist? Diesen Nachweismangel hat Hanna Kaduszkiewicz mit ihrer Hamburger Arbeitsgruppe für die Cholinesterasehemmer zur Behandlung der Alzheimer-Demenz nachgewiesen. Und nun die Praxisrealität: Die „strenge“ Lösung, die nach ihrer Ansicht künftig an Bedeutung gewinnt, hieße, Cholinesterasehemmer nicht zu verordnen, solange der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis nicht hieb- und stichfest ist. Die pragmatische Lösung, die man zum Beispiel in England (Manchester), Belgien oder Australien wählt, sieht so aus: Wer die Substanzen partout verordnen will, kann dies tun, aber nur versuchsweise und unter strikt eingehaltenen Bedingungen. So muss der Arzt beispielsweise die Anwendung systematisch und nachvollziehbar beobachten und das Mittel bei ausbleibender Wirkung absetzen.

Dies war ein Beispiel der Referentin für mangelnde Evidenz nach Szenario 1: Es

gibt randomisierte kontrollierte Studien mit positivem Ergebnis für die Intervention (also wissenschaftlicher Goldstandard); aber sie sind bei kritischer Bewertung fehlerhaft, etwa wegen unzureichender Verblindung oder hoher Dropout-Rate.

Im Szenario 2 kommen ebenso anspruchsvoll angelegte Studien zu einem negativen Ergebnis, aber auch hier sind, nehmen wir an, methodische Zweifel unabweisbar. In beiden Fällen ist also weder die Wirksamkeit noch die Unwirksamkeit der Intervention nachgewiesen. Szenario 3 kennen wir schon: Die Studien sind einwandfrei, die auf ihnen fußenden Leitlinien auch, aber sie lassen sich auf bestimmte Patienten nicht anwenden, etwa auf die alte Dame mit den fünf chronischen Krankheiten. „Für multimorbide Patienten fehlen uns praktikable Leitlinien“, sagte Hanna Kaduszkiewicz. Es bleibt: Die ärztliche Kunst, wie auch sonst beim täglichen Handeln. Das heißt keinesfalls, dass die Hamburger Allgemeinärztin die evidenzbasierte Medizin über Bord werfen will, ganz im Gegenteil. Sie bedauert, dass EbM in dem Knäuel sich überlappenden Faktoren, die ärztliches Handeln bestimmen, noch immer eine zu geringe Rolle spielt.

Was bestimmt ärztliches Handeln?

Welche Faktoren das tägliche Handeln des Arztes beeinflussen, wurde schon in Studien untersucht; zum Beispiel die Arzt-Patient-Beziehung, auch in negativer Hinsicht (man will den Patienten nicht verlieren und verordnet bei einem Virusinfekt ein Antibiotikum in der – falschen – Annahme, der Patient erwarte das). Eine Rolle spielen auch der Handlungsdruck, Gefühle, persönliche und professionelle Erfahrungen, kollegialer Austausch, Zeit- und Budgetgrenzen, Arztpersönlichkeit und die Wirksamkeitsvermutung. („Die hängt nicht nur vom Wissen, sondern auch von Werbung und Vertreterbesuchen ab.“) Dieses komplexe Modell ärztlichen Handelns kontrastiert zum stark vereinfachten und deshalb oft kritisierten Modell der EbM mit seinen nur drei zusammenwir-

kenden Faktoren: der besten externen wissenschaftlichen Evidenz, der besten klinischen Expertise und den Präferenzen des Patienten.

Was ist zu tun?

Das Fazit der Hamburger Hochschul-Allgemeinmedizinerin für den ärztlichen Alltag: Die evidenzbasierte Medizin sollte trotz ihrer Grenzen Grundlage des täglichen Handelns sein, denn sie versucht, es zu systematisieren und auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen. Wo es keine Evidenz gibt, bleiben die anderen beiden Säulen der EbM: die Klinische Expertise und die individuellen Bedürfnisse des Patienten. Und: Man sollte immer wieder hinterfragen, was man tut, im Kollegenkreis, bei der Fortbildung, in Qualitätszirkeln, und dabei möglichst alles ausschalten, was diese ständige Reflexion stört (z.B. Pharmavertreter). Wichtig sind Therapiekontrollen. Standards für dieses Monitoring gibt es noch nicht, man kann seine Behandlungsergebnisse aber auch selbst systematisch überprüfen. Noch ein paar abschließende Ratschläge von Hanna Kaduszkiewicz: So wenig eingreifende Therapien wie irgend möglich – und Vorsicht mit neuen, noch nicht bewährten Mitteln und Methoden! Ad usum proprium sind Ärzte viel zurückhaltender als bei ihren Patienten. Man sollte sich immer fragen: Würde ich das mit mir selber machen lassen?

Leitlinien der Allgemeinärzte

Beispiel akuter Husten: Dagegen verordnen Ärzte in der Hälfte der Fälle Antibiotika – wider besseres Wissen, denn mehr als 90 Prozent der oberen Luftwegsinfekte sind ja viral bedingt. Eine auf der DEGAM-Tagung vorgestellte Interventionsstudie mit dem Ziel, die Ärzte zu vernünftigerem Verhalten zu motivieren, hatte recht mäßigen Erfolg: Vorher verordneten die Hausärzte 46,2 Prozent der Hustenden ein Antibiotikum, nach intensiven Gesprächen mit geschulten Kollegen immer noch 39,2 Prozent, während die Verschreibungen in der Kontrollgruppe auf 51,7 Prozent der Hustenpatienten

stiegen. Ein relativ geringer Nutzen des sehr aufwändigen Versuchs, die Ärzte zu beeinflussen, sagte DEGAM-Präsident Michael Kochen. Für viel wirksamer hält er es, die Patienten aufzuklären, zum Beispiel mit Hilfe der Medien.

Dies versuchen die Allgemeinmediziner auch mit patientengerechten Kurzfassungen ihrer Leitlinien. Denn die Überversorgung mit Antibiotika schadet wegen der Nebenwirkungen den Patienten und wegen der Resistenzentwicklung auch der Allgemeinheit, ganz abgesehen von den Kosten. Ein verantwortungsbewusster Umgang mit Antibiotika ist das Hauptziel von gleich vier DEGAM-Leitlinien: Ohrenschmerz (bereits verfügbar, vorgestellt auf dem DEGAM-Kongress), Halsschmerzen, Rhinosinusitis und – ja – akuter Husten. Diese Leitlinie wird seit über drei Jahren erarbeitet, und zwar im Institut für Allgemeine Medizin der Charité, Campus Mitte.

Die hausärztlichen Leitlinien der DEGAM, gehören zu den etwa zwei Dutzend von circa tausend, die konsequent evidenzbasiert sind. Zu jeder Aussage ist sogar der Evidenzgrad angegeben. Zugleich sind sie sehr praxisnahe Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten. Ebenso wie für ihr Fehlerfahndungssystem fanden die Allgemeinärzte dafür hohe Anerkennung und erhielten schon zwei Preise, den Deutschen Gesundheitspreis für das Konzept ihrer Leitlinien und den Preis der deutschen Cochrane Collaboration für den Entwurf der (zu dieser Zeit noch nicht fertiggestellten) Leitlinie „Harninkontinenz“. Und dies, obgleich bisher erst sieben Leitlinien veröffentlicht wurden: Brennen beim Wasserlassen, Müdigkeit, Kreuzschmerz, Ältere Sturzpatienten, Harninkontinenz, Pflegende Angehörige, Ohrenschmerz. Ein weiteres Dutzend wird vorbereitet, darunter Schwindel.

Ausgewählt werden häufige Beratungs- und Behandlungsanlässe, die viele Probleme bieten. Schon die Themenwahl ist Maßarbeit für die Hausarztpraxis. Die Leitlinien werden ungewöhnlich sorgfältig vorbereitet – nicht etwa nach dem verbreiteten OBST-Prinzip: „Old Boys sitting together“, auch Konsensuskonferenz genannt (unterstes Evidenzniveau).

Sie basieren auf dem jeweils letzten Stand der Wissenschaft und werden mit „Verfallsdatum“ versehen. Die Allgemeinärzte entwickeln sie in einem zehnstufigen komplizierten Verfahren und prüfen sie zum Schluss auf Praxistauglichkeit in zahlreichen Praxen. In Berlin findet gerade der Praxistest der neuen Schlaganfall-Leitlinie statt, in Münster (aber unter Berliner Regie) wird die ebenfalls schon weit gediehene Leitlinien Husten getestet, wie Vittoria Braun, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin, mitteilt.

Es handelt sich nicht um bindende Richtlinien, sondern um Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten gemeinsam. Den 50 bis 80 Seiten umfassenden Broschüren liegen Kurzinformationen und Handlungsempfehlungen für die Patienten in größerer Anzahl bei (die nachbestellt werden können), je nach Thema auch Symptom-Tagebücher oder Fragebogen für Patienten. Außerdem gehören zum Leitlinien-Set robuste Kitteltaschen-Karten mit Kurzfassungen, manchmal auch Karten mit Vorbereitungs-Anweisungen fürs Praxispersonal und weitere Materialien.

Rosemarie Stein

Die DEGAM-Leitliniensets kosten um die 18 Euro und sind zu beziehen beim Verlag Omikron Publishing GmbH, Schumannstraße 17, 40237 Düsseldorf. Fax 0211/688 56 95, www.omikronverlag.de

Hinein ins Museum des Menschen!

Wenn Sie einen Ausflug nach Dresden planen, sollten Sie nicht nur an Sempergalerie und -oper, Schloss, Zwinger und die neu erstandene Frauenkirche denken. Auch das gleichfalls neu erstandene, das heißt grundsanierte Deutsche Hygiene-Museum ist ein lohnendes Ziel, und zwar für die ganze Familie, seit im Dezember für die Kleinen ein 500 Quadratmeter großer Erlebnis- und Lernbereich eröffnet wurde.

Wer das Museum erstmals nach Jahren wieder betritt, der wird es nicht wieder erkennen, architektonisch wie inhaltlich. Die DDR-Provisorien in dem schwer kriegsbeschädigten Riesenbau sind beseitigt; so wurde zum Beispiel die großzügige Eingangshalle wiederhergestellt. Und zum „Spielbein“ der großen Sonderausstellungen (die BERLINER ÄRZTE in Auswahl vorstellte) kam nun ein starkes „Standbein“: Anstelle der provisorischen Dauerausstellung, die notdürftig die alte sozialistische Gesundheitsschau ersetzt hatte, findet man eine völlig neue, begeisternd lebendige Ausstellung mit zahlreichen interaktiven Elementen. Der erhobene Zeigefinger wurde endgültig amputiert und Tabus gibt es nicht.

Aus der Gesundheitserziehungsanstalt wurde ein Museum des Menschen. Die Dauerausstellung gliedert sich nach Themenbereichen: „Leben und Sterben“, „Essen und Trinken“, „Sexualität“, „Erinnern Denken Lernen“, „Bewegung“, „Schönheit Haut Haar“ und, gleich am Anfang, „Gläserner Mensch“. Es fällt schwer, nicht in diesem ersten Raum hängen zu bleiben, zumal hier auch die wechselvoll-wankelmütige Geschichte des Museums selbstkritisch nachgezeichnet wird, das nacheinander Diener aller politischen Herren war; auch jener braunen, die hier Eugenik und Euthanasie propagierten.

Der Gläserne Mensch, zugleich Symbol-Objekt und Exportschlager des Museums, wurde 1927 in einer Dresdner Marme-

ladenfabrik „geboren“. Denn über dem heißen Dampf der duftenden großen Kessel konnte Präparator Tschackert die transparente Kunststoffhaut gut formen. Aber schon 1912 waren die berühmten „Lehrwerkstätten des Deutschen Hygiene-Museums GmbH“ gegründet worden, das erst nur im Kopf des Odol-Fabrikanten Karl August Lingner existierte. Der wollte dem Erfolg der I. Internationalen Hygiene-Ausstellung im Dresdner Sommer 1911 Dauer verleihen. Sie hatte fünfeinhalb Millionen Besucher.

Die Eröffnung des von Wilhelm Kreis in einer eigenartigen Mischung aus Bauhausstil und faschistischem Klassizismus errichteten Hauses im Jahre 1930 hat Lingner nicht mehr erlebt. Die Hauptattraktion waren die hauseigenen anatomischen Modelle, an der Spitze der Gläserne Mensch, Symbolfigur der Aufklärung und Transparenz – wie das Röntgen und die Psychoanalyse. Er stand aber auch für Lebensreform und für Wissenschaft als Ersatzreligion. In seiner der Antike entlehnten Adorantenhaltung wurde er in einer magisch beleuchteten Pseudokapelle präsentiert. 1935 entstand auch die erste Gläserne Frau, die einzige überlebende der Vor-

kriegsproduktion, heute nach langer Amerikatournee wieder in Dresden, befindet sie sich auf unserem Bild noch in den – seither privatisierten – Werkstätten, gepflegt von Herrn Krebs, der jetzt ebenfalls privatisiert. Heute steht sie ganz schlicht als prima inter pares zwischen den anderen anatomischen Modellen, die zum Teil aus den berühmten Museumswerkstätten stammen.

Hier kann man auch eine Röntgenanlage von 1925 bestaunen, die der Praktiker Dr. Böhme im sächsischen Dorfchemnitz sein



Foto: Stein

Berufsleben lang nutzte: von 1937 bis 1990, mit zweimaligem Röhrenwechsel. Hoffentlich schreiben sparwütige Politiker so etwas nicht den Ärzten vor!

Rosemarie Stein

**Deutsches Hygiene-Museum,
Lingnerplatz 1, 01069 Dresden,
Telefon 0351/48 46 670
Di bis So 10 – 18 Uhr.**

Wie viel Medizin verträgt der Mensch?

Norbert Schmacke: „G + G-Kleine Reihe“. KomPart-Verlag Bonn/ Bad Homburg 2005; 204 Seiten, brosch., 11,80 €; ISBN 3-9806621-8-7
Bestellung: www.kompart.de/shop

Einen provokativen Titel hat der Autor da gewählt – für ein aufregendes Buch, das Medizin und Gesundheitswesen so kritisch und klug durchleuchtet wie selten eins; und zwar von innen wie von außen, denn Schmacke ist Arzt (Internist) und Versorgungsforscher zugleich.

Die Medikalisierung des Lebens von der Wiege bis zur Bahre, die maßlosen Erwartungen an die Medizin und ihre Heilversprechungen stellt er in den Mittelpunkt. Er zielt ab auf eine evidenzbasierte und qualitätsbewusste, aus Fehlern systematisch lernende, eine „indizierte“ Medizin, die ihre Interventionen daran misst, ob sie die Lebenserwartung erhöhen oder die Lebensqualität nachhaltig steigern können.

Schmacke plädiert dafür, Nutzen und Nachteile aller präventiven und kurati-

ven Maßnahmen nicht nur aus der Sicht des Arztes abzuwägen, sondern auch aus der Perspektive des Patienten und mit ihm gemeinsam, denn den Paternalismus hält er für ein Auslaufmodell. Und er fordert eine Schwerpunktverlagerung: Vom Spezialisten zum Generalisten, von High Tech zur Allgemeinmedizin, zur Psychosomatik, zur Gesundheitsförderung – damit die nutzbringenden Errungenschaften der modernen Medizin auch künftig bezahlbar bleiben. – Ein sehr inhaltsreiches, unbedingt empfehlenswertes Büchlein für alle Ärzte, die sich in ihrer professionellen Haut nicht so ganz wohl fühlen und das gern ändern möchten.

R. St.

ANZEIGE

Geschichten hinter Namen

Andreas Winkelmann: Von Achilles bis Zuckerkandl. Eigennamen in der medizinischen Fachsprache. Hans Huber Verlag, Bern 2005, 289 S., 24,95 €, ISBN 3-456-84104-3.

Das Buch des Berliner Anatomen steht unter dem Vers aus Schillers „Siegessäule“: „Von des Lebens Gütern allen Ist der Ruhm das höchste doch, Wenn der Leib in Staub zerfallen, Lebt der große Name noch.“ Die Personen, nach denen die ärztliche Fachsprache Eponyme bildet, Untersuchungsverfahren, Reflexe, Morphologien, Symptomenkomplexe und Krankheiten benennt, sind es wert, im ärztlichen Sprechen und Denken durch mehr als ihre Namen lebendig zu bleiben. Winkelmanns Auswahl – bei unendlich scheinender Zahl: Der Name musste einem durchschnittlich ausgebildeten Mediziner bekannt vorkommen und lesenswerte biografische Details hergeben. Wir erfahren von etwa 350 Namensgebern wissenswerte und auch unterhaltsame Lebensdetails. Das Buch ist voller Geschichte und sorgfältig recherchierter Geschichten.

Dass der Adamsapfel als vorstehender Teil des Schildknorpels so heißt, weil dort

ein stecken gebliebener Apfel vermutet wurde, mag einigen bekannt sein. Weniger vielleicht, wie Bartolomeo Eustachios Verbindungsweg von Paukenhöhle zum Nasenrachenraum von Shakespeare schon wenige Jahrzehnte später für einen besonders hinterlistigen Weg zum Mord an Hamlets Vater dramaturgisch eingesetzt wurde. Nicht so lange her, nämlich vor knapp hundert Jahren, träumte auch der Erfinder des Hegarstifts von der Vervollkommnung des menschlichen Geschlechtes durch Verbesserung der Rasse, „reinheit“. Heute gilt mit dem kürzlich verstorbenen Molekularbiologen und Biochemiker Samuel Mitja Rapoport, dass genetische Konstanz eher in evolutionsbiologische Sackgassen führen. Er und der nach ihm und Jane Luebering benannte autoregulatorische Zyklus in Erythrocyten sind leider nicht aufgeführt, was sicher mit dem Respekt des klinischen Arztes vor der Chemie zu tun hat. Wie es sich für ein deutsches Lexikon gehört, kommt Goethe nicht nur als Erstbeschreiber des menschlichen Zwischenkieferknochens vor, der ihm zur Freude, immerhin „alle Eingeweide“ in Bewegung brachte, sondern u. a. auch als er-

folgreicher Lehrstuhl- und Heiratsvermittler: Purkinje, dem wir die Kenntnis des Erregungsleitungssystems am Herzen verdanken, wurde in Breslau weltweit erster Lehrstuhlinhaber der reinen Physiologie und lernte seine spätere Frau bei Goethe kennen. Der Beschreiber der nach ihm benannten tiefen Atmung bei diabetischer Azidose, Adolf Kussmaul, war auch für die Benennung der historischen Epoche des „Biedermeiers“ verantwortlich. Alfred Neisser, dem der „Königliche Disziplinarhof für Nichtrichtliche Beamte“ bescheinigt hatte, dass er seine Pflichten „als Arzt, Direktor einer Klinik und Professor“ verletzt hatte und ihn auch verurteilte, wurde trotzdem zum ersten ordentlichen Professor für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Viele Initialen zu den Kapiteln aus Vesalius „De humani corporis fabrica“ (1555) zeigen jeweils Kinder, die u.a. Schädel eröffnen, Gehängte vom Galgen abnehmen, Leichen transportieren sowie lebendige Schweine sezieren und lassen uns darüber nachdenken, ob Vesal seinen Tabubruch durch kindliche Unschuld abmildern wollte oder in anderen historischen Umwelten etwas heute Skandalöses nicht als solches empfunden wurde?

Udo Schagen

BERLINER  ÄRZTE

1/2006 43. 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. jour. Sascha Rudat (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 Meinungs Austausch 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: Anne Gentzsch, 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. 6 vom 01.01.2006.

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

ISSN: 0939-5784