

All inclusive

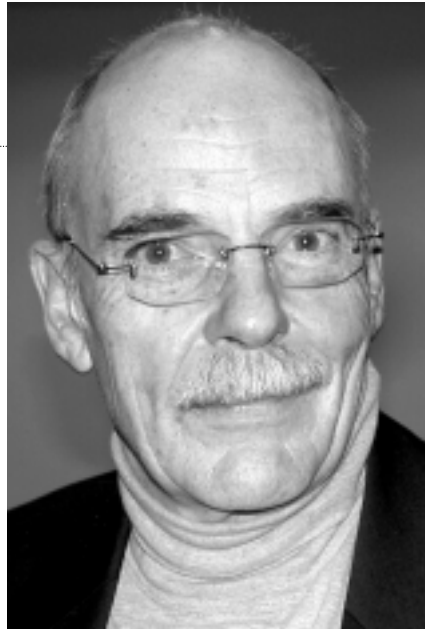


Foto: Archiv

Prof. Dr. med. Harald Mau

... ist Chefarzt der Kinderchirurgie an der Charité und Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin.

Wenn jemand heutzutage in einer beliebigen abendlichen Gesprächsrunde zur Erheiterung beitragen will, muss er nur sagen: „Ich bin Arzt geworden, um anderen zu helfen.“ Irgend-einer, der in den letzten Jahren durch Handel mit imaginären Werten zu Wohlstand gekommen ist, wird dann ganz sicher sagen: „Damit verkaufst Du Dich schlecht“. Der Versuch, der Runde (wenn sie nicht zufällig ausschließlich aus Pastoren besteht) zu erklären, dass man weder sich selbst noch seine Handlungen verkaufen will, ist meist erfolglos, denn wir leben in einer materiell orientierten Gesellschaft. Jedes Ding und jeder Mensch hat seinen Marktwert. Hoher Marktwert ist gut! Egal, ob Ware oder Leistung, wenn damit auf dem Markt ein hoher Gegenwert zu erzielen ist, bedeutet das, dass man die Regeln erkannt hat und den Markt richtig bedient. Fußballer, Operntenöre und Aufsichtsräte machen uns das vor.

Krankheiten, oder genauer gesagt, die Menschen, die an ihnen leiden, haben jetzt auch einen Marktwert: DRG! Der Preis, der sich mit der Behandlung erzielen lässt, wird durch die DRG in Euro ausgedrückt. All inclusive! So wie ein

14-Tage-Urlaub mit Flug und Vollverpflegung an die Costa Brava zum Pauschalpreis zu haben ist, kann das Krankenhaus den Apoplex oder das Colon-Carcinom zum Pauschalpreis übernehmen. Kann es? Oder muss es? Oder nimmt der Patient jetzt seinen Apoplex zum Pauschalpreis?

Wer ist eigentlich auf die Idee gekommen, Kranke pauschal zu betrachten, sei es auch nur in finanzieller Hinsicht? Ist es nur dem allgemeinen deutschen Regulierungswahn geschuldet oder sollte es gar so sein, dass mit diesem neuen Verständigungssystem einige Tausend neue Arbeitsplätze geschaffen werden und sich ein paar Leute eine goldene Nase verdienen?

Doch zurück zur abendlichen Gesprächsrunde: „Ihr verkauft doch Eure Leistungen jetzt zum Pauschalpreis. Da müsst Ihr die Kosten senken, sonst macht Ihr keinen Profit und könnt nicht investieren und fliegt vom Markt.“ „Richtig!“ denke ich, der Mann hat es verstanden. „Man muss marktwirtschaftlich denken. Schließlich bieten wir eine hoch qualifizierte Leistung an und das Produkt („Heilung“) ist gefragt. Und sowieso: Es soll mehr Wettbewerb in das System! Wenn sich die Nachfrage erhöht, kann der Preis für die Leistung erhöht werden. Es soll ja auch einen Wettbewerb unter den Krankenkassen geben. Die

werden dann automatisch den besten und preiswertesten Anbieter der Leistung aussuchen, um sich marktgerecht zu verhalten.“

Dann ist noch dieses kleine Problem, den Patienten beizubringen, sich ebenfalls marktgerecht zu verhalten. Aber da machen mir die Aussagen der derzeitigen Gesundheitspolitik Mut: Die mündigen Patienten wissen am besten, was für sie gut ist. Zur Sicherheit frage ich noch mal in die Runde: „Irgendein Problem für die Patienten in Bezug auf marktgerechtes Verhalten erkennbar?“

Ein bisschen Zögern, dann die Antwort: „Nö, eigentlich nur, wenn sie nicht privat versichert sind“.

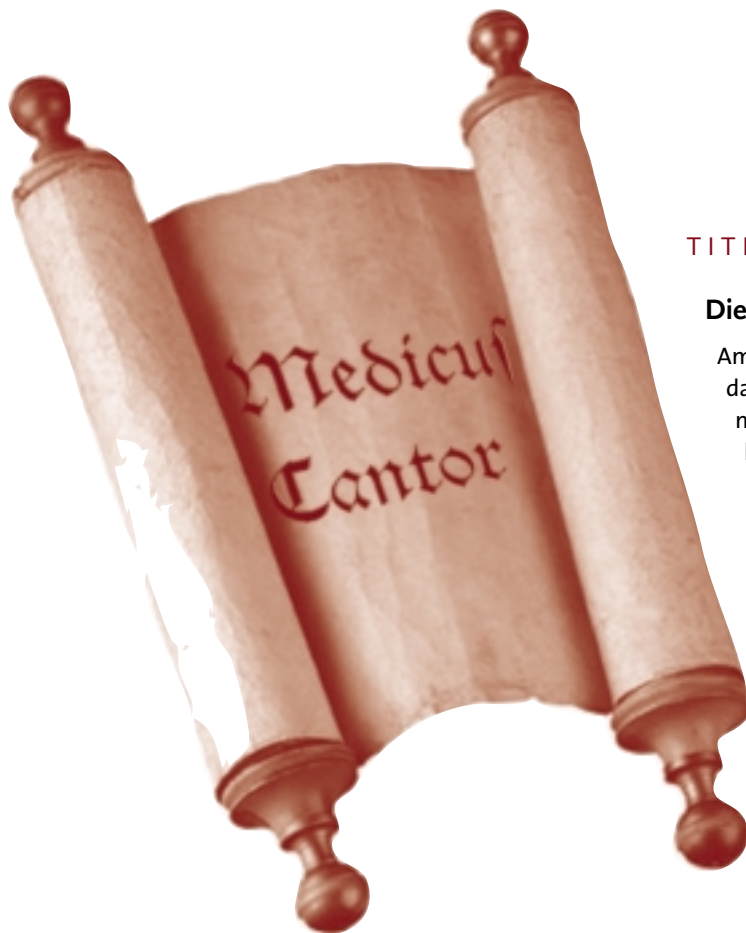
„Und Ärzte, wie sollen die sich marktgerecht verhalten und dabei die Interessen der Patienten im Auge behalten?“ Die Antwort kommt flüssig: „Da müsst Ihr Euch entscheiden, entweder ... oder! Beides geht nicht. Das ist eben das Problem, daran müsst Ihr eben arbeiten!“

Das tun wir dann auch ...



BERLINER ÄRZTE

NR 7/2004



TITELTHEMA.....

Die Charta zur ärztlichen Berufsethik

Amerikanische Ärztesellschaften haben sich darangemacht, den Eid des Hippokrates zu einer modernen handlungsleitenden Charta umzuformulieren. Hier drucken wir sie für unsere Leser ab und spiegeln sie mit Aussagen von Berliner Ärzten zum „Arztsein“ in der heutigen Zeit.

*Aus dem Englischen von Johannes Köbberling,
mit Statements von Roland Urban,
Andreas Grüneisen, Matthias David,
Sigrid Kemmerling, Hans-Herbert Wegener
und Wolfgang Kreischer.....14*

MEINUNG.....

All inclusive!

Von Harald Mau.....3

Nachrichten.....6

Mitteilungen aus dem

Tropeninstitut Berlin13

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK....

Herzlich willkommen in Berlin!

Die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind in die Hauptstadt gezogen.....21

Das Wichtigste vom Ärztetag

Muster-Berufsordnung geändert - Fortbildungs-Ordnung beschlossen – keine Neudiskussion mehr zur Internisten/Allgemeinmediziner-Frage. Hier haben wir die wichtigsten Entscheidungen des Deutschen Ärztetags für Sie komprimiert.
Von Daniel Rühmkorf.....22

PERSONALIEN.....

Nachruf auf den Kardiologen

Hans Hochrein.....26

Zum Tode von

Gerhard Karkut26

FORTBILDUNG.....

Ärzte gegen Trugschlüsse geimpft

Bericht von einer kammereigenen Fort-

bildungsveranstaltung auf dem Deutschen Ärztekongress

Von Rosemarie Stein.....12

Sicherer verordnen.....27

FEUILLETON.....

Kuschelige Ko-Therapeuten

„Tiere tun Menschen gut“, das weiß man seit langem. Sie bringen Laufmuffel auf Trab und Maulfaule ins Gespräch, senken den Blutdruck und locken die Glückshormone. Im Museum für Kommunikation gibt es jetzt eine Ausstellung über Tierkommunikation.
Von Rosemarie Stein.....28

Impressum.....34



Bilder von Mario Paublo

Kunstaussstellung in der Kammer

Im Foyer der Ärztekammer Berlin ist seit 6. Juni und noch bis zum 31. August eine Ausstellung mit Bildern des chilenischen Malers Mario Andrés Paublo zu sehen.

Der 1970 in Santiago de Chile geborene Künstler lebt seit einigen Jahren in Berlin. In seinen Bildern stellt er menschliche Körper in einer surrealistischen Umgebung dar. Warme Farben und eine sanfte Strichführung hinterlassen beim Betrachter den Eindruck, dass die ange deuteten nackten Körper in schwebender Bewegung sind. Es ginge ihm darum, eine Ver-

bindung von Sanftheit und Leidenschaft zu vermitteln, erläuterte der Künstler in seiner Ansprache zur Eröffnung der Ausstellung. Die Ausstellung ist die erste im neuen Haus der Ärztekammer Berlin. *jab*



Dieses Bild von Mario Andrés Paublo hat den 1. Preis in einem chilenischen Wettbewerb gewonnen.

Berufsrecht

Ärzte wollten Konkurrenten aus dem Mietvertrag hebeln

Niedergelassenen Ärzten ist es verboten, die Ansiedlung einer unliebsamen Konkurrenzpraxis in ihrer Nachbarschaft mit unkollegialen Mitteln zu verhindern. Zwei niedergelassene HNO-Ärzte, die das probiert hatten, handelten sich jetzt von der Ärztekammer eine Rüge mit Geldauflage ein. Die Ärzte hatten versucht, den Abschluss eines Mietvertrages einer neuen HNO-Praxis in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft aktiv zu verhindern.

Um dies zu erreichen sandte man der Eigentümergemeinschaft des Hauses, in dem sich der unliebsame Konkurrent niederlassen wollte einen ausführlichen Brief, in dem die nach ihren Schätzungen zu erwartende Belastung des Hauses durch künftigen Publikums- und Besucherverkehr dargestellt wurde. Es wurde dabei zum Teil mit recht drastischen Worten ein für Bewohner schwer erträgliches Szenario geschildert, das der Eigentümergemeinschaft im Falle der Vermietung drohe.

Zudem verpflichteten sich die Ärzte, einen erheblichen Teil der Rechtsanwalts- und Gerichts-

kosten zu tragen, sofern die Eigentümer sich zu einer Klage gegen die Vermietung entschließen würden. Die Ärzte hatten damit gegen die in der Berufsordnung festgelegten Pflicht zum kollegialen Verhalten verstoßen (§ 29 Abs. 1 BO). Danach ist es unwürdig, einen Kollegen als Mitbewerber um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen.

Das brieflich dargelegte Szenario beruhten auf reinen Vermutungen. Damit sollte lediglich Angst vor künftigen Belastungen des Hauses durch Publikumsverkehr geschürt werden, um auf diese Weise den Vermieter zur Lösung des bereits unterschriebenen Mietvertrages zu bewegen. Beide Ärzte begründeten ihr Vorgehen damit, dass die neue Praxis bereits die dritte HNO-Praxis im Umkreis von 30 Metern sei, sie fürchteten die dadurch entstehende Konkurrenz.

Trotz Verständnis für den dadurch entstehenden harten Wettbewerbsdruck bekräftigte der Kammer-Vorstand, dass das Handeln der Ärzte berufsrechtlich nicht hinnehmbar sei.

Vivantes

Privatisierung erst mal vom Tisch

Der Patient Vivantes ist aus der Intensivstation heraus. Zwar wird der Genesungsprozess noch mindestens bis zum Jahr 2008 dauern. Doch die Vivantes-Mitarbeiter müssen – so sieht es im Moment aus – in nächster Zeit weder Insolvenz noch Privatisierung fürchten. Ein Übernahmeangebot des privaten Klinikbetreibers Rhön Klinikum AG, das kurz vor der entscheidenden Aufsichtsratsitzung bei Finanzsenator Thilo Sarrazin einging, lehnte der Senat ab.

Stattdessen billigte der Vivantes-Aufsichtsrat Ende Mai ein Sanierungskonzept, das die Geschäftsführung mit Hilfe der Beraterfirma McKinsey vorgelegt hatte, mit einer Ausnahme: Das Klinikum Prenzlauer Berg wird weiterhin Patienten stationär versorgen und nicht komplett in ein

Medizinisches Versorgungszentrum umgewandelt, wie im Konzept vorgesehen. Das Land Berlin hat die Absicht, den Klinik-Riesen in Höhe von 230 Millionen Euro zu entschulden.

Der Hauptausschuss des Abgeordnetenhauses stimmte der Entschuldung inzwischen zu; allerdings verweigerte die Opposition komplett die Betei-



ligung an der Abstimmung. Einen erheblichen Beitrag zur Sanierung leisten die Beschäftigten des Konzerns, indem sie bis 2008 auf Urlaubs- und Weihnachtsgeld verzichten und Vivantes damit allein in diesem Jahr 34 Millionen Euro Ausgaben ersparen. Bis 2008

will Vivantes wieder Gewinne einfahren. Dabei kann das Unternehmen nicht auf die Streichung von rund 1700 Vollzeitstellen verzichten, hat jedoch den Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen bis 2010 zugesagt und setzt weiterhin auf „natürliche Fluktuation“.

Der Marburger Bund (MB) Berlin hat dieses Konzept scharf kritisiert. „Die Ärzte sind in diesem Prozess schlechter gestellt als andere Beschäftigte, weil

sie mit ihren befristeten Stellen wesentlich stärker von den Kürzungen betroffen sind“, sagte Berlins Ärztekammerpräsident Dr. Günther Jonitz, der auch im MB-Vorstand sitzt. Zwiespältig stellt sich die Situation für die Vivantes-Ärztin Dr. Eva Müller-Dannecker dar,



die als gewählte Arbeitnehmervertreterin im Aufsichtsrat des Unternehmens sitzt: „Ich trage die grundsätzliche Entscheidung des Betriebsrats zum Lohnverzicht zugunsten der Arbeitsplatzsicherung mit. Als Ärztin meine ich aber, ver.di muss sich in Zusammenarbeit mit dem MB bald um einen gerechten Krankenhaustarif kümmern“, so Müller-Dannecker, die auch Delegierte im Berliner Kammer-Parlament ist.

Ihre Diagnose zur Lage des Unternehmens nach dem Aufsichtsratsbeschluss: „diffizil aber nicht hoffnungslos“. *ami*

Die neue Gehaltstariftabelle für vollbeschäftigte Arzthelferinnen ab 1. 07. 2004

Berufsjahr	Tätigkeitsgruppe I	Tätigkeitsgruppe II	Tätigkeitsgruppe III	Tätigkeitsgruppe IV
1. – 3.	1.322,14 €	-	-	-
4. – 6.	1.443,57 €	1.516,12 €	-	-
7. – 10.	1.565,02 €	1.643,87 €	1.722,19 €	1.878,33 €
11. – 16.	1.655,96 €	1.739,01 €	1.821,56 €	1.987,14 €
17. – 22.	1.762,67 €	1.852,04 €	1.939,84 €	2.115,41 €
ab dem 23.	1.869,39 €	1.962,96 €	2.056,01 €	2.242,63 €

Neue Bundesländer *

Berufsjahr	Tätigkeitsgruppe I	Tätigkeitsgruppe II	Tätigkeitsgruppe III	Tätigkeitsgruppe IV
1. – 3.	1.127,12 €	-	-	-
4. – 6.	1.230,64 €	1.292,49 €	-	-
7. – 10.	1.334,18 €	1.401,40 €	1.468,17 €	1.601,28 €
11. – 16.	1.411,71 €	1.482,51 €	1.552,88 €	1.694,04 €
17. – 22.	1.502,68 €	1.578,86 €	1.653,71 €	1.803,39 €
ab dem 23.	1.593,65 €	1.673,42 €	1.752,75 €	1.911,84 €

* 85,25 % der Gehälter in den westlichen Bundesländern.

(1) die Ausbildungsvergütung beträgt		(2) und in den neuen Bundesländern	
im 1. Jahr monatlich	480,26 €	im 1. Jahr monatlich	392,24 €
im 2. Jahr monatlich	521,56 €	im 2. Jahr monatlich	454,44 €
im 3. Jahr monatlich	565,46 €	im 3. Jahr monatlich	498,33 €

Neue Azubis

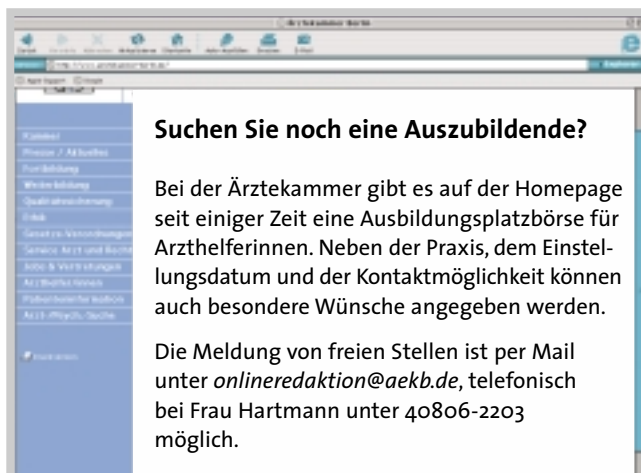
Einstellungstermine für Auszubildende zur Arzthelferin

Die Neueinstellung von Auszubildenden zur Arzthelferin sollte in diesem Herbst zum 1.8. oder 15.8.2004 erfolgen, da die Sommerferien in Berlin und Brandenburg früher enden. Auszubildende, die nach dem 15. September 2004 eingestellt werden, werden ihre

Abschlussprüfung nicht im Juni 2007 absolvieren können, da dann die vom Berufsbildungsgesetz vorgeschriebene Ausbildungszeit zur Prüfungsanmeldung nicht erreicht wird. Darüber hinaus gilt, dass bei Einstellungen, die nicht zu Halbjahresbeginn erfolgen, die

Berücksichtigung von Praxiswünschen für die Schultage schwieriger ist. Hierfür ist es am günstigsten, eine Einstellung so früh wie möglich – so

zum Beispiel jetzt für Anfang August – durchzuführen und dann bereits die Anmeldung an der Berufsschule zu veranlassen.



Suchen Sie noch eine Auszubildende?

Bei der Ärztekammer gibt es auf der Homepage seit einiger Zeit eine Ausbildungsplatzbörse für Arzthelferinnen. Neben der Praxis, dem Einstellungsdatum und der Kontaktmöglichkeit können auch besondere Wünsche angegeben werden.

Die Meldung von freien Stellen ist per Mail unter onlineredaktion@aekb.de, telefonisch bei Frau Hartmann unter 40806-2203 möglich.

Neustart

Wiedereingliederungskurs für Ärztinnen und Ärzte nach der Familienpause geplant

Nach längerer Unterbrechung möchte die Kaiserin-Friedrich-Stiftung ihre Wiedereingliederungskurse für Ärztinnen und Ärzte nach der Familienpause wieder aufleben lassen. Sie wenden sich bevorzugt an Angehörige der Ärztekammern Berlin und Brandenburg.

Um realistisch planen zu können, möchte die Kaiserin-Friedrich-Stiftung herausfinden, wie groß der Bedarf von Ärztinnen und Ärzten nach längerem berufsfreiem Intervall an einem solchen Kurs ist. Interessentinnen/en werden gebeten, sich mit dem Sekretariat der Stiftung zur Beantwortung der unten aufgeführten Fragen in Verbindung setzen (E-mail: kfs@kaiserin-friedrich-stiftung.de) und dabei eine – zunächst noch unverbindliche – Vormerkung vornehmen zu lassen.

Fragen:

- Gewünschte Kursdauer: 1 oder 2 Wochen?
- Vermittlung von Hospitationsplätzen im Anschluss an den Kurs angestrebt?
- Kleinkindbetreuung erforderlich?
- Zur Themengestaltung:
 - Beschränkung auf Auffrischung medizinischer Kenntnisse?
 - Behandlung wirtschaftlicher und kassenrechtlicher Fragen?

Die Veranstaltung ist etwa in folgendem Rahmen angedacht:

Termin: im Januar 2005

Mindestteilnehmerzahl: 30

Teilnahmegebühr: ca. 550 € pro Woche

Ort: Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin-Mitte

Prof. Dr. med. Jürgen Hammerstein

Geschäftsführer der Kaiserin Friedrich Stiftung

40-Stunden-Curriculum

Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ startet im Herbst 2004

Die Erstellung von medizinischen Gutachten gehört zur ärztlichen Berufsausübung. Beauftragt werden Gutachter von privaten und gesetzlichen Versicherungsträgern und von Gerichten. Bereits im Rahmen ihrer Weiterbildung müssen Ärztinnen und Ärzte Gutachten anfertigen.

Ab Oktober 2004 bietet die Ärztekammer Berlin das Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ an. Es basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer und wendet sich insbesondere an Kolleginnen und Kollegen in der Facharztweiterbildung, aber auch an andere Interessierte aus Klinik und Praxis. Der Kurs vermittelt allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und klärt über Anforderungen an Gutachten im Hinblick auf spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger auf.

Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung behandelt.

Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung.

Die Fortbildungsinhalte werden in vier Modulen vermittelt, die in etwa vier- bis achtwöchigem Abstand jeweils Freitag Nachmittag und Samstag Vormittag stattfinden. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, die Ergebnisse werden im Plenum zusammengefasst.

Für die Teilnahme sind 40 Fortbildungspunkte auf das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

Termine, Teilnehmergebühren und Anmeldemodalitäten standen zum Redaktionsschluss noch nicht fest, Sie finden sie jedoch zum Erscheinen dieses Heftes auf der Homepage der Ärztekammer Berlin (www.aerztekammer-berlin.de) im Kapitel „Fortbildung“, „Veranstaltungskalender“.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an folgende E-Mail: begutachtung2004@aekb.de



Menschenrechte

Ärzte dürfen sich nicht benutzen lassen

Der Ausschuss für Menschenrechtsfragen wurde im vergangenen Jahr von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin neu berufen.

Sybilie Golkowski sprach mit der Vorsitzenden des Gremiums, Dr. med. Gertrud Gumlich.

Frau Dr. Gumlich, die sieben Mitglieder des Ausschusses für Menschenrechtsfragen engagieren sich weit über den üblichen ärztlichen Tellerrand hinaus. Was treibt Sie an?

Wir finden, Ärzte haben durch den Einblick ihres Berufes eine besondere soziale Verantwortung. Davon sind wir überzeugt, das verbindet uns. Einige von uns arbeiten schon viele Jahre in der Menschenrechtsarbeit, mehrere von uns sind langjährige IPPNW-Mitglieder.

Wie finden Sie neben Ihrem Beruf noch Kraft und Zeit für die Beschäftigung mit ja zum Teil nicht sehr angenehmen Themen.

Einige in unserem Ausschuss sind mittlerweile nicht mehr aktiv berufstätig, das erleichtert die Sache natürlich. Zudem sind wir eine Gruppe und können Aufgaben unter uns aufteilen. Das ist ein Riesenvorteil gegenüber der früheren Situation. Einzelne Menschenrechtsbeauftragte können das Pensum in der Tat neben dem Beruf kaum bewältigen. Das ist einfach zu viel.

Womit hat sich der Ausschuss in der letzten Zeit beschäftigt?

Wir haben im Dezember zum Tag der Menschenrechte Unterrichtseinheiten in Berliner Schulen gestaltet. In zwei Ber-

liner Gymnasien haben wir eine Unterrichtsstunde angeboten, in der wir den Schülern den Dokumentarfilm „Das Milgram-Experiment“ gezeigt und mit ihnen diskutiert haben.

...den Dokumentarfilm über ein psychologisches Experiment der Yale-Universität von 1963. Dabei wurden Probanden in ein gestelltes, für sie aber echt wirkendes wissenschaftliches Setting geholt. Sie wurden von einem „Studienleiter“ im weißen Kittel dazu angehalten, einem „Schüler“ in einem anderen Raum per Drehschalter „Stromstöße“ zu versetzen, wenn dieser von ihnen gestellte Fragen nicht korrekt beantwortet. Zwei Drittel der Probanden machten dieses Setting bis in für den „Probanden“ lebensbedrohliche Dimensionen mit, weil der „Wissenschaftler“ sie unter Druck setzte, als sie abbrechen wollten.

Ja. Dieses durchaus umstrittene Experiment ist sehr bekannt geworden. Es untersuchte die Bereitschaft ganz normaler Menschen, sich einer Autorität zu beugen und offensichtlich „unmenschliche“ Anordnungen zu befolgen. Für uns war interessant, wie aufgeschlossen und motiviert die Schüler im Anschluss an den Film mit uns Ärzten diskutierten.

In welche Richtung ging die Diskussion?

Wir sprachen über die Ehrfurcht der Menschen vor Au-

toritäten. Und darüber, dass man sich wehren muss, auch wenn es für einen selbst sehr unangenehm werden kann. Wichtig war uns auch zu zeigen, dass es gerade für Ärzte wichtig ist, Grenzen zu ziehen, wenn sie benutzt werden. Eine effiziente Folter funktioniert nicht ohne medizinische Kenntnisse, wie wir wissen. Überall auf der Welt gibt es leider Kollegen, die sich mit ihrem Sachverstand von Regimen benutzen lassen.

Woran arbeitet der Ausschuss noch?

Wir sind gerade dabei, die Weiterverbreitung einer von Medizinstudenten erstellten Ausstellung zur medizinischen Versorgung von „Illegalen“, also von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, zu unterstützen. Zudem hatten wir ein

bundesweites Treffen der Menschenrechtsbeauftragten aller Landesärztekammern. Großes Thema war hier der Missbrauch von Ärzten im Rahmen der Abschiebung. Die Haltung ist bundesweit einheitlich, da sind wir in Berlin nicht allein. Wir verurteilen es, dass Ärzte Menschen, die abgeschoben werden sollen quasi „gesund schreiben“ müssen, indem sie ihnen Reisefähigkeit attestieren; wohl wissend, dass diese Leute in ihren Heimatländern medizinisch kaum zu verantwortenden Umständen ausgesetzt sind.

Frau Dr. Gumlich, können sich interessierte Ärzte in die Ausschussarbeit einklinken?

Da unser Ausschuss von der DV berufen wurde, geht das nicht. Aber wir sind sehr an einem engen Austausch mit anderen Gruppen interessiert, die auch auf diesem Gebiet arbeiten. Insbesondere Anfragen und Anregungen von Kollegen sind uns sehr willkommen. Wir laden sie dann ein und schauen, was wir in diesem Fall tun können.

Danke Frau Dr. Gumlich für dieses Gespräch!

Kontakt zum Ausschuss Menschenrechte in der Ärztekammer Berlin über: Ärztekammer Berlin, Ausschuss für Menschenrechte, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, E-mail: p.scholz@aerztekammer-berlin.de

Mitglieder des Ausschusses für Menschenrechte sind:

Dr. med. Gertrud Gumlich
Elfriede Kruttsch
Dr. med. Henry Stahl
Dr. med. Jürgen Hölzinger
Dr. med. Jutta Pliefke und
Dr. med. Kurt Samuel

Infos zur AiP-Abschaffung



Schauen Sie auf unsere Homepage!

Rund um die AiP-Abschaffung gibt es viele Fragen, die teilweise noch vom Gesetzgeber präzisiert oder arbeitsrechtlich abgeklärt werden müssen.

Die Ärztekammer Berlin bemüht sich, auf ihrer Homepage jeweils den aktuell erhältlichen Stand der Dinge zu veröffentlichen:

www.aerztekammer-berlin.de/10_Aktuelles/15_meldungen/215AiP/index.html

Wir stellen dort auch alle an uns gerichteten Fragen mit den dazugehörigen Antworten ein – sofern es sie schon gibt.

Gutachterliste

Wer Gutachten verschleppt, wird aus der Liste gestrichen

Ärzte, die von der Kammer gerügt wurden, weil sie die Bearbeitungszeit für Gutachten und Befundberichte mehrfach und erheblich überschritten haben, werden künftig nicht weiter in der kammereigenen Gutachterliste geführt. Auch Neuaufnahmen können unter diesen Umständen nicht erfolgen, selbst wenn die Ärzte ansonsten die üblichen Aufnahmekriterien für die Gutachterliste erfüllen.

So entschied jetzt der Vorstand der Ärztekammer Berlin, da dauerndes Verzögern bei der Gutachtenerstellung die Reputation ärztlicher Gutachter in der Öffentlichkeit schädigt. Ein Antrag auf Wiederaufnahme in die Liste kann erst dann gestellt werden, wenn innerhalb von drei Jahren nach der Rüge keine weiteren Verstöße gegen § 25 der

Berufsordnung bekannt werden. Hintergrund: Die Ärztekammer Berlin führt eine Gutachterliste, auf die weitreichend von Patienten, Gerichten, Anwälten und Versicherungen zurückgegriffen wird. Aufgenommen werden Klinikärzte, die eine mindestens zweijährige Weiterbildungsbefugnis besitzen und niedergelassene Ärzte, die über die weitest mögliche Befugnis für ihre spezifische Praxis verfügen.

Daneben können Ärzte aufgenommen werden, die von dritter Seite vorgeschlagen wurden oder die selbst einen Antrag stellen, wenn dies der für diese Bezeichnung zuständige Weiterbildungsausschuss befürwortet. Ärzte, die länger als 5 Jahre nicht mehr berufstätig sind, werden nicht weiter in der Liste geführt.

Psychisch Kranke

Klinikliste ist online

Die Liste der zur Aufnahme von psychisch Kranken verpflichteten Krankenhäuser in Berlin wurde kürzlich aktualisiert.

Zu finden ist sie auf der Homepage der Senatsgesundheitsverwaltung unter:

www.berlin.de/sengessozv/psych/runds.html



Ärzte gegen Trugschlüsse geimpft

„Ich werde Ihnen jetzt einen verseuchten Vortrag halten.“ Was meint der Mann? Bestimmt nicht eines jener Referate, die für Kenner zehn Meilen gegen den Wind nach Marketing riechen, während gutgläubige Fortbildungsbeflissene erst am Ende der Vortragsfolge erfahren, welcher Sponsor da sein Sprachrohr fand. Nein – hier ging's im Gegenteil darum, die ärztliche Abwehrkraft gegen dergleichen zu stärken.

Pausenlos werden Ärzte ja mit stinkseriös daherkommenden Hinweisen auf Studien traktiert, die den ultimativen Wirksamkeitsnachweis für das Präparat Phantasin oder das Verfahren Somasanation erbracht hätten. „Trugschlüsse bei der Interpretation klinischer Studien sind ansteckend wie Viruskrankheiten. Die kriegen auch Immunologen, und jeder bestätigt den anderen“, sagte Karl Wegscheider, Statistikprofessor in Hamburg, bei einer der fünf Veranstaltungen der

Ärzttekammer Berlin im Rahmen des diesjährigen Deutschen Ärztekongresses. „Man muss geimpft sein, das heißt, den Trugschluss in abgeschwächter Form durchgemacht haben. Ich exponiere Sie jetzt.“

Selten dürfte eine präventive Maßnahme soviel Spaß gemacht haben wie die. Das war kein einschläfernder Frontalunterricht (die wirkungsloseste Form der Fortbildung), sondern so etwas wie ein Krimi, in dem die Teilnehmer grüppchenweise nach den Fehlern fiktiver und echter Studien fahndeten. Ein besonders hanebüchener Trugschluss ergab sich aus einer Studie mit Infarktpatienten zum Vergleich zweier Thrombolytika: Nichtrauchen gefährdet die Gesundheit und führt zu frühem Tod. „Nicht alle Daten einer randomisierten Studie sind gleichfalls durch Randomisierung geadelt“, warnte Wegscheider. Die Ex-Raucher waren älter als die Raucher, und Alter ist nun einmal der Haupt-

Risikofaktor fürs Dahinscheiden. Wer einschlägige Bücher zum Beispiel von Skrabanek und McCormick, von Beck-Bornholdt und Dubben oder von Gigerenzer (s. BERLINER ÄRZTE 6/03, Seite 17) kennt, der weiß, wie überraschend witzig und unterhaltsam Biostatistik sein kann. Man wird nicht nur kritischer, man nimmt auch inhaltlich einiges sofort Anwendbare mit; bei diesem Workshop etwa zum Thema Antidementiva. Die Wirksamkeit selbst der Gruppe mit einem scheinbar noch am ehesten belegten, wenn auch sehr schwachen Effekt, der Cholinesterasehemmer, scheint völlig ungesichert. Nur die Nebenwirkungen – wenigstens etwas –, sind gesichert.

Zu diesem Schluss kamen Hanna Kaduszkiewicz und Thomas Zimmermann. Sie haben im Kieler Institut für Allgemeinmedizin die besten Studien auseinander genommen, und das wiederholten sie jetzt abgekürzt im Lernspiel (Multiple Choice durch Hochhalten farbiger Karten) mit den Teilnehmern

dieses munteren Kammer-Workshops. Fazit: Wegen schwerer methodischer Mängel sogar der randomisierten und kontrollierten Doppelblindstudien ist „nicht zu sagen, ob die untersuchten Cholinesterasehemmer wirken, schaden oder sich neutral verhalten“.

Zum Schluss gab's noch einen bunten Strauß kluger Verordnungstipps; nicht von einem jener Kliniker, die so oft zuviel überflüssig teuer verschreiben, sondern von Wilhelm Niebling, Hausarzt in Titisee, daneben Professor für Allgemeinmedizin in Freiburg. Für seine Hypertoniker beispielsweise verzichtet er auf die Sartane, deren Überlegenheit nur bei den Kosten gesichert ist, und bleibt beim Bewährten.

Solche zugleich wissenschaftlich fundierten und praxisnahen Ratschläge kriegt man kaum in industriegesponserten Vorträgen oder kostenlosen Zeitschriften. So sollte Fortbildung sein.

Rosemarie Stein

Vogelgrippe in Südostasien

Die Vogelgrippe kann durch zahlreiche unterschiedliche Typen des Influenza-A-Virus hervorgerufen werden. Die Erreger können sowohl bei Vögeln als auch bei Menschen zur Erkrankung führen. Die klinische Manifestation der Geflügel-Influenza beim Menschen variiert zwischen Konjunktivitis, leichter Infektsymptomatik, Pharyngitis, Husten, hohem Fieber bis hin zum ARDS („adult respiratory distress syndrome“).

Als Reservoir für die Erreger fungieren meist Wasservögel, Hühner, aber auch Schweine. Im Jahr 1997 führte ein Virus vom Typ H5N1 in Hongkong zu einem Influenza-Ausbruch mit sechs Todesfällen und insgesamt 18 Erkrankungen. Untersuchungen zeigten, dass das Virus identisch mit einem hoch pathogenen Geflügel-Influenzavirus war, das zu dieser Zeit gerade für einen Krankheitsausbruch in einer benachbarten Hühnerfarm verantwortlich war. Der Virustyp H9N2, der in Hühnerfarmen verschiedener asiatischer Länder weit verbreitet ist, wurde 1998 bei einem Mädchen aus Hongkong nachgewiesen.

Ende des Jahres 2003 registrierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen ausgedehnten Ausbruch der Vogelgrippe in Geflügelbeständen Vietnams, Südkoreas und Japans. Weit mehr als 10 Millionen Vögel sind seit November letzten Jahres an der Erkrankung eingegangen oder mussten vernichtet werden. Weitere Ausbrüche der Vogelgrippe wurden in Geflügelbeständen Kambodschas, Chinas, Indonesiens, Laos´ und Thailands beobachtet. Seit Oktober 2003 waren in Vietnam neun Kinder und ein Erwachsener an einer grippeähnlichen Infektion erkrankt und verstorben.

Die vergleichsweise geringe Zahl der Erkrankten deutete jedoch von Anfang an auf ein für Menschen relativ wenig infektiöses Agens hin. Proben von Patienten, die in der Gegend von Hanoi erkrankten, wurden mit dem Verdacht auf Vogelgrippe in internationalen Labors untersucht. Im Rahmen der Labordiagnostik

wurde ein Geflügel-Influenza-Virus vom Typ H5N1 nachgewiesen.

Bereits Ende Januar 2004 waren auch sechs Todesfälle in Thailand zu verzeichnen. Die thailändische Regierung geriet international in die Kritik, weil sie das Vorliegen einer Geflügel-Influenza-Epidemie, obwohl seit November 2003 bekannt, bis dahin verneint hatte.

Die Aktivität des Geflügel-Influenza-Ausbruchs in Südostasien hat sich aktuell stark abgeschwächt. Es wurden im Rahmen des H5N1-Ausbruchs bislang 34 Erkrankungen (Vietnam 22, Thailand 12) sowie 23 Todesfälle (Vietnam 15, Thailand 8) gemeldet. Fast alle Erkrankten hatten direkten Kontakt mit infiziertem Geflügel.

Sowohl die Ausscheidungen als auch der Speichel infizierter Tiere sind als infektiös anzusehen. Auch nach Verschwinden der Krankheitszeichen scheidet infiziertes Geflügel die Viren noch über mindestens 10 Tage aus. Weitere – jedoch eher harmlos verlaufende – Erkrankungen wurden aktuell in Kanada (Typ H7N3), den USA (Typ H7N2) sowie Ägypten (Typ H10N7) registriert. Nach heutigem Kenntnisstand gelten Geflügel-Influenzaviren vom Typ H7 als für den Menschen wesentlich weniger pathogen als Viren vom Typ H5. Es besteht bei keinem dieser Virustypen Anhalt für eine direkte Übertragung von Mensch-zu-Mensch. Der rechtzeitige Einsatz moderner Neuraminidase-Inhibitoren wie Zanamivir oder Oseltamivir kann helfen, den Verlauf und die Dauer der Erkrankung günstig zu beeinflussen.

Im Sinne der Vorbeugung sollten Reisende in erster Linie direkte Kontakte zu Geflügel oder deren Ausscheidungen vermeiden. Die Anwendung von Influenza-Impfstoffen schützt zwar nicht vor der Erkrankung, verringert jedoch das Risiko von Rekombinationen zwischen humanen und aviären Influenzaviren im menschlichen Organismus.

Dr. med. Matthias Günther
PD Dr. med. Tomas Jelinek



DIE CHARTA ZUR ÄRZT

Das professionelle Selbstverständnis der Ärzteschaft hat sich in den letzten Jahrzehnten enorm gewandelt. Neben ihrer Rolle als Heiler und Helfer unterliegen die Kollegen von heute in ihren Entscheidungen noch ganz anderen Zwängen, die mächtig an ihnen zerren. Wie sieht sich die Profession unter diesen Umständen selbst?

Welche Werte sind ihr wichtig, woran orientiert sie sich noch, was bedeutet es heute „Arzt zu sein“?

Diese Frage stellten sich im Jahre 2002 mehrere amerikanische und europäische Ärztesellschaften. Sie haben versucht, den Hippokratischen Eid zu einer modernen und handlungsleitenden Charta umzuformulieren. Im Februar 2002 erschien sie mit dem Titel „Medical Professionalism in the new Millennium: A Physician Charter“ zeitgleich in den Annals of Internal Medicine (Band 136, S. 243) und im Lancet (Band 359, S. 520). Die Charta wurde in vielen Zeitschriften nachgedruckt und in mehrere Sprachen übersetzt, allerdings in Deutschland bislang praktisch nicht zur Kenntnis genommen. Anlass genug für den Internisten Prof. Dr. med. Johannes Köbberling (Chefarzt an den St. Antonius-Kliniken in Wuppertal), sie in die deutsche Sprache zu übersetzen und vor einigen Monaten in der Zeitschrift „Medizinische Klinik“ zu veröffentlichen.

Hier drucken wir die Charta für unsere Leser nach und spiegeln sie mit Aussagen von Ärzten aus unseren Gremien.
(Die Red.)



Die ärztliche Berufsethik ist die Basis für den Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft. Für einen solchen Kontrakt muss gefordert werden, dass die Interessen des Patienten über die des Arztes zu stellen sind, dass Standards der ärztlichen Kompetenz und der Integrität formuliert und gewährleistet werden und dass eine fachliche Beratung der Gesellschaft zu Fragen der Gesundheit geboten wird...

LICHEN BERUFSETHIK

Präambel

Die ärztliche Berufsethik ist die Basis für den Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft. Für einen solchen Kontrakt muss gefordert werden, dass die Interessen des Patienten über die des Arztes zu stellen sind, dass Standards der ärztlichen Kompetenz und der Integrität formuliert und gewährleistet werden und dass eine fachliche Beratung der Gesellschaft zu Fragen der Gesundheit geboten wird.

Voraussetzung für einen solchen Kontrakt ist das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Integrität des einzelnen Arztes und in den Ärztestand insgesamt. Zur Zeit sieht sich die Ärzteschaft mit einer Explosion von Technologien konfrontiert, mit erheblichen wirtschaftlichen Veränderungen, mit Problemen der Gesundheitsversorgung, des Bioterrorismus und der Globalisierung. Als Folge dieser Veränderungen fällt es den Ärzten immer schwerer, ihrer Verantwortung gegenüber den Patienten und der Gesellschaft gerecht zu werden. Unter diesen Umständen ist es umso wichtiger, die grundlegenden und allgemeinen Prinzipien und Werte des ärztlichen Berufsstandes zu bekräftigen.

Dies sind die Ideale, nach denen alle Ärzte weiterhin streben sollten. Die Ärzteschaft ist überall in bestimmte Kulturen und nationale Traditionen eingebettet, aber allen Ärzten ist die Rolle des „Heilers“ gemeinsam, die sich in ihren Wurzeln bis zu Hippokrates zurückverfolgen lässt. Die Ärzteschaft muss aber mit komplizierten politischen, rechtlichen und ökonomischen Kräften kämpfen. Darüber hinaus bestehen erhebliche Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, weshalb die allgemeinen Grundsätze sehr komplex und mit sorgfältig gewählten Worten zu formulieren sind. Trotz dieser Unterschiede bestehen aber Gemeinsamkeiten, die die Basis der Charta und ihrer drei Grundprinzipien sowie der Statements zu den unterschiedlichen Aspekten ärztlicher Verpflichtungen bilden.

Grundlegende Prinzipien

1. Das Primat des Patientenwohls

Dieses Prinzip basiert auf der grundsätzlichen Verpflichtung, den Interessen des Patienten zu dienen. Altruismus trägt zu dem Vertrauen bei, das im Mittelpunkt des Arzt-Patienten-Verhältnisses steht. Ökonomische Interessen, gesellschaftlicher Druck und administrative Anforderungen dürfen dieses Prinzip nicht unterlaufen.

2. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten

Ärzte haben das Selbstbestimmungsrecht des Patienten grundsätzlich zu respektieren. Sie müssen ihren Patienten gegenüber aufrichtig sein und diese darin unterstützen, sich zu informieren und sachgerechte Entscheidungen über ihre Behandlungen zu fällen. Die Entscheidungen des Patienten über ihre Behandlungen sind oberstes Gebot, solange sie mit ethischen Prinzipien vereinbar sind und nicht mit unangemessenen Ansprüchen verbunden sind.

3. Die soziale Gerechtigkeit

Die Ärzteschaft ist aufgerufen, Gerechtigkeit im Gesundheitswesen zu fördern. Dies schließt die faire Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel ein. Ärzte sollen sich aktiv daran beteiligen, Diskriminierungen im Gesundheitswesen auszumerzen. Dies bezieht sich auf die ethnische Herkunft, das Geschlecht, den Sozialstatus, die Religion oder auf jede andere gesellschaftliche Kategorie.

Ärztliche Verantwortlichkeiten

1. Verpflichtung zur fachlichen Kompetenz

Ärzte müssen sich zu einem lebenslangen Lernen verpflichten. Sie sind selbst für den Erhalt der Kenntnisse und Fertigkeiten verantwortlich, die zur Beibehaltung der Versorgungsqualität erforderlich sind. In Erweiterung dieser Grundsätze muss die Ärzteschaft als Ganzes bemüht sein, dass alle ihrer Mitglieder die fachliche Kompetenz aufrecht erhalten, und sie muss sicherstellen, dass für die Ärzte angemessene Möglichkeiten geboten werden, dieses Ziel zu erreichen.

2. Verpflichtung zur Wahrhaftigkeit im Umgang mit Patienten

Ärzte müssen sicherstellen, dass ihre Patienten vollständig und wahrheitsgemäß informiert sind, bevor diese einer

Behandlung zustimmen, und erneut nachdem die Behandlung durchgeführt wurde. Hiermit ist nicht gemeint, dass der Patient in jede kleine ärztliche Einzelentscheidung eingebunden sein muss. Wichtig ist vielmehr, dass der Patient ermutigt wird, über den generellen therapeutischen Ablauf mitzuentcheiden. Ärzte müssen grundsätzlich eingestehen, dass gelegentlich medizinische Irrtümer vorkommen, die zur Schädigung des Patienten führen können. Immer wenn Patienten als Folge einer medizinischen Maßnahme zu Schaden kommen, sollten sie sofort hierüber informiert werden, weil eine Unterlassung dieser Information das Vertrauen des Patienten und der Gesellschaft erheblich belasten würde. Meldungen und Analysen medizinischer Fehler stellen die Grundlage für Strategien zur Fehlervermeidung sowie zur angemessenen Entschädigung der Patienten dar.

3. Verpflichtung zur Vertraulichkeit

Offenheit und Vertrauen der Patienten machen es erforderlich, angemessene Maßnahmen zu ergreifen, mit denen eine Vertraulichkeit bezüglich aller Informationen durch den Patienten sichergestellt wird. Diese Verpflichtung erstreckt sich auch auf Gespräche mit Personen, die für den Patienten handeln, wenn es nicht möglich ist, das Einverständnis des Patienten selbst zu erhalten. Die Verpflichtung zur Vertraulichkeit ist heute wichtiger als je zuvor, vor allem wegen der breiten Verwendung elektronischer Medien bei der Sammlung der Informationen über den Patienten. Ein weiterer Grund ist die zunehmende Verfügbarkeit von genetischen Daten. Ärzte müssen andererseits anerkennen, dass die Verpflichtung zur Vertraulichkeit gelegentlich im öffentlichen Interesse hinter andere wichtige Verpflichtungen zurückzutreten hat, z.B. wenn eine Gefährdung anderer Menschen durch den Patienten droht.

4. Verpflichtung zur Pflege angemessener Beziehungen zum Patienten

Angesichts der grundsätzlich bestehenden Verletzlichkeit und Abhängigkeit von Patienten müssen bestimmte Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten unbedingt vermieden werden. Insbesondere dürfen Ärzte niemals ihre Patienten zur Vornahme sexueller Handlungen, zur Erzielung persönlicher finanzieller Vorteile oder zu anderen privaten Zielen ausnutzen.

5. Verpflichtung zur ständigen Qualitätsverbesserung

Ärzte müssen sich einer ständigen Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung verpflichtet fühlen. Diese Verpflichtung bezieht sich nicht nur auf den Erhalt der persönlichen Kompetenz, sondern auch auf eine Zusammenarbeit mit Kollegen oder mit

anderen Berufsgruppen. Ziele müssen dabei die Verminderung ärztlicher Fehler, die Steigerung der Patientensicherheit, die Reduzierung einer Überversorgung mit Vergeudung finanzieller Mittel sowie die Optimierung der Therapieerfolge sein. Ärzte müssen sich aktiv an der Entwicklung besserer Instrumente

zur Beurteilung der medizinischen Qualität beteiligen sowie zur routinemäßigen Anwendung dieser Instrumente der Qualitätsmessung bei Einzelpersonen, Institutionen oder sonstigen mit der Gesundheitsversorgung betrauten Einrichtungen. Ärzte müssen sich also persönlich und über ihre Standesorganisa-



»Ärzte als Entscheidungsbevollmächtigte der Sozialsysteme«

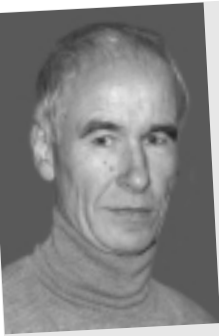
Dr. med. Roland Urban ist niedergelassener Psychiater in Tiergarten

„Helfen Sie mir, Herr Doktor...“, wie oft hat man diese Bitte im Verlauf von rund 30 Jahren Tätigkeit als Psychiater nicht schon gehört. Eine selbstverständliche Bitte beim Arztbesuch sollte man meinen, aber zunehmend ist es nicht mehr selbstverständlich, dass dies eine Bitte um fachliche Hilfe ist, ein Appell, mit allem Wissen und mit aller Anstrengung eine Krankheit, ein Leiden zu behandeln. In den letzten Jahren nehmen Wünsche nach Hilfe in ganz anderen Bereichen zu: „...helfen Sie mir, meine Prüfung zu verschieben...“, helfen Sie mir, einen mobbenden Vorgesetzten nicht mehr sehen zu müssen..., helfen Sie mir, meine Rente zu bekommen..., helfen Sie mir, aus dem Vertrag mit dem Fitness-Studio herauszukommen..., helfen Sie mir, nicht vor Gericht aussagen zu müssen...“.

Immer stärker wird der Eindruck, dass der Arzt - vielleicht ganz besonders der niedergelassene Facharzt - zum Entscheidungsbevollmächtigten über reale oder vermeintliche Erleichterungen gemacht werden soll.

Parallel zu diesen zunehmenden Wünschen nach Attesten, Gutachten, ärztlichen Stellungnahmen, Bescheinigungen durch die Patienten nimmt auch der Wunsch von Versicherungen, Sozialge-

richten, Rententrägern, Krankenversicherungen beständig zu, durch Informationen, Stellungnahmen und Gutachten unterstützt zu werden. Darüber hinaus gibt es immer mehr und immer kompliziertere Formulare für alles Mögliche, immer mehr bürokratische Abläufe, die den Patienten vermittelt werden sollen und die zu frustrierten Erklärungsversuchen in einem kafkaesken System führen. Zeitgleich mit dieser zunehmenden Flut von bürokratischen Tätigkeiten nimmt der Entscheidungsspielraum beständig ab, in dem sich die ärztliche Behandlung bewegt. Immer wieder wird daran erinnert, dass unbedingt sparsam mit den Geldern der gesetzlichen Krankenkassen umgegangen werden muss. Täglich kommt der Arzt in Entscheidungsnot, ob bei diesem oder jenem Patienten ein innovatives Medikament verordnet werden darf oder nicht. Immer muss er versuchen, Wirtschaftlichkeitsgebot und Behandlungsleitlinien gleichzeitig zu berücksichtigen und muss den Spagat zwischen Berufsrecht und Sozialrecht irgendwie bewältigen. Während so von allen Seiten immer mehr Wünsche, Begehrlichkeiten, Anfragen, Vorschriften und Forderungen das Zeitkontingent auffressen, das für die eigentliche Behandlung von Patienten da sein sollte, stellt sich immer öfter die Frage, was bedeutet hier „Hilfe“ und was wird erwartet?



»Ärzte auf dem Weg vom Behandler zum Sucher nach abrechnungsfähigen Diagnosen«

Dr. med. Andreas Grüneisen ist Oberarzt der Inneren Medizin am Vivantes Klinikum Neukölln

Die Charta mahnt die Ansprüche an uns Ärzte in „persönlichen“ und „gesellschaftlichen“ Fragen an. Es ist notwendig, dass wir uns die „persönlichen“ Themen immer wieder vor halten, denn natürlich sind auch wir gefährdet, Fehler zu vertuschen, uns den Bestechungsversuchen der Industrie gewogen zu zeigen und unser eigenes Wohl zu meinen, wenn wir vom Patientenwohl reden.

Wichtiger erscheinen mir heute jedoch die „gesellschaftlichen“ Forderungen, denn hier hat sich eine wesentliche Veränderung vollzogen. Mit den Einnahmeproblemen der Krankenkassen durch die hohe Arbeitslosigkeit kommt es zu

einer Ressourcenverknappung im Gesundheitswesen. Begleitet wird diese durch einen Wandel im Verständnis von Gesundheit und Krankheit: Die Konkurrenz der Gesundheitsanbieter und der Krankenkassen untereinander, die Idee, den Patienten als Kunden zu betrachten, dem es gilt, Gesundheitsleistungen zu verkaufen, die dadurch entstehende Flut neuer „Krankheiten“ (also Befindlichkeitsstörungen als Krankheiten zu definieren, die therapiert werden können und müssen), die verwischte Grenze zum „Wellnessbereich“ – all dies markiert einen Paradigmenwechsel: Der Arzt ist nicht mehr nur der Verhinderer oder notfalls Behandler von Krankheit, sondern er wird gleichzeitig zum „Sucher nach abrechnungsfähigen Diagnosen“.

Man kann dieses Umdenken beinahe vergleichen mit dem so absurden Bild einer Feuerwehr, die nach Brandstiftern sucht, um ihre Löschleistung zu verkaufen!

Die Bemächtigung des Gesundheitswesens durch den Markt geht einher mit einer zunehmenden Entsolidarisierung der Gesellschaft.

Und hier liegt für mich der entscheidende Punkt der Ethik-Debatte in der modernen Zeit: die Abkehr von der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens markiert einen Wendepunkt, der weit über die konkrete Bedeutung für die Versicherten im Jahr 2004 hinausgeht. Sie führt zwangsläufig zu einer Umverteilung von gesellschaftlichem Reichtum von unten nach oben und zur weiteren Destabilisierung unserer Gesellschaft mit all ihren politischen Gefahren.

Gemäß unserem medizinischen Auftrag, Leiden zu lindern, und das heißt nach der Charta zur ärztlichen Berufsethik eben auch: soziale Gerechtigkeit herzustellen, sind wir auch gesellschaftlich in der Pflicht, uns dieser Entwicklung entgegenzustellen.

tionen für die Unterstützung bei der Entwicklung und der Anwendung von Maßnahmen zur ständigen Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen verantwortlich fühlen.

6. Verpflichtung zum Erhalt des Zugangs zu medizinischen Leistungen

Die ärztliche Berufsethik fordert, dass das Ziel aller medizinischen Versorgungssysteme vor allem darin bestehen muss, einen einheitlichen und angemessenen Versorgungsstandard zu bieten. Ärzte müssen sich individuell und als Gruppe darum bemühen, Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zu erreichen. In allen Gesundheitssystemen müssen

Ärzte daran arbeiten, Zugangsbarrieren durch Erziehung, Gesetze, Finanzen, geographische Herkunft oder soziale Diskriminierung zu beseitigen. Die Bemühungen um Gerechtigkeit schließen die Förderung von öffentlicher Gesundheitsversorgung und von präventiven Maßnahmen ein. Jeder Arzt hat diesbezüglich im öffentlichen Interesse zu handeln, wobei Eigeninteressen oder Interessen seiner Berufsgruppe keine Rolle spielen sollten.

7. Verpflichtung zur gerechten Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen

Bei der Berücksichtigung der Bedürfnisse individueller Patienten müssen Ärzte eine Gesundheitsversorgung anbieten, die auf einem klugen und effektiven Einsatz der begrenzten Mittel beruht. Sie müssen mit anderen Ärzten, Krankenhäusern und Versicherungen zusam-

menarbeiten, um Leitlinien für eine kosteneffektive Versorgung zu entwickeln.

Die Verantwortung für einen angemessenen Einsatz der Mittel erfordert eine konsequente Vermeidung von überflüs-

sigen Untersuchungen und Behandlungen. Der Einsatz überflüssiger Maßnahmen setzt nicht nur den Patienten einer vermeidbaren Gefährdung aus, sondern vermindert auch die für andere Patienten zur Verfügung stehenden Mittel.

8. Verpflichtung zur Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse

Der Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft beinhaltet auch die angemessene Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse und neuer Technologien. Ärzte haben die Pflicht, wissenschaftliche Standards aufrecht zu halten, Forschung zu fördern, neue Erkenntnisse zu gewinnen und deren angemessenen Gebrauch sicherzustellen.

Die Ärzteschaft ist für die Richtigkeit dieser Erkenntnisse, die sowohl auf wissenschaftlicher Evidenz als auch auf ärztlicher Erfahrung beruhen, verantwortlich.

9. Verpflichtung zum angemessenen Verhalten bei Interessenskonflikten

Ärzte und deren Organisationen haben viele Gelegenheiten, durch Erzielung privaten Gewinns oder persönlicher Vorteile ihre ethische Verantwortung zu kompromittieren. Solche Kompromittierungen sind besonders bedrohlich bei persönlicher oder institutioneller Verflechtung mit einer gewinnorientierten Industrie, seien es Medizingeräte-Hersteller, Versicherungen oder die Pharmaindustrie. Ärzte haben die Verpflichtung, Interessenskonflikte, die im Laufe ihres Berufslebens und sonstiger Aktivitäten auftreten, zu erkennen, diese gegenüber der Öffentlichkeit kundzutun und in angemessener Weise beizulegen. Verbindungen zwischen der Industrie und ärztlichen Führungskräften (opinion leader) müssen bekannt gemacht werden, insbesondere wenn letztere die Kriterien für klinische Prüfungen und deren Publikationen festlegen, wenn sie Editorials oder Leitlinien verfassen oder als Herausgeber wissenschaftlicher Zeitschriften fungieren.

10. Verpflichtung zur kollegialen Verantwortung

Als Mitglieder eines Berufsstandes muss von Ärzten erwartet werden, dass sie



»Ärzte als Selbstausbeuter, die das Niveau halten sollen, an das sich alle gewöhnt haben«

PD Dr. med. Matthias David ist Oberarzt an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Charité, Campus Virchow-Klinikum

Das Arztsein ist immer noch ein interessanter, bisweilen schöner Beruf mit gelegentlichen Erfolgserlebnissen, im Großen und Ganzen angemessener Bezahlung und nach wie vor gutem Renommee. Seit einiger Zeit gibt es jedoch eine schleichende und, wie es den Anschein hat, systematische Abwertung des Berufs durch arztfremde Tätigkeiten, die auf Druck der Verwaltungsapparate und scheinbar ohne größere Gegenwehr der ärztlichen Organisationen und Funktioniäre durchgesetzt wurden. Es ergibt sich eine zunehmende Diskrepanz zwischen dem durchaus idealistischen Eigenanspruch der jüngeren Ärzte und der Ökonomie-gesteuerten und -geprägten Wirklichkeit, aus der zwingend ein Gefühl der Frustration entstehen muss.

Ein schöpferischer Umgang mit den Gegebenheiten und Zwängen der Gegenwart könnte auch bedeuten zu akzeptieren, dass es nicht schaden kann, den Patienten auch als Kunden zu sehen und sich als Arzt nicht nur als Heiler, sondern auch als Dienstleister zu verstehen. Natürlich verwundert einen im Ambulanz- und Klinikalltag immer wieder bei der Konfrontation mit den über-, teil-

oder fehlinformierten Patienten deren hoher Anspruch an das deutsche Gesundheitssystem. Eigentlich müsste sich doch herumgesprochen haben, dass ein Versorgungssystem nur so gut sein und funktionieren kann wie die gesamtgesellschaftlichen Verhältnisse, in die es eingebettet ist.

Die Aufgabe unseres Berufsstandes heute scheint nach Ansicht von Politik und Krankenkassen die zu sein, ein einmal erreichtes hohes Versorgungsniveau, an das sich alle Beteiligten gewöhnt und auf das sie Anspruch zu haben glauben, unter Ausnutzung aller personellen und ökonomischen Reserven zu halten, wobei quasi vorausgesetzt wird, dass die beteiligten Ärzte aufgrund ihres Berufsethos persönliche Interessen hinten anstellen.

Ethische Fragen, wie sie jetzt unter Kostenaspekten auf die Tagesordnung kommen (z.B. Umgang mit der Rationierung von medizinischen Behandlungsmaßnahmen bei sehr alten bzw. sehr kranken Patienten, Sterbehilfe, Umgang mit extrem Frühgeborenen) hätten besser früher ohne ökonomischen Druck bearbeitet werden sollen. Hier, wie auch zukünftig, sollte die Ärzteschaft aktiver und vorausschauender im gesellschaftlichen Entscheidungs- und Konsensbildungsprozess mitwirken. Vielleicht kann dann verlorengegangenes Terrain zurückgewonnen werden.



»Ärzte als Patienten-Verwalter mit Hang zur inneren Emigration«

Dr. med. Sigrid Kemmerling ist Oberärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie an den DRK-Kliniken Westend

Da ein Arzt nie in einem gesellschaftsfreien Raum tätig ist, sieht er sich - je nach gesellschaftspolitischem System - entweder ideologischen, wirtschaftlichen oder beiden Zwängen ausgesetzt. Als Krankenhausärztin erlebe ich im marktwirtschaftlichen System zurzeit einen hohen ökonomischen Druck. Dieser wird hierarchisch von Gesundheitspolitikern an die Kassen, von dort an die Verwaltung eines Krankenhauses, und von dieser weiter an Chefarzte bis auf die unterste Ebene der nachgeordneten Ärzte weitergegeben. Infolge immer kürzer werdender Verweildauern mit steigender Patientenzahl bei stetig wachsendem Dokumentationsaufwand sind sowohl ein

notwendiger Beziehungsaufbau zum Patienten als auch das Erlangen von Kenntnissen zum Behandlungsergebnis kaum noch möglich. Mehr und mehr müssen Patienten verwaltet werden. Dies raubt Zeit für eine angemessene Behandlung. Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses muss aus Zeitgründen zwischen Tür und Angel stattfinden. Dazu kommen interpersonelle Anforderungen von Vorgesetzten, Kollegen und Angehörigen anderer Berufsgruppen. Es hängt dabei von der Persönlichkeit eines Vorgesetzten, dessen Vorbild und Führungsstil sowie von der Kollegialität nachgeordneter Ärzte untereinander ab, ob das Arbeitsklima gut, erträglich, gestört oder schwer gestört ist. Es macht einen Unterschied, ob Überstunden anfallen, weil ein Patient noch versorgt werden muss, ein Gespräch mit Angehörigen zu führen ist oder ob Papier zu beschreiben bzw. ein Com-

puter zu füttern ist. Einerseits muss und müsste ein Arzt zu jeder Zeit individuell über seinen Spielraum zwischen Anpassung, Auseinandersetzung und Widerstand entscheiden, wenn er seine Patienten gut behandeln wollte. Doch unter den gegenwärtigen Bedingungen im Krankenhaus zeigt sich Widerstand häufig als individuelle Flucht aus der Arbeitssituation. Dies verschärft das Missverhältnis zwischen Arbeitsanfall und Personalausstattung weiter. Als einzige Möglichkeit, dies aufzuhalten, sehe ich zur Zeit nur einen Weg: Ärzte müssen sich solidarisieren, um gemeinsam Widerstand zu leisten. Sie dürfen nicht dem Druck ausweichen, sondern sollten Gegendruck mit dem Ziel aufbauen, ärztliche Arbeit wieder auf eine möglichst optimale Diagnostik und Behandlung von Patienten sowie auf die Unterstützung bei der Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses zu fokussieren.



»Ärzte zwischen Scheinwelten und monetären Zwängen«

Dr. med. Hans-Herbert Wegener war bis zu seiner Pensionierung Chefpathologe am Krankenhaus Moabit

Kramt ein gealterter Mediziner in seinem Gedächtnis und schwärmt er gar von einer Vergangenheit, in der angeblich Geld und Zeit in so ausreichendem Maße vorhanden waren, dass man sich ohne Zeitnot und monetäre Überlegungen seiner Arbeit für die Patienten widmen konnte, dann spürt man alsbald das gequälte Lächeln des jüngeren Gegenüber. Wo leben wir denn?! Wo lebt der denn?!

Heute müssen wir Ethik-Kommissionen für Arzt und Pharmaindustrie, ja nunmehr auch eine des Hippokrates Eid ersetzende „Charta zur ärztlichen Berufsethik“ haben, müssen da ein Zertifikat als Fortbildungsnachweis erringen, dort den Leit(d)-Linien

folgen, selbst, wenn deren Inhalte nicht immer überzeugen und müssen lernen, wie man mit der „richtigen“ ICDO-Verschlüsselung das Krankenhaus, in dem man arbeitet, vor dem Ruin bewahren kann. Auch wenn wir es uns nicht eingestehen: Heute sind wir korruptierbar: Wir hoffen auf das eigene berufliche Überleben, wenn da und dort und dort und da wieder eine Abteilung oder gar ein Krankenhaus „dicht“ gemacht wurden, eine Praxis aufgegeben hat, denn dadurch hat unsere Existenz ein Jota gewonnen. Das ist unsere Ethik! Wer hat den längeren Atem, die besseren Beziehungen zur Politik, liegt nicht im Fadenkreuz?!

Wir verabschieden eine Weiterbildungsordnung, die von der Realität ebenso weit entfernt ist wie die hier veröffentlichte „Charta zur Berufsethik“. Wie die Politiker, die Krankenkassen, jede gesellschaftliche Gruppe, bauen wir für uns und die Öffentlichkeit eine Scheinwelt nach der anderen

auf, versehen sie mit einem wohlfeilen Et(h)ik-ett. Und dennoch: Welch' ein Wunder! Noch gibt es sie! Jene Mediziner, die zugleich Ärzte sind, die noch nicht aufgegeben haben, die durch Kompetenz und Zuwendung richtige Diagnosen stellen, als Operateure ihr Handwerk verstehen und heilen. Trotz aller Drangsal! Trotz aller Reglementierungen, nicht wegen!! Sie sind es, die uns ärztliches Ethos vorleben, nicht beibringen! (Was übrigens vor 40 Jahren nicht anders war!) Aber benötigen wir diesen Medizinerstypus überhaupt noch?

Zählt nicht vielmehr der „Patientendurchlauf“/Zeiteinheit/Kosten? Nein, ich will es nicht glauben. Denn Krankheit wird auch in Zukunft des Menschen höchste Not hervorbringen, in der der Arzt – wie seit Hippokrates – nicht nur heilen soll, sondern auch lenken und trösten können muss. Nahe beim Mitmenschen und voller Nächstenliebe.



»Ärzte als Er-wirtschaftler«

**Dr. med.
Wolfgang
Kreischer** ist
Allgemeinmedi-
ziner mit Praxis
in Zehlendorf

Noch heute ist mir jener Arztbesuch während meines Studiums in Erinnerung, wo ich das erste und wahrscheinlich einzige Mal den Eid des Hippokrates gelesen habe. Dieser hing eingerahmt und hinter Glas im Wartezimmer und ich war tief beeindruckt. Da ich zu einer dieser Umbruchgenerationen gehörte – Abitur ohne Abifeier, Bundeswehr und lange Haare – verwunderte es mich nicht, dass am Ende des Studiums angekommen, das Ablegen dieses Eides abgeschafft worden war. Nach sieben Jahren Weiterbildung bin ich in die Niederlassung „gestolpert“ und hatte mir dennoch auf diesem Wege Inhalte

des Eides zu Eigen gemacht. Nach den ersten steuerfreien Jahren in der Niederlassung musste ich feststellen, dass die Monetik eine große Rolle spielt. Es ist klar, dass die Betriebsausgaben aus den erwirtschafteten Einnahmen bezahlt werden, also steht notgedrungen das „Erwirtschaften“ im Vordergrund. Die Kenntnis von GOÄ, EBM und HVM ist tägliches Brot. Jeder Tarifierhöhung der Arzthelferinnen wird angstvoll entgegengeblickt. Während die eigene ärztliche Arbeit durch das ständige Ansammeln von Erfahrungen leichter von der Hand geht, wird das Denken in betriebswirtschaftlichen Kategorien immer stärker. In dieser Tagesroutine hat mich die Warnung unseres früheren Bundespräsidenten, das Gesundheitswesen in betriebswirtschaftliche Begriffe zu pressen, auf dem Ärztetag in Bremen sehr beeindruckt. „Gesund-

heit ist ein hohes Gut und keine Ware, Ärzte sind keine Anbieter und Patienten sind keine Kunden.“ Seither bin ich mit der Frage beschäftigt: An wen waren diese Worte gerichtet? An uns Ärzte oder eventuell doch an seine Politikerkollegen und -kolleginnen? Denn eins ist klar: Solange Niedergelassene nur an Gebührenordnung und Budgets denken müssen und Klinikbetreiber aus finanziellen Gründen das EU-Recht in Bezug auf Arbeitszeiten nicht umsetzen können, müssen Ärzte betriebswirtschaftlich denken.

Oder meinte Herr Rau, dass Politik und Kassen doch soviel Geld für die Gesundheit bereitstellen müssen, dass uns die Zeit bleibt, den Eid des Hippokrates oder die neue Variante – die Charta zur ärztlichen Berufsethik – zu lesen und hinter Glas ins Wartezimmer zu hängen?

bei der Patientenversorgung kollegial zusammenarbeiten, respektvoll miteinander umgehen, sich am Prozess der Selbstkontrolle beteiligen und dabei auch Kollegen, die sich von gültigen ethischen Standards entfernt haben, korrigieren oder disziplinieren. Die Standesorganisationen sollten für gegenwärtige oder zukünftige Ärzte die Prinzipien der Weiterbildung und die Prozesse zur Beschreibung von Standards definieren und organisieren. Ärzte haben sowohl eine persönliche als auch eine kollektive Verpflichtung, sich an solchen Prozessen zu beteiligen.

Diese Verpflichtungen schließen eine Mitwirkung bei internationalen Vergleichen und eine Akzeptanz externer Vergleiche bezüglich aller Aspekte der beruflichen Tätigkeit ein.

Zusammenfassung

Um das Vertrauen in den Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft auch in diesen turbulenten Zeiten zu wahren, erscheint es wichtig, dass die Ärzte ihre Verpflichtung zur Wahrung der ethischen Prinzipien ihres Berufsstandes ausdrücklich bekräftigen. Diese Verpflichtungen beziehen sich nicht nur auf das Wohlergehen der einzelnen Patienten, sondern auch auf Bemühungen um eine Verbesserung der Gesundheitssysteme und damit auf das Wohlergehen der Gesellschaft. Die vorliegende Charta zur ärztlichen Berufsethik (Charter on Medical Professionalism) betont ausdrücklich diese Verpflichtungen.

Sie soll der Ärzteschaft hierfür eine nach Inhalten und Zielen umfassende Hilfestellung bieten. In praktisch allen Kulturen und Gesellschaften ist die Ausübung der Medizin in unserer Zeit mit nie da gewesenen Herausforderungen verbunden. Im Zentrum der Herausforderungen stehen die sich weiter öffnende Schere zwischen den legitimen Bedürfnissen der Patienten und den hierfür zur Verfügung stehenden Mitteln, der steigende ökonomische Druck zur Veränderung der Gesundheitssysteme und die Verführungen der Ärzte, die traditionelle Verpflichtung für das Wohl der Patienten zu verlassen.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Zeitschrift „Medizinische Klinik“, 11/2002, S.697ff.

Herzlich willkommen in Berlin!

Die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind nach Berlin umgezogen. Gerade werden die Kartons ausgepackt und ab 8. Juli läuft der normale Geschäftsbetrieb an. Das neue „Haus der Spitzenverbände des Gesundheitswesens“ befindet sich auf dem ehemaligen KPM-Gelände nahe dem S-Bahnhof Tiergarten und dem Salzufer.

Nicht alle Mitarbeiter der beiden ärztlichen Spitzenkörperschaften sind übrigens vom Rhein an die Spree mitgezogen. Bei der Bundesärztekammer waren es 46 von 77, bei der KBV sogar nur 120 der 185 Beschäftigten. Der Rest suchte sich im Kölner Raum einen neuen Job oder nutzte die Möglichkeit zur Altersteilzeit. Dadurch mussten jeweils ein Drittel der Mannschaften aus beiden Häusern neu rekrutiert werden.

Grund für den Umzug: Die Körperschaften folgten der Politik, um dort präsent zu sein, wo „die Musik gemacht“ wird (siehe hierzu auch den Beitrag im Deutschen Ärzteblatt vom 14.5.2004, S. 1386 ff). Durch den Umzug wird nun voraussichtlich auch der Deutsche Ärztetag alle zwei Jahre in Berlin stattfinden. Erstmals ist das im nächsten Jahr der Fall und zwar vom 3. bis zum 6. Mai 2005.

Die Berliner Adresse der Bundesärztekammer:

**Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
(vormals Wegelystraße)
10623 Berlin**

Tel. 030/ 40 04 56-0



Das Wichtigste vom 107. Deutschen Ärztetag in Bremen

Muster-Berufsordnung geändert – Fortbildungsordnung beschlossen – keine Neudiskussion mehr um die Internisten/Allgemeinmediziner-Frage – Mindestmengenregelung in der Kritik; mit diesen Schlagworten lassen sich die Highlights des 107. Deutschen Ärztetages in Bremen in Kürze umreißen. An dieser Stelle geben wir einen Überblick über die wichtigsten berufspolitischen Beschlüsse und Eindrücke der Berliner Delegierten. Wenn Sie Details interessieren: Das Beschlussprotokoll des Deutschen Ärztetages mit allen Entscheidungen im Wortlaut finden Sie im Deutschen Ärzteblatt Nr. 22 vom 28. Mai 2004 (A), 1574 ff (A) oder im Internet unter http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/107_DAET/03Beschluss/index.html

Von Daniel Rühmkorf

Die neue Muster-Berufsordnung

Die strukturellen Veränderungen, die im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zu Jahresbeginn eingeführt wurden, gaben Anlass, die Vorschriften über die beruflichen Organisations- und Kooperationsformen für niedergelassene Ärzte in der Musterberufsordnung neu zu regeln. Der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen hat daher die wohl tiefgreifendsten Änderungen seit seinem Bestehen auf diesem Gebiet beschlossen. Dies erschien notwendig, um sich einerseits den neuen Entwicklungen im Gesundheitswesen nicht zu verschließen und gleichzeitig den niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit zu geben im Wettbewerb zu bestehen.

- Künftig können Ärzte über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten (auch überörtlich) ärztlich tätig sein. Die Begrenzung auf höchstens zwei weitere Praxissitze ist dem Apothekenrecht entliehen und soll die Etablierung von Großketten verhindern.
- Die nach der MBO nun zulässigen Heilkunde-GmbHs müssen ärztlich geleitet sein. Ärzte müssen zudem die Mehrheit der Gesellschafteranteile innehaben und der Gewinn darf keinem Dritten zufließen.
- Zwar ist die Ausübung des ärztlichen Berufs „im Umherziehen“ nach wie vor

nicht gestattet. Z. B. zur Verbesserung der Versorgung Obdachloser kann die Ärztekammer auf Antrag des Arztes jedoch Ausnahmen einer „aufsuchenden gesundheitliche Versorgung“ (zum Beispiel in Arztmobilen) gestatten.

- Die neue MBO sieht zudem vor, dass niedergelassene Ärzte Kollegen anderer Fachgebiete anstellen und deren Leistung als eigene Leistung abrechnen können. Voraussetzung ist, dass ein Behandlungsauftrag regelmäßig nur von Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann. Dieses Detail wurde in Bremen äußerst kontrovers diskutiert. Es kam hierüber sogar zu einer regelrechten „Kampfabstimmung“, in der sich die Befürworter allerdings mit 135 gegen 95 Stimmen und 10 Enthaltungen recht knapp durchsetzten. Vor allem jüngere Ärzte begrüßten die neuen Berufsperspektiven, nun auch außerhalb der Klinik fachübergreifend als Angestellte arbeiten zu können und sich für den Schritt in den ambulanten Bereich nicht mehr verschulden zu müssen. Andere Delegierte sahen darin jedoch den „Beginn der Sklaverei“ für den angestellten Arzt und kritisierten eine schleichende Aufgabe der Freiberuflichkeit.
- Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten wird zukünftig generell vereinfacht. Es können überörtliche Berufs-

Neue Berufsordnung gilt noch nicht in Berlin!

Achtung! Die in Bremen beschlossenen Änderungen der Berufsordnung gelten in Berlin noch nicht! Geändert wurde dort zunächst die Muster-Berufsordnung (MBO). Diese muss erst durch die Länder in die jeweiligen Berufsordnungen übernommen und durch die Aufsichtsbehörden genehmigt werden. Dabei sind Abweichungen von den Regelungen der MBO möglich.

Zudem besteht in einigen Ländern das Erfordernis, das jeweilige Heilberufegesetz (in Berlin Kammergesetz) anzupassen. So ist zum Beispiel in Berlin aufgrund einer landesgesetzlichen Regelung die Errichtung so genannter Heilkunde-GmbHs derzeit nicht möglich. Eine entsprechende Regelung in der Berufsordnung, die Heilkunde-GmbHs erlaubt, wäre bis zur Änderung des Kammergesetzes rechtswidrig, da sie gegen höherrangiges Recht verstoßen würde. Davon nicht betroffen sind allerdings die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die sich aufgrund entsprechender Regelungen im GMG bereits jetzt als GmbH organisieren können. Allerdings gilt dies ausschließlich für MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung, die durch die KV genehmigt worden sind. *mj*

ausübungsgemeinschaften sowie auch Teilkooperationen von Ärzten mit getrennten Praxissitzen eingegangen werden. Wenn beispielsweise eine Neurologin und ein Kinderarzt an einem bestimmten Wochentag gemeinsam Sprechstunde machen möchten, können sie dies künftig tun und entsprechend auf ihren Schildern ankündigen.

- Die auch schon bisher bestehende Möglichkeit der medizinischen Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wurde auf Angehörige aller staatlichen medizinischen Ausbildungsberufe und aller akademischen medizinischen Berufe erweitert. Durch diese Definitionen ist der bisherige Katalog der möglichen

Berufsgruppen ersetzt worden. Die Berufsordnung bleibt dadurch allen neu entstehenden Berufen gegenüber offen, die diese Voraussetzungen erfüllen. Gleichzeitig bleibt weiterhin z.B. die Kooperation mit einem Heilpraktiker untersagt. Voraussetzung für eine medizinische Kooperationsgemeinschaft mit einem Angehörigen der genannten Berufsgruppen ist die eigenverantwortliche und selbstständige Berufsausübung des Arztes, getrennte Verantwortungsbereiche der einzelnen Berufsgruppen und die Entscheidungshoheit des Arztes über Diagnose und Therapie.

- Auch weiterhin können sich Ärzte in so genannten Praxisverbänden organisieren. Diese haben prinzipiell allen Ärzten offen zu stehen. Wenn Praxisverbände Beschränkungen für die Aufnahme neuer Mitglieder erlassen, müssen diese der Kammer gegenüber offen gelegt werden. Patienten dieser Praxisverbände dürfen auch weiterhin nicht dem Verbund zugehörige Ärzte aufsuchen. Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund kann auf dem Praxisschild angekündigt werden.



„Noch bei keinem Ärztetag habe ich eine solche Diskrepanz zwischen hehren Worten und einem demonstrativen Desinteresse an der Gesundheitspolitik erlebt, wie in Bremen. Das Gesundheitswesen ist auf dem Weg in die Aldisierung und die Ärzteschaft streitet darüber, ob Dritte nicht am Gewinn der Ärzte-Gesellschaft beteiligt sind.“
Volker Pickerodt, Berlin.

- Herausgestellt hat der Deutsche Ärztetag, dass bei allen Änderungen des Berufsrechts für die Patienten die freie Arztwahl gewährleistet sein muss. Unabhängig von der zukünftigen Kooperationsform sei darauf zu achten, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis geschützt, der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung beachtet und die Transparenz über die Form der Kooperation gewährleistet werde.

Aus den neuen Kooperationsformen ergeben sich offene Fragen bezüglich Bedarfsplanung und Vertragsarztrecht.

Wie werden zukünftig die Kassenarztsitze berechnet und vergeben, wenn es Ärzten erlaubt ist, auch fachfremde Kollegen in der Praxis anzustellen? Wie werden die „gemischten“ Leistungen abgerechnet? So könnte ein niedergelassener Chirurg einen Anästhesisten beschäftigen und seine fachärztlichen Leistungen abrechnen. Aber könnte auch ein Anästhesist mit eigenem ambulanten OP-Zentrum Chirurgen einstellen, die für ihn operieren? Wie viele Scheine dürfen Praxen pro angestelltem Arzt abrechnen? Diese jenseits des Berufsrechts liegenden Fragen werden jetzt schnell von den KVen geklärt werden müssen, denn erst dann können Ärzte abschätzen, wie betriebswirtschaftlich sinnvoll die jeweilige Organisationsform für sie ist.

Muster-Weiterbildungsordnung

Nachdem auf den letzten beiden Ärzte- tagen leidenschaftlich über die Neufassung der Weiterbildungsord- nung gestrit-



„Ein guter Ärztetag – sachbezogen, klare politische Statements und ohne die sonst üblichen innerärztlichen Reibereien. Gerade in der Diskussion um die Weiterbildung sind Grabenkämpfe wie im Vorjahr ausgeblieben.“ Matthias Albrecht, Berlin (li).

„Der Ärztetag hat gerade für die jungen Ärzte etwas erreicht. Hier wurden klare Forderungen zur Arbeitszeit gestellt, die Übergangsbestimmungen für das endende AiP besprochen und weitere dienstrechtlich wichtige Aspekte behandelt. Ich komme mit einem Bündel an Ergebnissen nach Hause, die ich meinen Kollegen vorstellen werde.“ Werner Wyrwich, Berlin (re.)

ten wurde, fassten die Delegierten in Bremen gleich zu Beginn des Tagesordnungspunktes einen wichtigen Beschluss: Für sämtliche Anträge zum Thema internistisch-allgemeinmedizinische Weiterbildung wurde Vorstandsüberweisung beschlossen. Dadurch wurde die Diskussion erheblich verkürzt, denn von den vorliegenden 70 Anträgen zur Weiterbildungsordnung waren davon die Hälfte betroffen.

Der Ärztetag konzentrierte sich dadurch nur noch auf die neuen Zusatzqualifikationen „Ärztliches Qualitätsmanagement“ und „Suchtmedizinische Grundversorgung“, die mit großer Mehrheit eingeführt wurden. Die Abschaffung der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ kam – anders als es der Bundesärztekammer-Vorstand vorgeschlagen hatte – in Bremen nicht durch. In Berlin wurde die

Betriebsmedizin mit der Novelle der Weiterbildungsordnung jedoch bereits abgeschafft.

Fortbildungsordnung

Seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes sind niedergelassene Ärzte gesetzlich dazu verpflichtet, ihre regelmäßige Fortbildung alle 5 Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Auch Krankenhausärzte sind gesetzlich zur regelmäßigen Fortbildung verpflichtet, der Gemeinsame Bundesausschuss muss



„Ich habe oft meine Zweifel, ob wir Delegierten die Tragweite der einzelnen Anträge wirklich begreifen. So begrüßenswert die großzügige Diskussionskultur des Ärztetages, bei der jederzeit neue Anträge gestellt werden dürfen, auch ist, sie führt zu wahren Abstimmungsschlachten. Insbesondere bei den kurzfristig gestellten Anträgen bleibt keine Vorbereitungszeit, um sich mit damit auseinandersetzen zu können. Vielleicht wäre eine „Auszeit“ wie im Sport da hilfreich.“ Roland Urban, Berlin.

jedoch unter Mitwirkung der Bundesärztekammer noch Umfang und Inhalt möglicher Nachweispflichten festlegen.

In Bremen wurde nun eine einheitliche Fortbildungsordnung verabschiedet. Regelrechte Kampfabstimmungen entzündeten sich dabei an der Frage, ob zu den verschiedenen Fortbildungskategorien Punkt-Obergrenzen festgelegt werden sollen oder nicht. Obergrenzen – sie waren in der Vorlage der Bundesärztekammer zunächst vorgesehen – hätten ein Maximum an Punkten für bestimmte Veranstaltungstypen festgelegt, so dass Ärzte eine breitere Streuung und größere Vielfalt von Veranstaltungen hätten besuchen müssen, um ihre Zertifikate zu erhalten.

Doch die Delegierten lehnten die Obergrenzen mit knapper Mehrheit 121:106 ab. Ein Antrag auf zweite Lesung wurde sogar nur noch mit 12 Stimmen Mehrheit abgelehnt. Das Ergebnis zeigt eine tiefe Zerrissenheit der Ärzteschaft in der Frage, wie streng man es mit der eigenen Fortbildungsverpflichtung halten will. Das eher außenpolitisch denkende Lager will die Kriterien nicht zu locker handhaben, weil man die Fähigkeit der Ärzteschaft zu einer ernstzunehmenden Selbstregelung der eigenen Angelegenheiten unter Beweis stellen will. Das eher am eigenen Kraft- und Zeitaufwand orientierte Lager versuchte, die Anforderungen herunterzuschrauben, um den Kollegen das Er-



„Die Tendenz, die Schuld für Probleme des Gesundheitswesens ohne jede Selbstkritik immer nur bei anderen zu suchen, schadet der Ärzteschaft mehr als es Kritik von außen vermag.“ Constanze Jacobowski (re.), Berlin.

reichen ihrer Fortbildungspflichten so leicht wie möglich zu machen. Letztere Gruppe hat sich in Bremen knapp durchgesetzt.

Die Landesärztekammer Berlin verfügt bereits über eine eigene Fortbildungsordnung. Ob diese der in Bremen beschlossenen Musterfortbildungsordnung angepasst wird, ist derzeit noch offen.

Debatte um die Mindestmengen

Werden Operationsergebnisse für die Patienten immer besser, je mehr eine Klinik davon vorzuweisen hat? Sprich: Ist Masse gleich Klasse? Zumindest geht der Gesetzgeber bereits davon aus. So fordert das Fallpauschalengesetz vom April 2002 die Selbstverwaltung dazu auf, Mindestmengen für einen Katalog planbarer Leistungen festzulegen, bei denen „die Qualität des Behandlungsergebnisses im besonderen Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist.“ Die Bundesärztekammer hatte hierzu ein eigenes Gutachten auf den Weg gebracht, das dessen Autor, Prof. Dr. Max Geraedts von der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf auf dem Ärztetag referierte (*veröffentlicht unter <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Qualitaetssicherung/55Externe/ZZGutachten.pdf>*). Geraedts zeigte an Beispielen, dass eine Korrelation zwischen Menge und Qualität nicht bei allen, sondern nur bei wenigen planbaren Leistungen nachgewiesen werden kann.

Dr. med. Daniel Rühmkorf
Medizinjournalist und Delegierter

Anträge der Berliner Delegierten

Sozialpolitik

- **Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit)** u.a.: Angesichts der Bedrohung des solidarischen Gesundheitswesens fordert der Deutsche Ärztetag die Stärkung der finanziellen Basis der GKV durch Versicherungspflicht für alle Bürger, Heranziehen aller Einnahmen zur Beitragsberechnung und deutliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. (Nichtbefassung)
- **Constanze Jacobowski (Fraktion Gesundheit):** Ablehnung des Systems von Kopfpauschalen zur Finanzierung des Gesundheitswesens. (Nichtbefassung)

(Muster-) Weiterbildungsordnung

- **Helmut Mälzer (Allianz):** In der WBO-Übergangsregelung soll bei der Anerkennung der neuen Facharztbezeichnungen darauf geachtet werden, dass eine Weiterbildung in beiden zusammengeführten Fächern zu erfolgen hat. (Vorstandsüberweisung)
- **Klaus Thierse (MB):** Künftige Ärztetage erhalten unter dem Tagesordnungspunkt „Ärztliche Weiterbildung“ einen ständigen Unterpunkt „aktuelle Stellungnahme des BPI zur WBO“. (abgelehnt)
- **Klaus Thierse (MB):** Der Ärztetag soll sich nur mit Änderungsanträgen zur WBO befassen, die zuvor in der Ständigen Konferenz der Bundesärztekammer vorgelegen haben. (Vorstandsüberweisung)
- **Klaus Thierse (MB):** In der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ werden die Weiterbildungszeiten ergänzt um 80 Stunden Hospitation in/oder Supervision durch eine suchtmedizinische Schwerpunkt Einrichtung. (abgelehnt)
- **Klaus Thierse (MB):** Der Deutsche Ärztetag bittet die Landesärztekammern, darauf hinzuweisen, dass die Novellierung der WBO erst nach dem 1.10.2004, dem Stichtag der AiP-Abschaffung, in Kraft tritt, da dann alle Hochschulabsolventen die Vollapprobation erlangen und die Weiterbildung beginnen können. (Vorstandsüberweisung)
- **Werner Wyrwich (MB), Stephan Kraft (Allianz):** Regelung der Vergütung ehemaliger AiP-Stellen nach dem 01.10.2004 sollen gesetzlich verbindlich geregelt werden. (angenommen)

Fortbildungsordnung

- **Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit):** Veranstalter und Referenten müssen den Ärztekammern ökonomische Verbindungen zur Industrie offen legen. (angenommen)
- **Matthias Albrecht (MB):** Der Satz „Die Ärztekammer erkennt von anderen Heilberufskammern erstellte Fortbildungsmaßnahmen als Grundlage der Erteilung eines Fortbildungszertifikats an“ soll ergänzt werden um: „Dabei ist sicherzustellen, dass die anderen Heilberufskammern vergleichbare Bewertungen vornehmen.“ (Vorstandsüberweisung)
- **Vittoria Braun, Hans-Peter Hoffert (BDA):** Wissenschaftliche Vorträge und Veröffentlichungen werden statt mit einem Punkt mit jeweils 8 Punkten im Rahmen der ärztlichen Fortbildung anerkannt. (Vorstandsüberweisung)

(Muster-) Berufsordnung

- **Helmut Mälzer (Allianz):** Streichung der Einschränkung, neben dem eigentlichen Praxissitz noch an zwei weiteren Orten tätig zu sein. (abgelehnt)

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

- **Günther Jonitz, Matthias Albrecht (MB)** u.a.: Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die zeitnahe Einführung eines anonymen, sanktionsfreien Fehlermeldesystems im deutschen Gesundheitswesen. (Vorstandsüberweisung)
- **Matthias Albrecht und Werner Wyrwich (MB):** Frühe Entwicklungsförderung von gestörten Kindern als sozialpolitische Aufgabe; Initiierung von entwicklungspädagogischen Programmen ab dem Vorschulalter. (angenommen)
- **Svea Keller (Allianz):** Zur neuen Patientenkarte: Die Speicherung ihrer persönlichen Daten und der Umgang mit diesen Daten muss von den Patienten kontrollierbar und freiwillig sein. (Vorstandsüberweisung)

Nachruf auf den Kardiologen Hans Hochrein

Im Alter von 75 Jahren starb am 28. April 2004 der Kardiologe Prof. Dr. med. Hans Hochrein. Der in Nürnberg geborene Arzt studierte nach dem Abitur 1948 und einem Krankenpflege-dienst im Lager Friedland in Erlangen und München Humanmedizin. Er promovierte in der klinisch-pharmakologischen Psychiatrie. Ab 1954 absolvierte Hans Hochrein sowohl eine wissenschaftliche Ausbildung in der Pharmakologie als auch eine klinische Weiterbildung in der Kardiologie unter anderem in Heidelberg, Ludwigshafen und Würzburg. Es folgte 1963 die Habilitation und verschiedene Studienaufenthalte in Harvard und Boston.

Im Jahre 1969 wurde Hans Hochrein als Chefarzt an das

Berliner Rudolf-Virchow-Krankenhaus berufen, um dort eine kardiologische Schwerpunkt-klinik mit einer internistischen Intensivstation aufzubauen und bis zu seinem Eintritt in den Ruhestand zu führen.

Hans Hochrein initiierte mit der politisch schwierigen Durchsetzung und Inbetriebnahme des ersten Berliner Notarztwagens 1974 die bestmögliche, heute flächendeckende qualifizierte Primärversorgung für akut vital Bedrohte und insbesondere für kardiologische Notfallpatienten. Für diese Leistung erhielt er 1978 das Bundesverdienstkreuz.

Seine wissenschaftliche Tätigkeit setzte er mit einem klinischen Schwerpunkt fort. Er plädierte als einer der ersten füh-

renden Intensivmediziner und Kardiologen für die prästationäre Lysetherapie beim akuten Myokardinfarkt. Vor dem Hintergrund der hohen Anzahl internistisch-kardiologischer Notfallpatienten, forderte er eine Besetzung des Notarztwagens, zumindest in städtischen Gebieten, durch einen Internisten oder internistisch vorgebildeten Arzt.

Hans Hochrein war eine starke und prägende Arztpersönlichkeit mit kompromissloser Grundhaltung auf dem Boden ethischer Werte. In der Wahrnehmung ärztlicher Pflichten verlangte er von seinen Mitarbeitern die gleiche Geradlinigkeit und den gleichen Einsatz wie von sich selbst. Alltagsentscheidungen mussten fundiert



Foto: privat

und der Arbeitsablauf gut organisiert sein. In der wissenschaftlichen und klinischen Diskussion war Hochrein oft unbequem, immer aber konstruktiv, fair und kompromissbereit. Er starb an den Folgen einer langjährigen, schweren Krankheit.

Prof. Dr. med. Thomas Störk
Dr. med. Thomas Bodemann

Zum Tode von Gerhard Karkut

Nach einem „Leben mit vielen Umwegen“ verstarb am 17. März 2004 PD Dr. med. Gerhard Karkut, der frühere Oberarzt der Frauenklinik am Klinikum Steglitz und Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes Steglitz. In seiner Autobiographie hat er unter dieser Überschrift die vor allem während der Kriegswirren wechselvollen Stationen seines Lebens nachgezeichnet.

Das angestrebte Studium der Medizin an der Humboldt-Universität wurde ihm zunächst verweigert. Deshalb absolvierte er zunächst eine Lehrerausbildung, die er 1956 abschloss. Erst danach wurde er zum Medizinstudium an der gerade neu gegründeten Freien Universität zugelassen. Seinen Lebens-

unterhalt verdiente sich Gerhard Karkut nebenbei weiterhin als Lehrer, abends in der Jugendstrafanstalt Plötzensee und später bei der Polizei.

1962 begann die Medizinalassistentenzeit, die er an unterschiedlichen Häusern und Abteilungen der Stadt ableistete. Seine Facharztausbildung zum Gynäkologen – erfolgreich beendet im Jahre 1968 – erhielt er in der Pulschlinik Charlottenburg und in der Frauenklinik Moabit unter Professor Lax.

Gerhard Karkut hat ab 1969 maßgeblich an der Planung und dem Aufbau der Frauenklinik im Klinikum Steglitz mitgearbeitet. Hier kümmerte er sich vorzugsweise klinisch um die Geburtshilfe. Habilitiert hat er sich als Spätberufener erst 1980.

Als ich 1982 die Klinik übernahm, konnte ich von seiner sprichwörtlichen Besessenheit als Geburtshelfer profitieren. Er hat mit Liebe und Einfühlungsvermögen Kindern auf die Welt geholfen und war über jede von ihm geleitete Geburt mit den Eltern gemeinsam glücklich. Ab 1969 arbeitete Gerhard Karkut an Aufbau und Leitung des „Sozialmedizinischen Dienstes Steglitz“, zu dessen fachlicher Entwicklung er maßgeblich beitrug. Erst durch sein Engagement und seine Beharrlichkeit konnte die damals hoch innovative Kooperation eines niederschweligen Angebots des ÖGD mit einer Universitätsklinik ermöglicht werden.

Gerhard Karkut trat im Mai seinen verdienten Ruhestand



Foto: privat

an. Er war in der Berliner Landschaft der gynäkologischen Kolleginnen und Kollegen eine nicht wegzudenkende Institution. Sein Abgang von dieser Lebensbühne ist ein schwerer Verlust. Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Prof. Dr. med. Hans Weitzel

Testosteron**Risiken bei der Substitution**

Die Gabe von Testosteron, ob als Injektion, peroral oder als Pflaster oder Gel ist medizinisch angezeigt bei klinisch oder labormedizinisch bestätigtem männlichem Hypogonadismus. In den USA stieg die Verordnung dieser Präparate in den letzten 10 Jahren um 500 Prozent, ohne dass anzunehmen wäre, Hypogonadismus als Rechtfertigung für die Applikation von Testosteron hätte in gleichem Maße zugenommen. Es ist zu ver-

muten, dass das Marketing der Hersteller und Anti-Aging-Propagandisten ihren Teil zu diesem Anstieg beigetragen haben. Bei Frauen haben erst große Studien die Risiken einer Hormongabe in der Menopause verdeutlicht, bei Testosteron fehlen entsprechende Langzeitstudien. In einer Publikation wurde neben Empfehlungen zur Überwachung der Therapie mit Testosteron auch der gegenwärtige Wissensstand der Risiken zusammengefasst.

Quelle: N. Engl. J. med. 2004; 350(5): 482

Risiko	Bewertung
Kardiovaskuläre Erkrankungen Fettstoffwechselstörungen Erythrocytose	kein Effekt in physiologischen Dosen keine Lipidverschiebungen bei 3-18 % der Patienten bei transdermaler Anwendung, bei 44% bei Injektion; Überwachung erforderlich
Flüssigkeitsretention	Selten von klinischer Relevanz, bedingt durch Retention von Na, K, Ca, Phosphat, Vorsicht bei Patienten mit Herz-, Leber- und Nierenkrankungen
Benigne Prostatahyperplasie	Selten von klinischer Relevanz, regelmäßige Kontrolle erforderlich
Prostatakarzinom	Unbekanntes Risiko, Langzeitüberwachung erforderlich
Hepatotoxizität	Nur bei oraler Gabe
Schlafapnoe	selten
Gynäkomastie	selten, reversibel nach Absetzen
Hautreaktionen	bei bis zu 66% der Patienten bei Pflaster, bei 5% bei Gel, selten bei Injektionen
Akne oder Hautverfettung	selten
Hodenatrophie/Infertilität	häufig, besonders bei jüngeren Männern, gewöhnlich reversibel nach Absetzen

Anmerkung: Nicht aufgeführt wurden z.B. mögliche zentralnervöse Reaktionen wie Stimmungsschwankungen bis hin zu Depressionen, Steigerung des Blutdruckes, Priapismus. Zusätzlich wird daran erinnert, dass die Serumspiegel von Testosteron tages- und jahreszeitlich schwanken, unterschiedliche Messwerte je nach Labor möglich sind und der untere Normwert von 12 nmol/l am Morgen nicht als fixer behandlungsbedürftiger Grenzwert angesehen werden kann. Der Einsatz von Testosteron als Lifestyle-Droge oder Anti-Aging-Mittel ist medizinisch fragwürdig.

Ezetimib**Myopathie, Lebererkrankung**

Die AkdÄ informiert derzeit über 15 Verdachtsfälle von Myopathien, die nach einigen Wochen unter der Therapie mit Ezetimib (Ezetrol®) auftraten, wobei in 2/3 der Fälle

zusätzlich noch ein Statin eingenommen wurde. Ebenso wie bei 15 berichteten Fällen über Hepatitiden oder erhöhte Transaminasen ist über bleibende Schäden bisher nichts bekannt.

Quelle: Dt. Ärztebl. 2004; 101(14): C 775

Anmerkung: Ezetimib wird als Mittel der zweiten Wahl bei primärer und homozygoter Hypercholesterinämie dann empfohlen, wenn entweder die Gabe eines Statins nicht ausreicht oder als ungeeignet erachtet wird. Die Aussage in der Fachinformation, dass bei gleichzeitiger Anwendung des Arzneistoffes mit Statinen keine klinisch signifikanten pharmakokinetischen Interaktionen festgestellt wurden, trifft zwar zu, verschleiert jedoch die erhöhte Inzidenz von Leberreaktionen und – möglicherweise – die von Myopathien unter der Kombination beider Cholesterinsenker. Die begrenzten Erfahrungen mit Ezetimib (seit November 2002 in D im Handel) lassen nur vorläufige Aussagen über das Spektrum unerwünschter Wirkungen dieser Substanz zu. Dies gilt insbesondere für die am 1.5.2004 in den Handel gekommene fixe Kombination von Ezetimib und Simvastatin (Inegy®).

Ribavirin**Retikulozytopenie**

Bei einem 61-jährigen Mann mit chronischer Hepatitis C kam es 8 Wochen nach Beginn einer Kombinationstherapie mit Interferon alfa-2b und Ribavirin zu einem erheblichen Hb-Abfall (von 15,5 g/dl auf 8,0 g/dl). Trotz Dosisreduktion von Ribavirin auf 600 mg/d fiel der Hb-Wert weiter auf 6,0 g/dl,

wobei sich die Anzahl der Retikulozyten von $7,8 \times 10^4/\mu\text{l}$ auf $0,2 \times 10^4/\mu\text{l}$ vermindert hatte. Im Knochenmark fand sich eine selektive Verminderung der Vorläuferzellen der Erythrozyten, so dass die Diagnose „akute isolierte Erythrozyten-Aplasie“ gestellt wurde. 24 Wochen nach Absetzen von Ribavirin hatten sich die Werte normalisiert.

Quelle: N. Engl. J. med. 2004; 350: 1264

Anmerkung: Nach Angaben des Herstellers tritt während der Einnahme von Ribavirin bei bis zu 14 % der Patienten ein Hb-Abfall unter 10 g/dl auf. Er empfiehlt eine Dosisreduktion auf 600 mg/d, die im obigen Fall jedoch nicht ausreichte.

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

Kuschelige Ko-Therapeuten

Ausstellung über tierische Kommunikation

Ein Hund, der die Tür aufkriegt? Das mag Frauchen gar nicht! Der „Behinderten-Servicehund“ aber hat’s extra gelernt. Blindenhunde gibt’s ja schon lange. Aber dies hier ist ein neues Berufsbild für unsere gelehrigen Freunde und Helfer seit Urzeiten. (Wir zähmten die Wölfe schon vor 135 000 Jahren.) Darüber kann man sich derzeit im Museum für Kommunikation informieren, vor über hundert Jahren als „Reichspostmuseum“ erbaut.



Foto: Museum für Kommunikation Berlin

Eine Sektion der Ausstellung über tierische Kommunikation ist dort den kuscheligen Ko-Therapeuten gewidmet. „Tiere tun Menschen gut“, das weiß man seit langem. Sie bringen nicht nur Laufmuffel auf Trab und Maulfaule ins Gespräch, senken den Blutdruck und locken die Glückshormone. Bei kontaktgestörten Kindern und Alten, bei Behinderten und psychisch Kranken scheinen sie oft Wunder zu wirken. Der amerikanische Psychotherapeut Levison entdeckte die „Pet facilitated therapy“ Ende der sechziger Jahre per Zufall wieder: Ein fast autistisches Kind kam mit seinen Eltern zu früh zur Erstberatung. Des Doktors Hund war noch im Zimmer, begrüßte das Kind stürmisch, leckte ihm das Gesicht. Es zeigte keine Furcht, sondern kuschelte sich an ihn – der Beginn einer erfolgreichen Behandlung mit diesem Ko-Therapeuten.

Daraus entstand eine weltweite Bewegung, die in den neunziger Jahren auch Deutschland erreichte. Hier gibt es inzwischen den Verein „Leben mit Tieren“, der zum Beispiel ehrenamtliche Heimbesuche mit Hund organisiert. In manchen Alten- und Pflegeheimen richtete man auch „Kaninchenstunden“ ein oder ständige Streichelzoos, wie für Kinder, und die „Helfer auf vier Pfoten“ holen sozial deprivierte Kinder und kontaktgestörte Greise aus der Isolation.

In der Ausstellung gibt’s aber noch viel mehr Interessantes und Amüsantes zu sehen und zu hören (über Kopfhörer – und in einem Begleitprogramm). Arzt und Ärztin sollten also samt Kindern oder Enkeln den diversen Pfotenspuren die breite Treppe hinauf folgen. Oben in dem schön restaurierten

wilhelminisch-pompösen Bau – und vertiefend aus dem Begleitbuch – erfährt man beispielsweise: Wie und warum leben Verhaltensforscher unter Menschenaffen oder Wildschweinen? Weshalb singen Vögel mit Vorliebe frühmorgens? Wie funktioniert das Zeichensystem zwischen Zirkustieren und -menschen so, dass ein riesiger Eisbär einem zierlichen Mädchen ein Stück Zucker von den Lippen „küsst“? Wie verständigen Tiere sich untereinander? Sind Fische wirklich alle stumm? (Keineswegs – Morgenstern müsste „Fisches Nachtgesang“ umschreiben.) Konnte der „Kluge Hans“, Pferd eines Berliner Mathematikers, tatsächlich rechnen? Nein; sein Herr beeinflusste ihn genauso stark durch unbewusste Mimik und Gestik wie Ärzte ihre Patienten – weshalb man auch in der Verhaltensbiologie zu strengen Versuchsan-

ordnungen analog dem Doppelblindversuch kam.

Andererseits: Grüne Meerkatzen warnen vor Adler, Leopard und Schlange mit unterschiedlichen Signalen. Und zahlreiche Experten bestätigten die kognitiven Kompetenzen des gut trainierten Graupapageis Alex. Er konnte über hundert Objekte identifizieren, anfordern, zurückweisen, teils auch kategorisieren, steht im begleitenden Essayband „Tierische Kommunikation“. Die Einleitung ist von keinem Geringeren als Günther Tembrock, das Nachwort legt man Olga von Preußenstein in die edle Schnauze. (Für den unblutigen Umgang mit ihren Artgenossen schult sie zusammen mit Hundetrainer Stefan Begier gefährdete Briefträger).

In diesem informativen Buch, das zugleich auch zwei tierische Schwester-Ausstellungen in Oldenburg und Bremen begleitet, wird übrigens der Ausstellungstitel „Tiere lügen nicht“ Lügen gestraft. Hören wir Mustafa, 13: „Na klar, Tiere lügen auch mal.“ Die Forschung hat’s bestätigt: In Amerika schrecken bestimmte Vögel schon als Nestlinge Feinde ab, indem sie das Raseln von Klapperschlangen nachahmen. Und Vitus Dröschers unterhaltsames, aber wissenschaftlich fundiertes Buch „Die freundliche Bestie – Forschungen über das Tier-Verhalten“ (Oldenburg-Hamburg 1968) enthält ein Kapitel „Lügen haben vier Beine“. Da zitiert er Forscher im Dutzend, die tierische Lügen beobachteten, sogar messbar machten. Das Opossum zum Beispiel stellt sich tot, wenn es sich von einem übermächtigen Feind attackiert glaubt. Und im Experiment zeigte das EEG als „Lügendetektor“ an: Das erstarrte Tier stand durchaus nicht unter Schock, die Hirnaktivität war völlig normal.

Rosemarie Stein

„Tiere lügen nicht – Facetten tierischer Kommunikation“. Museum für Kommunikation Berlin, Leipziger Straße 16, Telefon: 30 202 9040. Bis 29.8.04, Di-Fr 9-17, Sa/So 11-19 Uhr. Begleitbuch „Tierische Kommunikation“ (kein Katalog) im Museum 19,80 Euro.