

Darf Rentabilität unser Maßstab sein?

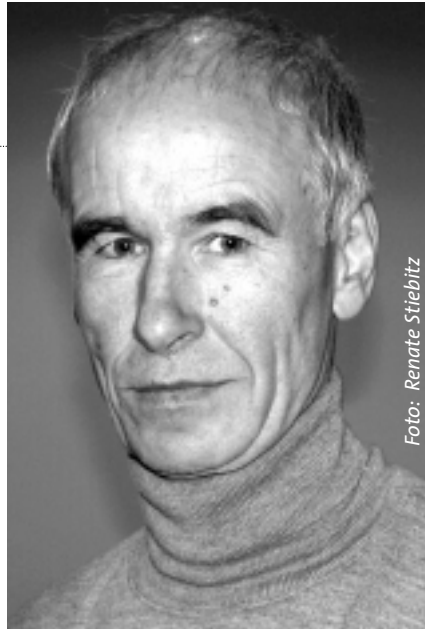


Foto: Renate Stiebitz

Dr. med. Andreas Grüneisen

... ist Oberarzt der Hämatologie und Sprecher der Fraktion Gesundheit in der Ärztekammer Berlin

Was die DRG's für Krankenhäuser bedeuten, nimmt langsam Gestalt an und nun kommt das böse Erwachen: Der Staat verabschiedet sich aus seiner Verantwortung für die Krankenhausplanung. Ein Krankenhaus ist nun zunächst nicht mehr bedarfsgerecht, es muss zuerst rentabel sein. Es dient nicht mehr in erster Linie der Versorgung der Kranken, sondern die Versorgung der Kranken dient dazu, Geld damit zu verdienen. Der Erfolg eines Krankenhauses hängt zukünftig davon ab, in welchem Umfang der Ressourceneinsatz minimiert werden kann. Will eine Klinik im Konkurrenzkampf überleben, muss sie ihre Kosten für die Behandlung senken, um ihre Leistung am Markt billiger anzubieten. Das führt zwangsläufig zum Verlust an Qualität.

Nach außen wird dies erst sehr spät spürbar, denn lange Zeit kompensieren dies die Beschäftigten in den Krankenhäusern über Engagement und Mehrarbeit. In den Häusern dagegen ist der Verlust an Behandlungsqualität für die Kollegen täglich sichtbar und wird auch für die Patienten spürbar: Ausdünnung des ärztlichen und pflegerischen Personals auf den Stationen und in den Operationssälen; Arbeitsverdichtung bis zur Dekompensation, explosionsartige Ausdehnung arztfremder Verwaltungstätigkeit- die Krankengeschichten sind heute doppelt so dick wie vor 5 Jahren,

Arztbriefe zeichnen sich nur noch durch eine medizinisch kaum mehr zu begründende Sammlung DRG-relevanter Diagnosen aus. Für ein Gespräch mit dem Patienten bleibt kaum mehr Zeit. Fortbildung erfolgt fast nur noch für effizientere Kodierung. Eine Weiterbildung der Assistenten findet praktisch nicht mehr statt.

Der Paradigmenwandel in der Krankenhauslandschaft „Kunde Patient kauft Ware Gesundheit“ hat bereits jetzt viel größere Auswirkungen auf unseren Alltag, als wir meinen. Wir alle wissen, Patienten sind überhaupt nicht in der Lage wie „freie Konsumenten“, zwischen verschiedenen Produkten frei zu wählen. Aber wir Ärzte als Vertreter der Krankenhäuser repräsentieren zukünftig Verkaufsstätten von Gesundheitsleistungen. Die Arzt-Patienten Beziehung definiert sich dann nur noch über das Geld; die Leiden der Patienten werden nach ihrer „Abrechenbarkeit“ taxiert. Es wird lukrative Patienten geben, um die der Wettbewerb entbrennt und solche, die man meidet, weil sie sich nicht rechnen! Kurzentlassungen und Wiederaufnahmen zur Fallzahlerhöhung werden als medizinisch notwendig suggeriert. Unsere eigenen Kriterien für medizinische Notwendigkeit werden schwammig, die Patienten wiederum verlieren ihr Vertrauen in unsere Integrität.

Die Beschäftigten in den Krankenhäusern können sich dieser Logik aus Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes kaum mehr entziehen. Abteilungen überleben zukünftig nicht wegen ihrer gesundheitspolitischen Notwendigkeit, sondern nach ihrem Case-Mix-Index.

Da wird es auch ganz unerheblich, ob an den „Hebeln der Macht“ fachfremde Betriebswirte oder, wie von Standesvertretern gefordert, Ärzte sitzen: die Logik des Systems führt zu immer denselben Entscheidungen: Rentabilität ist angesagt um jeden Preis, auch um den der Qualität.

Es macht Mut zu sehen, dass immer mehr Ärzte und Ärztinnen erkennen, dass die Verschlechterungen ihrer Arbeitsbedingungen in diesen Zusammenhängen zu sehen sind. Die kürzlich in dieser Zeitung veröffentlichte Charta zur ärztlichen Berufsethik stellt eindeutig fest, dass Ärzte bei der Wahrung der ethischen Prinzipien auch auf die „Verbesserung der Gesundheitssysteme“ zu achten haben. Das muss auch für die neue Krankenhauspolitik gelten.

Gesundheit ist keine Ware!

Andreas Grüneisen



TITELTHEMA.....

Jagd auf einen oft harmlosen Gast

Die Prostatakrebs-Früherkennung durch PSA-Test
in der Diskussion

Wirksamkeitsnachweis noch nicht erbracht

Der PSA-Test als Früherkennungsmaßnahme hat die Zahl der entdeckten Prostatakarzinome rapide ansteigen lassen. Die Sterblichkeit ist jedoch nicht zurückgegangen. Ergo: Es werden viele harmlose Tumoren entdeckt, die den Patienten auch unentdeckt nie gestört hätten.

Von Nikolaus Becker14

Was spricht für den PSA-Test?

Obwohl er bislang noch nicht nachweislich die Sterblichkeit senkt, hat der PSA-Test einen erfreulichen „Stadienshift“ gebracht.

Von Kurt Miller18

To sell or to tell?— Der PSA-Test als IGeL-Leistung

Wer den PSA-Test als IGeL-Leistung anbietet, sollte seine Patienten über die Grenzen seines Nutzens und seiner Möglichkeiten korrekt und ehrlich aufklären. Hier zeigen wir, was nicht unter den Tisch fallen sollte.

Von Jürgen Windeler20

PSA-Screening in der Praxis

Unsere Autorin ist niedergelassene Urologin und bewertet den PSA-Test aus Sicht der Praxisanwendung. Sie rät dazu, ihn als isoliertes Früherkennungsinstrument nicht zu überschätzen.

Von Doris Diekhans23

MEINUNG.....

Darf Rentabilität unser Maßstab sein?

Von Andreas Grüneisen3

BERLINER ÄRZTE aktuell ...6**Sicherer verordnen12**
Zunahme der Syphilis-Meldungen
Informationen des RKI13
BERUFS- UND
GESUNDHEITSPOLITIK....**Leichte Rentenerhöhung beschlossen**

Bericht von der Delegiertenversammlung am 29. September 2004

Von Juan Andrés Bernhardt25

PERSONALIEN.....

Ruth Mattheis wird 8528

FEUILLETON.....

Das Buch-Büchlein

Der Biochemiker Heinz Bielka (früher Max-Delbrück-Zentrum, heute im Ruhestand) hat in Eigenarbeit ein anregendes Büchlein zur Geschichte des Klinikums Buch zusammengestellt.

Von Rosemarie Stein29

Impressum34

Kammer fordert Offenlegung aller Studienergebnisse

Anlässlich der Marktrücknahme des Schmerzmedikaments Vioxx fordert die Ärztekammer Berlin den Gesetzgeber auf, im Sinne eines besseren Patientenschutzes die Informationspolitik zum Thema „Arzneimittelstudien“ neu zu überdenken. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz forderte in einer Presseerklärung im Oktober das systematische Offenlegen von Studienergebnissen klinischer Prüfungen, das es bislang nicht gibt. Zwar sind Arzneimittelhersteller verpflichtet, laufende und abgeschlossene klinische Prüfungen und deren Ergebnisse bei den Arzneimittelbehörden aller Staaten registrieren zu lassen, in denen die Medikamente zugelassen sind. Die Öffentlichkeit kommt an diese Informationen jedoch bislang nicht heran.

Selbst Ethikkommissionen bei Ärztekammern und Universitäten, die bei Arzneimittelstudien am Menschen unter anderem auch den Nutzen für den Patienten überprüfen müssen, können auf das Register der klinischen Prüfungen (in Deutschland ist es am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/BfArM angesiedelt) nicht zurückgreifen. So kann zum Beispiel nicht nachgesehen werden, ob die Fragestellung einer neuen Studie nicht bereits von einer schon vorhandenen beantwortet wurde und dort möglicherweise auch negative Wirkungen für den Patienten festgestellt wurden. Bislang funktioniert nur die Information über auffällige unerwünschte Nebenwirkungen gut, die sich im Praxisgeschehen bemerkbar machen und über Ärzte

an die Arzneimittelbehörde rückgemeldet werden. Doch beim Thema „Studienergebnisse“ ist der Informationsfluss vergleichsweise schlecht.

Jonitz forderte zudem eine Kennzeichnungspflicht neu zugelassener Arzneimittel, wie sie bereits in Großbritannien praktiziert wird. „Ärzte und Patienten wissen dann genau, dass sie es hier mit einem neuen Arzneimittel zu tun haben, über dessen unerwünschte Nebenwirkungen im Praxisalltag noch wenig Erfahrung vorliegt.“ Auch dies kann für alle Beteiligten sinnvoll sein, da es die Aufmerksamkeit zu Nebenwirkungen erhöht.

** Das Mittel wurde am 30.9.2004 von der Firma MSD Sharp & Dohme GmbH vom Markt genommen, nachdem 3-Jahres-Daten aus der APPROVe-Studie ein erhöhtes relatives Risiko kardiovaskulärer Ereignisse belegten. Die Patienten hatten über einen längeren Zeitraum täglich 25 mg Rofecoxib erhalten.*

Bundestagung zur Frauengesundheit

Ein geschlechtergerechtes Gesundheitswesen fordert der Arbeitskreis Frauengesundheit und wird hierzu auf seiner Bundestagung Mitte November in Berlin eine Charta vorlegen. Sie soll helfen, den unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnissen von Männern und Frauen besser gerecht zu werden.

Aufgrund verschiedener körperlicher, biologischer und sozialer Voraussetzungen können sich Krankheitsläufe bei Männern und Frauen stark unterscheiden, wie die medizinische Frauenforschung seit langem belegt.

Die AKF-Jahrestagung findet statt am Wochenende 13. und 14. November 2004 im Rathaus Schöneberg, Willy Brandt-Saal.

Am Samstag geht es um 9 Uhr los. Mehr Informationen unter www.akf-info.de.

Interessierte Berliner Ärztinnen und Ärzte sind herzlich eingeladen.

Der Arbeitskreis Frauengesundheit ist ein Zusammenschluss aus Ärztinnen und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe.

Unser Tip: Nutzen Sie den Newsletter der Arzneimittelkommission!

Das Beispiel Vioxx zeigt exemplarisch, wie lange es dauert, bis Erkenntnisse über unerwünschte Arzneimittelwirkungen in die Ärzteschaft einsickern und auch beim Hersteller zu Konsequenzen führen. Das ließe sich beschleunigen, wenn Ärzte zumindest die verfügbaren Informationen nutzen würden und damit einen entsprechenden Marktdruck erzeugen. Eine gute Quelle - zumindest zum aktuellen Kenntnisstand

über unerwünschte Arzneimittelwirkungen - ist für Ärzte die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Sie arbeitet eng mit dem BfArM zusammen und tauscht mit der Behörde laufend Erkenntnisse über UAWs aus. So hatte die Arzneimittelkommission bereits im Mai 2002 auf möglicherweise vermehrt auftretende kardiovaskuläre Nebenwirkungen von COX-2-Inhibitoren hingewiesen!

Die Arzneimittelkommission veröffentlicht neueste Informationen zu UAWs regelmäßig im Deutschen Ärzteblatt. Schneller und persönlich erhält man die Information jedoch über den Online-Newsletter der Arzneimittelkommission. Er ist kostenlos zu bestellen über die Internet-Homepage der Arzneimittelkommission www.akdae.de im Kapitel „Newsletter“ bei „An- und Abmeldungen“.

Aktionen

Krankenhausärzte melden sich zu Wort



Flugblattaktion auf dem Wittenbergplatz. Unter dem Motto „Gesundheit ist keine Ware“ informierten 15 Ärztinnen und Ärzte am 23. September Passanten über die Konsequenzen aus Personal-Einsparungen. Die Aktion war Teil einer Reihe von Veranstaltungen, die die Fraktion Gesundheit zu den Strukturänderungen und Personalkürzungen in mittlerweile fast allen Berliner Krankenhäusern organisiert hatte. Den Auftakt machte eine Diskussion in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung am 26. August. Zu den formulierten Warnungen vor dem greifbaren Qualitätsverlust in der Krankenversorgung gab es ein lebhaftes

Presse-Echo. „Vom Krankenhaus zur Gesundheitsfabrik“ war der Titel einer Podiumsdiskussion im GRIPS-Theater. Unter der Moderation von Andreas Grüneisen diskutierten R. Stähler (DPW), J. Trinogga (AOK Brandenburg),

H. U. Deppe (Frankfurt), Eva Gürster (Verdi NRW) und W. Albers (Humboldt-Klinikum).

In der Diskussion wurde klar, dass die Umwandlung der Krankenhäuser in profitorientierte Unternehmen zu gravierenden Veränderungen führen, die weit in das Arzt-Patientenverhältnis hineinreichen. Man war sich einig, dass die Ökonomisierung der Medizin ungehindert weitergehen wird, wenn nicht im Krankenhaus Tätige unter Einbeziehung der Öffentlichkeit die begonnene Diskussion fortführen. Weitere Aktionen und Veranstaltungen sind geplant.

Broschüre

Umweltbelastungen



Eine neue Broschüre des Umweltbundesamtes informiert über Umweltbelastungen, die im täglichen Alltag eine Rolle spielen. Die Broschüre gibt Einschätzungen über den Grad der Gefahren und nennt Tipps, wie man sich schützen kann und welche Ansprechpartner einem bei Fragen weiterhelfen können.

Wer die Broschüre mit dem Titel „Umwelt und Gesundheit in Deutschland – Beispiele aus dem täglichen Leben“ fürs Wartezimmer bestellen möchte, wende sich bitte an das Umweltbundesamt, Zentraler Antwortdienst, Postfach 33 00 22, 14191 Berlin oder an die e-mail-Adresse uba@stk.de.

Soziale Fragen

Kongress „Armut und Gesundheit“

Mehr als 1000 Besucher werden sich auf dem 10. Kongress „Armut und Gesundheit“ zu Fragen rund um die Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen austauschen. Der Kongress, der seit Jahren als wichtigste Netzwerk-Plattform zu diesem Thema gilt, wird am Freitag/Samstag, den 3. und 4. Dezember 2004 im Berliner Rathaus Schöneberg stattfinden.

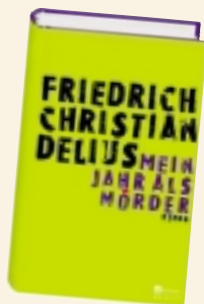
Mehr Informationen, Programm und Anmeldung unter www.armut-und-gesundheit.de oder unter Tel. 44 31 90 60 bei der Gesundheit Berlin e.V., die den Kongress organisiert. Der Teilnahmebeitrag für beide Kongresstage beträgt regulär 50 Euro.

Behandlungszentrum für Folteropfer

Lesung

Zu einer Lesung mit dem Schriftsteller Friedrich-Christian Delius laden das Behandlungszentrum für Folteropfer, die Ärztekammer und die KV Berlin alle interessierten Ärzte ein. Die Lesung findet statt am

Montag, den 15. November 2004 um 20 Uhr im Hörsaal des Krankenhauses Moabit, Turmstr. 21, 10559 Berlin.



Dr. Groscurth im Krankenhaus Moabit

Delius präsentiert seinen neuesten Roman „Mein Jahr als Mörder“, der ein Stück ärztlicher Widerstandsgeschichte illustriert. Im Mittelpunkt steht das Schicksal des Berliner Arztes Georg Groscurth, der in den 30er Jahren am Krankenhaus Moabit arbeitete und einer der wenigen Berliner Ärzte war, die konsequent Widerstand gegen das Nazi-Regime leisteten. Groscurth wurde 1943 verhaftet und ein Jahr später hingerichtet.

Leitfaden

Gewalt gegen Kinder

Der auf die Zielgruppe „Ärzte“ zugeschnittene umfangreiche Berliner Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“, wurde jetzt aktualisiert und überarbeitet. Er bietet Ärzten Hilfe bei Diagnostik und Therapie von Misshandlungen an Kindern. Besonders wertvoll ist der Anhang mit über 300 Adressen von Hilfseinrichtungen und speziellen Beratungsangeboten.

Interessenten können den Leitfaden nach telefonischer Anmeldung kostenlos abholen in der Plan- und Leitstelle Gesundheit des Bezirksamtes Friedrichshain/Kreuzberg, Tel. 9 02 98 – 83 17.

Strukturierte Behandlung

DMP Koronare Herzkrankheit

Bessere Versorgung für Patienten mit chronisch koronarer Herzkrankheit (KHK) in Berlin verspricht seit Oktober das sektorenübergreifende Disease Management Programm (DMP) KHK. An der strukturierten Behandlung von KHK-Patienten wirken Hausärzte als Koordinatoren mit. Kardiologen und Facharzt-Internisten mit Qualifikationsnachweis in der Kardiologie übernehmen den Part der fachärztlich qualifizierten Versorgung.

Von Seiten der Kliniken ist bisher das Paritätische Krankenhaus Lichtenberg mit im Boot. Weitere Krankenhäuser wollen

beitreten, hatten bis Redaktionsschluss jedoch noch keinen Vertrag mit der Arbeitsgemeinschaft der Berliner Krankenkassen geschlossen. Die DMP-Partner aus allen drei Versorgungsbereichen weisen zur Teilnahme am Programm nach, dass sie bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen.

Zudem verpflichten sich die niedergelassenen Haus- und Fachärzte zur regelmäßigen Teilnahme an KHK-spezifischen Fortbildungsveranstaltungen. Wie bei allen strukturierten Behandlungsprogrammen folgen Diagnostik und Therapie auch bei KHK den Leitlinien, die auf Bundesebene definiert wurden. Die Programme für KHK starteten zeitgleich Anfang Oktober im Nachbarland Brandenburg. *ami*

Neue Fortbildungsreihe

Häusliche Gewalt

Die gesundheitlichen Auswirkungen häuslicher Gewalt können vielfältig sein. Physische und psychische sowie psychosomatische Beschwerden, häufig auch chronische, sind die Folgen. Ärzte sind in den meisten Fällen als Erste und häufig Einzige mit den Folgen von Gewaltanwendung konfrontiert.

In Kooperation mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung bietet die Ärztekammer Berlin jetzt eine Fortbildungsreihe zu diesem Thema an, das aus drei Modulen besteht. Themenschwerpunkte der Auftaktveranstaltung am 19. November 2004 sind medizinisch-diagnostische Fragestellungen, die rechtssichere Dokumentation der Befunde und Fragen zur ärztlichen Schweigepflicht. Spezifische Fragen der Prävalenz, diagnostische Kriterien, Dokumentation und ärztliches Vorgehen in Fällen häuslicher Gewalt gegen Frauen, Kin-



der und ältere Menschen stehen im Mittelpunkt des Moduls II (Februar 2005).

Modul III (April 2005) widmet sich der interprofessionellen Zusammenarbeit insbesondere bei der Prävention häuslicher Gewalt und zeigt Kooperationsmöglichkeiten zwischen Einrichtungen im Gesundheitswesen und mit lokalen Institutionen für Gewaltopfer.

Auftaktveranstaltung
19.11.2004, 17 bis 20.30 Uhr,
Veranstaltungsort: Kaiserin-Friedrich-Haus, Hörsaal, Robert-Koch-Platz 1, 10115 Berlin,
4 Fortbildungspunkte, die Teilnahme ist kostenlos, eine Anmeldung ist nicht erforderlich, Informationen sind unter 40806 - 1301 oder - 1303 erhältlich.

Auf neuen Pfaden

Berliner Arzt gründet Job-Auktionsbörse

Für erheblichen Medienwirbel sorgte kürzlich der Berliner Arzt Dr. med. Alexander Stellfeldt mit seiner neuen Geschäftsidee. Vor wenigen Wochen gründete der 40-Jährige unter www.JobBerlin.com Deutschlands erste Job-Auktionsbörse im Internet. Vermittelt werden dort Arbeitskräfte aller Art. Nach dem Motto „Drei, zwei, eins ... meins“ drehte Stellfeldt allerdings das Ebay-Prinzip von den Füßen auf den Kopf: Nicht wer am meisten bietet, sondern wer seine Arbeitskraft am günstigsten offeriert, erhält den Zuschlag.

Stellfeldt ist eigentlich auf anderem Gebiet tätig; mit seiner Firma Geniomed bietet er In-

ternet-Servicedienstleistungen und Suchmaschinenoptimierungen für Ärzte an. Doch angeregt vom Erfolg der Internetbörse Ebay hatte der früher in der Dermatologie tätige Arzt eine zusätzliche Idee; warum nicht nach diesem Prinzip auch Jobs vermitteln?

Schon nach wenigen Wochen verzeichnete die Page 16.000 Zugriffe und wird in den Medien als „Antwort auf Hartz IV“ gehandelt. Aber auch Kritiker meldeten sich zu Wort. „Moderner Sklavenhandel“ und „Schwarzarbeiterbörse“ lauten die Vorwürfe, vor allem von Gewerkschaftsseite. Das sieht der Chef entspannt, immerhin könnten Menschen bei seiner

Börse frei und selbstständig entscheiden, bei welchem Preislimit sie wieder aussteigen wollen. Zudem seien alle Teilnehmer dem Finanzamt namentlich bekannt, so Stellfeldt gegenüber BERLINER ÄRZTE. Auch erhalte nicht immer nur das billigste Angebot den Zuschlag.

Wie viele seiner Kollegen stieg der Arzt noch während der laufenden Facharztweiterbildung aus der aktiven klinischen Arbeit aus. Jetzt gehöre sein Leben erst mal Geniomed, versicherte er der Redaktion. Doch so ganz wollte Stellfeldt die Verbindung zu seinem ursprünglichen Beruf denn doch nicht kappen: Nebenbei arbeitet er als ärztlicher Berater für eine kinder- und jugendmedizinische Webseite.

Psychotherapeutenkammer

Ämter niedergelegt



Gisela Borgmann

Die Präsidentin der Berliner Psychotherapeutenkammer, Gisela Borgmann, hat im September aus persönlichen Gründen ihre Ämter niedergelegt. Sie

wird Berlin verlassen. Vorstand und Delegiertenversammlung bedauerten dies sehr, akzeptierten jedoch die persönliche Entscheidung.

Bis auf weiteres führt der Vizepräsident, Heinrich Bertram, die Geschäfte des Präsidenten.

Ambulante Chemotherapie

Integrationsversorgung nimmt Fahrt auf

Niedergelassene Berliner Ärzte zeigen viel Eigeninitiative zum Einstieg in die Integrierte Versorgung. Ende September startete ein Integrationsprojekt des Berufsverbands der niedergelassenen internistischen Onkologen mit dem Ersatzkassenverband VdAK zur ambulanten präventiven Chemotherapie nach Brustkrebsoperationen. Ein Netz von niedergelassenen Hals-Nasen-Ohren-Ärzten im Nordosten Berlins hat bereits im Sommer einen regionalen Integrationsvertrag mit der BKK VBU geschlossen.

Die Integrierte Versorgung soll seit Jahresbeginn die Grenzen zwischen den Versorgungssektoren überbrücken. Zur Finanzierung dürfen die Krankenkassen von Kliniken und Kas-

senärztlicher Vereinigung bis 2006 jeweils ein Prozent der Budgets einbehalten, wenn die Gelder für die Integrationsprojekte verwendet werden.

„Der Wettlauf hat begonnen“, sagt Prof. Dr. med. Harald Mau, Vorsitzender des NAV-Virchowbundes Berlin und Delegierter der Ärztekammer Berlin. „Es ist ein Wettlauf um die Patienten, deshalb kann ich den Niedergelassenen nur raten, ihre Chancen zu nutzen“, so Mau. Er verweist auf eine Analyse der Unternehmensberatung Roland Berger. Demzufolge werden im Jahr 2010 etwa 17 Milliarden Euro aus der Gesetzlichen Krankenversicherung in die Integrierte Versorgung fließen.

Verabschiedung

Die Welt in Zahlen

Reinhard Reuter, der Versicherungsmathematiker der Berliner Ärzteversorgung, hat sich in den Ruhestand verabschiedet. In einer kleinen Feierstunde bedankte sich Kammer-Vizepräsident Dr. med. Elmar Wille, der auch dem Verwaltungsausschuss der Ärzteversorgung vorsitzt, bei Reuter für dessen engagierte Arbeit.

Das Verdienst eines guten Versicherungsmathematikers ist es, mit feinen Antennen in die Zukunft zu sehen. Er muss Entwicklungen frühzeitig erkennen und in Rentenformeln einbauen. Dies können zum Beispiel längere Lebenserwartungen, regionale Entwicklungstrends, sich aus Gesetzen ergebende neue Ansprüche, Veränderungen auf den Finanz-



Foto: Zapp

Reinhard Reuter und Dr. med. Elmar Wille bei der Verabschiedungsfeier

märkten und Ähnliches sein. Reuter beherrschte die Disziplin mit Bravour. Die härteste Nuss, die der heitere und besonnene Rechner zu knacken hatte, war – wen wundert's – die rententechnische Integration der Ostberliner Ärzte nach der Wende.

Einkommen

Wenig Geld für Ärzte

Nur wenige Ärzte in Berlin haben im letzten Jahr monatlich 5100 Euro oder mehr verdient. 30 % der angestellten und 21,1 % der niedergelassenen Berliner Ärzte verdienten sogar weniger als 2550 Euro vor Steuern und Sozialversicherung. Die Mehrheit der angestellten Ärzte

(51,9 %) erhielt ein Salär von 2550 bis 5100 Euro pro Monat. Mehr als ein Viertel der Niedergelassenen (27,8 %) musste mit Beträgen in der gleichen Größenordnung auskommen.

Verlässlichen Aufschluss über die Einkommenssituation der Berliner Ärzte geben alljährlich die Daten der Berliner Ärzteversorgung. Wer weniger als den 1,0-fachen Satz einbe-

zahlt, muss mit Finanzamtsbescheiden belegen, dass er weniger als 5100 € verdient. Dazu waren im vergangenen Jahr 2407 von insgesamt 4923 niedergelassenen und 7720 von 9423 angestellten Pflichtmitgliedern im Berliner Versorgungswerk gezwungen.

„Bei den nichtselbstständigen Mitgliedern weiß man allerdings nicht, wie hoch der Anteil der Halbtagskräfte und

der Berufsanfänger ist“, sagte der Vizepräsident der Ärztekammer Berlin und Vorsitzende des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung, Dr. med. Elmar Wille.

Er wies zudem darauf hin, dass viele Mitglieder freiwillig einen höheren Beitrag zahlten, weil sie das Versorgungswerk als gute Kapitalanlage betrachteten. Die angegebenen Zahlen sind somit Mindestzahlen. *ami*

Wann kommt der Haustarif an der Charité?

Seit mehr als einem Jahr will sich die Charité mit einem Haustarifvertrag vom BAT abkoppeln und zu einer leistungsorientierten Bezahlung ihrer Ärzte übergehen. Nun kommt der Stein langsam ins Rollen. Anfang Oktober fand ein erstes Sondierungstreffen zwischen dem Charité-Vorstand, verdi und dem Marburger Bund statt. Ob verdi verhandelt, stand bei Redaktionsschluss jedoch noch nicht fest. „Mein persönlicher Eindruck war, dass verdi Berlin sehr interessiert daran ist, die besondere Rolle der Charité anzuerkennen“, sagte Charité-Vorstands-Chef Prof. Dr. med. Detlev Ganten nach dem Sondierungsgespräch.

Zunächst braucht verdi jedoch ein Verhandlungsmandat der Gewerkschaftsmitglieder in den vier Universitätsklini-

ken und Grünes Licht von der Bundesebene. Ganten sagte: „Wir wollen nicht darauf warten, dass neue Tarife auf der Bundesebene verabschiedet werden.“ Die Ärzte der Charité fordern seit langem einen leistungsorientierten Haustarif.

„Die Bereitschaft zu einem Haustarifvertrag ist unter den Ärzten recht groß. Wir wollen auch eine schnelle Einigung“, sagte Dr. Werner Wyrwich, Chirurg am Charité-Campus Benjamin Franklin und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin. Der Marburger Bund, dem Wyrwich angehört, hatte kürzlich eigene Rahmenbedingungen für einen Tarifvertrag der Ärzte vorgelegt (wir berichteten). Charité-Chef Ganten will diese Vorschläge in die Verhandlungen einbeziehen. *ami*

Charité

Protestanzeige zeigte Wirkung

Teilerfolg für die Charité-Assistenten, die vorigen Monat aus Protest über Gehaltskürzungen ein Sammel-Stellengesuch im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten (wir berichteten). 458 Stellenangebote gingen in Reaktion auf die Sammelanzeige ein. Die Leitung der Charité drehte inzwischen bei und zahlt ihren Assistenten nun aus einem Fonds einen Weihnachtsgeld-Ersatz. Zudem bleibt der Bewährungsaufstieg BAT IIa/IIb zunächst erhalten. Die Erhöhung der Wochenarbeitszeit auf 40 Stunden bleibt jedoch auch bestehen. Die Einigung gilt zunächst nur bis 31.12.2004.

Psychosomatik

Thure von Uexküll starb 96jährig



Thure von Uexküll

Zum Neunzigsten hatten wir ihm eine kleine subjektive Festschrift gewidmet, integriert ins Heft 3/1998 BERLINER ÄRZTE. Nun ist Thure von Uexküll friedlich entschlafen. Er galt als Doyen der deutschen Psychosomatik, dennoch blieb er sein Leben lang Internist. Aber er suchte sich seine erste Assistentenstelle bewusst bei Gustav von Bergman in der Charité, weil der nicht Krankheiten sondern kranke Menschen behandelte.

Thure von Uexküll blieb Berlin verbunden. Bis ins hohe Alter hielt er hier Vorträge vor Ärzten und auch vor Medizinstudenten, deren Ausbildung er schon 1970 mit Hilfe einer neuen Approbationsordnung zu modernisieren versuchte, die erstmals die psychosozialen Fächer ins Studium einführte. Er wollte beide getrennten Hälften der Heilkunde „eine Medizin für Körper ohne Seelen und eine Medizin für Seelen ohne Körper“ wieder zusammenführen und er sah den Kranken nie als Objekt, sondern „in der Hülle seiner individuellen Wirklichkeit“. Über seiner Todesanzeige liest man: „Mit jedem Menschen entsteht und vergeht eine Welt.“ *R.St.*

*Olanzapin***Haarausfall**

Die AkdÄ berichtet über eine 41-jährige psychiatrische Patientin, die unter der Gabe von Olanzapin (Zyprexa®) in ansteigender Dosierung bis 15 mg/d unter

Haarausfall klagte. Nach einer Umstellung auf Risperidon (Risperdal®) und – wegen mangelnder Compliance – später auf Flupentixol (Fluanxol®) sistierte der Haarausfall.

Quelle: Dt. Ärztebl. 2004; 101(33): C 1835

Anmerkung: Medikamentös bedingter Haarausfall ist fast immer reversibel (bei Zytostatika z.B. innerhalb von ein bis drei Monaten), meist diffus und betrifft in der Regel das Kopfhaar und nur vereinzelt die gesamte Körperbehaarung. Nach Abklärung einer möglichen Grunderkrankung (z.B. Schilddrüsenfunktionsstörung) kommen sehr viele Arzneimittelgruppen als mögliche Verursacher in Frage, darunter auch viele am ZNS angreifende Gruppen wie Neuroleptika, Antidepressiva und Benzodiazepine. Ein zeitlicher Zusammenhang mit dem Beginn einer Medikation und das Sistieren des Haarausfalles nach Absetzen (wenn möglich) kann diese subjektiv oft als schwerwiegend wahrgenommene unerwünschte Arzneimittelwirkung aufdecken.

*Gelöste Arzneistoffe***Konzentrationsangaben**

Gelöste Arzneistoffe werden bis heute unterschiedlich in Masse/Volumen (mg/ml), in Verhältniszahlen (1:1000) oder in Prozentzahlen angegeben. In einer Internet-Umfrage in Großbritannien bei 12.096 Ärzten (2975 antworteten) wurden von 6 Multiple-Choice-Fragen nach der richtigen Menge/Konzentration eines Arzneistoffes in einer Ampulle oder nach dem korrekten Applikationsvolumen im Durchschnitt 4,8 richtig beantwortet. Die Ergebnisse der jeweiligen Arztgruppen waren jedoch sehr unterschiedlich. Während Anästhesisten 5,5 Fragen richtig beantworteten, lagen Internisten und Allgemeinmediziner mit 4,5 richtigen Antworten gleichauf, Dermatolo-

gen, Transplantationschirurgen und Rheumatologen waren die Schlusslichter. Wie die Autoren richtig anmerken, sollten Erfahrungen aus anderen Industriezweigen wie der Luftfahrtindustrie genutzt werden: Risikominimierung durch möglichst gleichförmige Angaben ohne Umrechnungsbedarf. Es wurde zwar schon oft gefordert, freiwillig konnte sich die pharmazeutische Industrie bis heute nicht auf ein solches Vorgehen einigen: alle Angaben in Masse/Volumen (z.B. möglichst in mg/ml). Ein sanfter Zwang der Arzneimittelzulassungsbehörden wäre angebracht, um eine offensichtlich relevante Quelle von Verwechslungsmöglichkeiten zu verschließen.

Quelle: J Royal Soc Med 2004; 97: 380

*Tizanidin***Wechselwirkungen**

Die AkdÄ verweist auf einen Rote-Hand-Brief des Herstellers von Sirdalud® (Tizanidin), in dem zum Beispiel die gleichzeitige Gabe von Fluvoxamin und Tizanidin als kontraindiziert angesehen wird. Grund für diese Interaktion ist die inhibitorische Wirkung von Fluvoxamin auf ein Enzym der Arzneimittelabbauenden Cytochrom P450-Gruppe (1A2), die zu einer Akkumulation von Tizanidin im Kör-

per führen kann. Weitere Arzneistoffe, die über CYP 1A2 metabolisiert werden: u.a. Amiodaron, Cimetidin, Fluorchinolone, orale Kontrazeptiva, Rofecoxib, Ticlopidin. Bei der gleichzeitigen Gabe dieser Arzneistoffe muss mit erhöhten Wirkspiegeln von Tizanidin gerechnet werden und damit mit dem Auftreten von Verwirrtheits- und Angstzuständen, Halluzinationen, Blutdruckabfall u.a. (siehe Fachinformation).

Quelle: Newsletter der AkdÄ 2004-057, www.akdae.de

*Clopidogrel***Erworbene Hämophilie A**

2-3 Monate nach Beginn der Einnahme von Clopidogrel (Iscover®, Plavix®) wegen pAVK präsentierten sich zwei Frauen (70 und 67 Jahre alt) mit vermehrten Blutergüssen und Einblutungen in die Weichteile. Bei verlängerter partieller Thromboplastinzeit zeigte sich eine verringerte Konzentration an Faktor VIII und ein Antifaktor VIII-Inhibitor konnte im Blut nachgewiesen werden. Durch die Gabe

von Prednisolon wurde dieser Inhibitor auf eine nicht mehr messbare Konzentration zurückgedrängt, bei einer Frau musste noch zusätzlich Azathioprin verordnet werden, um eine Remission zu erzielen. Die Autoren empfehlen, vermehrt auftretende Blutergüsse nicht der pharmakologischen Wirkung von Clopidogrel (Hemmung der Plättchenaggregation) zuzuschreiben, solange Thrombozytenzahl und Prothrombinzeit normal sind.

Quelle: Brit. med. J. 2004; 329: 323

*Topische NSAID***Nutzen/Risiko**

In einer neuen Metaanalyse wurden Wirksamkeit und unerwünschte Wirkungen (UAW) topisch anzuwendender nicht-steroidaler Antiphlogistika (NSAID) bei degenerativen Gelenkerkrankungen reevaluiert. Bei geringeren systemischen UAW zeigte sich, wenig verwunderlich, eine höhere Anzahl von UAW auf der Haut (Rötung, Juckreiz und Brennen). Neu ist jedoch, dass die schmerzreduzierende und funktionsverbessernde Wirkung von topischen NSAID nach 14 Tagen nachlässt und eine Anwendung von mehr als 4 Wochen medizi-

nisch nicht mehr sinnvoll erscheint. Aus den Daten der Analyse vermuten die Autoren, dass Studien mit negativen Resultaten weniger publiziert wurden und kleinere Studien den Nutzen topischer NSAID überschätzt haben. In einem Kommentar werden zusätzliche sorgfältig randomisierte Studien gefordert, die u.a. auch die Wirkungsstärke einzelner NSAID in topischer Darreichung bestätigen können. In der Metaanalyse lagen Salicylat-haltige Präparate vor denen, die als Wirksubstanz Diclofenac und Ibuprofen enthielten.

Quelle: Brit. med. J. 2004; 329: 304 und 324

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

Zunahme der Syphilis-Meldungen

Dem RKI wurden bis März 2004 für das Jahr 2003 insgesamt 2932 neu diagnostizierte Syphilisfälle gemeldet. Damit ergibt sich gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg um 500 Erkrankungsfälle (20 %). Bundesweit wurde im Jahr 2003 eine Inzidenzrate der Syphilis von 3,6 Erkrankungsfällen pro 100.000 Einwohner erreicht. Seit Anfang 2001 ist die Zahl der Meldungen in jedem Diagnosehalbjahr kontinuierlich angestiegen.

Die höchsten Syphilis-Inzidenzraten in 2003 wurden in den beiden Stadtstaaten Berlin (18,1 Erkr./100.000 Einw.) und Hamburg (12,0 Erkr./100.000 Einw.) registriert.

Bei den Meldungen mit Angaben zum Infektionsrisiko stieg der Anteil der Fälle, der vermutlich über sexuelle Kontakte zwischen Männern übertragen wurde, von 60 % (2001) auf 76 % (2003). Es muss mit einer mindestens gleich bleibenden, wenn nicht gar weiter steigenden Inzidenz der Syphilis bei homosexuellen Männern gerechnet werden. In einigen Großstädten, auf die sich die Syphilisfälle weitgehend konzentrieren, werden in der Bevölkerungsgruppe der homosexuellen Männer in den am stärksten betroffenen Altersgruppen der 30- bis 45-jährigen Männer wahrscheinlich bereits Inzidenzraten im einstelligen Prozentbereich erreicht.

Gefährdete Personen sollten über die Symptome einer Infektion aufgeklärt werden. Wenige Tage nach Infektion entwickelt sich ein meist schmerzloses Geschwür an der Eintrittsstelle des Erregers, meist an den Genitalien, im Analbereich oder im Mund, und nach einigen

Wochen treten Hauterscheinungen auf, oft an Hand- und Fußinnenseite. Eine unbehandelte Syphilis kann bei den Betroffenen noch Jahre später zum Teil lebensbedrohliche Komplikationen verursachen.

Syphilis erhöht auch deutlich das Risiko, sich mit HIV zu infizieren und das Risiko, eine HIV-Infektion weiterzugeben. Bei gleichzeitiger Syphilis- und HIV-Infektion steigt die HIV-Konzentration in den Körperflüssigkeiten und durch die Syphilis bedingte Haut- und Schleim-

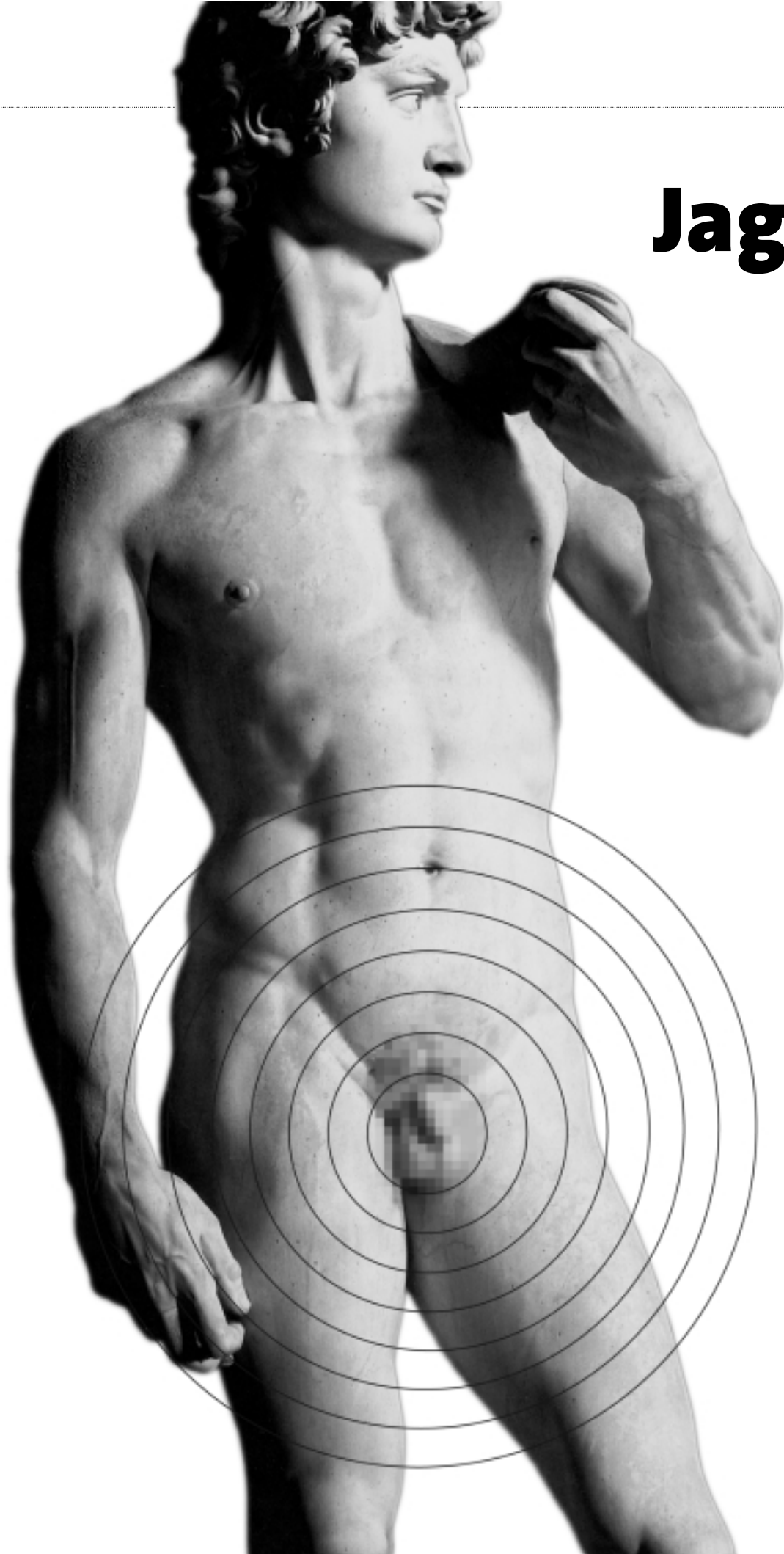
hautläsionen können das Eindringen von HIV erleichtern.

Eine Reduktion der Infektionszahlen könnte sicher auch durch Maßnahmen zur Steigerung der Kondomverwendung erreicht werden, die auch im Hinblick auf eine Reintensivierung der HIV-Prävention wünschenswert wären. Auf Grund des breiteren Spektrums möglicher Übertragungswege kann eine Steigerung der Kondomverwendung bei der Reduktion der Syphiliszahlen aber nur zu Teilerfolgen führen. Alternativ bzw. zusätzlich zu primärpräventiven Maßnahmen kann durch eine Verbesserung und Vereinfachung der Testangebote und durch die Vermeidung von Fehldiagnosen durch Fortbildung von Ärzten die Dauer der Infektiosität von Syphilis-Patienten reduziert werden. Szenenah und aufsuchende Diagnoseangebote durch Gesundheitsämter wären ebenfalls eine Option in die richtige Richtung.

Weitere Informationen:
www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM
 RKI-Ratgeber/Merkblatt für Ärzte zu Syphilis; Epidemiologisches Bulletin 40/2004: Syphilis in Deutschland



Jagd auf



einen oft harmlosen Gast

Prostatakrebs-Früherkennung durch PSA-Test in der Diskussion

Wirksamkeitsnachweis noch nicht erbracht

Epidemiologische Aspekte des PSA-Screenings

Nachdem jahrzehntelang Lungenkrebs die häufigste Krebskrankheit bei Männern war, rückte Mitte der 90er Jahre erstmals das Prostatakarzinom auf diesen Spitzenplatz vor. Da die Mortalität keine parallele Entwicklung vollzogen hat – beide Entwicklungen hätten gemeinsam als Hinweis auf das Hinzukommen eines neuen Risikofaktors gedeutet werden können – und auch aus der ätiologischen Forschung keinerlei Hinweise auf bedeutende neue Faktoren kommen, muss der sprunghafte Anstieg der Inzidenz als eine Folge starker Veränderungen im Bereich der Früherkennung von Prostatakrebs gedeutet werden. Es handelt sich bei dem Vorgang um das hierzulande bisher eindrucksvollste Beispiel der Zunahme einer Krebsinzidenzrate aufgrund einer sich rasch ausweitenden Inanspruchnahme einer Früherkennungsmöglichkeit. Da es sich dabei im Wesentlichen um den Nachweis von „prostataspezifischem Antigen“ (PSA) handelt, der wiederum in der Fachwelt umstritten ist, bedarf die Entwicklung – sowohl hinsichtlich der Inzidenz als auch Kenntnisstandes zur Wirksamkeit der PSA-Tests – höchster Aufmerksamkeit.

Von Nikolaus Becker

Tabelle 1 (S. 16) zeigt die geschätzte Zahl der Neuerkrankungen an Prostatakrebs in Deutschland seit Beginn der Schätzungen durch das RKI. Demnach stieg die mutmaßliche Zahl von knapp 24.000 im Jahr 1990 auf über 31.000 im Jahr 1998 an (+ 32 %). Zum Vergleich wurden in die Tabelle die Werte für Lungenkrebs aufgenommen, die im selben Zeitraum nahezu unverändert um 28.000 Neuerkrankungsfälle pro Jahr pendeln. Aus diesen Zahlen ergibt

sich, dass Prostatakrebs bei Männern im Jahr 1994 vermutlich (d.h. wenn die Schätzungen zutreffen) erstmalig zu mehr Neuerkrankungsfällen geführt hat als Lungenkrebs und zur häufigsten Krebsart bei Männern wurde. Es ist erkennbar, dass die Mortalität an Prostatakrebs nach einem langfristigen Anstieg seit Mitte der 70er Jahre nahezu unverändert auf hohem Niveau verharrt, in den letzten Jahren jedoch ein Rückgang zu verzeichnen ist. Die abso-

luten Fallzahlen liegen seit Beginn der 1990er Jahre bei 11.000 – 12.000 Todesfällen pro Jahr (zum Vergleich: Lungenkrebs bei Männern etwa 29.000, Brustkrebs bei Frauen etwa 18.000 Todesfälle pro Jahr).

Primäre Prävention

Aufgrund des derzeitigen Kenntnisstandes sind Ansatzpunkte für eine primäre Prävention derzeit nicht erkennbar. Entsprechend ist davon auszugehen, dass Veränderungen in Inzidenz und Mortalität von Prostatakrebs nicht mit gezielt eingeleiteter oder sich ohne gezielte Absicht faktisch vollziehender (wie bei Magenkrebs) primärer Prävention zusammenhängen.

Sekundäre Prävention

Sekundäre Prävention hat zum Ziel, durch frühzeitige Erkennung und Beseitigung von (a) Vorstufen bösartiger Neubildungen in einem noch asymptomatischen Stadium, das Auftreten (d.h. die Inzidenz) der betreffenden Krebsart zu vermeiden bzw. zu verringern, oder, falls dies nicht möglich ist, wenigstens von (b) frühen Entwicklungsstadien des Tumors den Tod (d.h. die Mortalität) an der betreffenden Krebsart zu vermeiden. Beispiele für die erstere Situation sind Dysplasien und CIS als Vorformen von Gebärmutterhalskrebs und Adenome als Vorformen kolorektaler Tumoren, durch deren Beseitigung jeweils Inzidenz und Mortalität gesenkt werden können. Beispiele für die letztere Situation sind Brustkrebs und eben Prostatakrebs, bei denen jeweils keine der Früherkennung zugänglichen Vorformen bekannt sind, sondern lediglich die bösartige Neubildung selbst in einem frühen

Stadium das Ziel der Früherkennung darstellt. Ein präventiver Effekt einer Früherkennung kann sich bei diesen letztgenannten Krebsarten daher nur ausschließlich auf die Mortalität auswirken.

Als mögliche Instrumente zur Früherkennung von Prostatakrebs sind die digitale rektale Untersuchung (DRU) sowie der Nachweis von prostataspezifischem Antigen (PSA) im Blut im Gespräch. Die DRU war und ist von Beginn an Teil des deutschen gesetzlichen Früherkennungsprogrammes, obwohl ihre Wirksamkeit nie in einer randomisierten Studie zweifelsfrei nachgewiesen wurde. Diese Untersuchung gehört daher auch nicht zu den von der UICC empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen, und Prostatakrebs demnach auch nicht zu den Krebsarten, für die Früherkennung nachgewiesenermaßen möglich ist und empfohlen werden kann (Miller et al. 1991).

Die derzeitige Diskussion konzentriert sich demnach auf das zweitgenannte, als einziges derzeit aussichtsreich erscheinende Verfahren, den so genannten PSA-Test. An diesem Test kann man die mit Krebsfrüherkennung zusammenhängen-

de Problematik und daraus folgend die Notwendigkeit eines zweifelsfreien Nachweises der Wirksamkeit einer Früherkennungsmethode zur Senkung der Mortalität in der Zielbevölkerung vor der Einführung des betreffenden Tests geradezu paradigmatisch demonstrieren.

Der PSA-Test

Autopsiestudien belegen, dass latenter Prostatakrebs bereits bei 50-jährigen Männern mit einer Häufigkeit von 50 % vorliegen kann. Der Anteil steigt mit dem Alter an und liegt bei 85-jährigen Männern bei über 75 % (Dhom 1983, Sakret al. 1993). Ende der 80er Jahre, das heißt vor Beginn der PSA-Screening-Ära, erkrankten jedoch nur etwa 10 % aller Männer an Prostatakrebs und noch weniger starben daran. Ein Früherkennungstest, der bei mehr als 10 % aller Männer klinisch manifest werdende Prostatakarzinome detektiert, würde also auf jeden Fall Schaden anrichten: Männer, die ansonsten niemals mit einer Prostatakrebserkrankung zu tun bekommen hätten, werden zu Krebspatienten gemacht („Überdiagnose“), unangenehmer Diagnostik ausgesetzt und eventuell einer Therapie mit Nebenwirkungen

unterzogen, die bis hin zu Impotenz, Inkontinenz oder operationsbedingter Letalität reichen (Walsh 2002).

Tatsächlich zeigen jedoch klinisch-epidemiologische Studien zur Früherkennung mit dem PSA-Test (Harris und Lohr 2002), dass zwischen 4 % (50 – 59-Jährige) und 27% (70 – 79-Jährige) der Tests in einer zuvor ungescreenten Bevölkerung auffällige Befunde liefern (Cut-off-Wert bei 4 ng/ml). Von diesen werden etwa 30% aufgrund einer anschließenden Biopsie als Prostatakrebs eingestuft (zur intraindividuellen Variabilität des PSA-Wertes siehe darüber hinaus zum Beispiel Tchetgen und Oesterlin 1997 sowie Eastham et al. 2003). Die Tumorentdeckungsrate liegt damit bei 1.2 – 8.1 %.

So hohe Entdeckungsraten in der Früherkennung gibt es bei keiner anderen Krebsart. Beim qualitätsgesicherten Mammographie-Screening unter 50 – 69-jährigen Frauen zum Beispiel liegt die Rate der Screeningpositiven bei 5 – 7 %, die Entdeckungsrate nach Abklärung bei etwa 0,6 % (Junkermann et al. 2001). Dabei liegt beim PSA-Screening die Zweijahres-Sensitivität bei ungefähr 73 %, das heißt, die Gesamtzahl der im Screening entdeckten plus der außerhalb des Screening aufgetretenen Prostatatumoren liegt noch einmal um knapp 40 % höher (die Spezifität erreicht etwa 85 %).

Diese Zahlen deuten darauf hin, dass durch Früherkennung mit diesem Test offenbar deutlich mehr Prostatakrebsdiagnosen gestellt werden, als es der Fall wäre, wenn kein Screening stattfände. Da es derzeit keine wissenschaftlich fundierten Kriterien gibt, klinisch irrelevante von klinisch relevanten Diagnosen zu unterscheiden, hat man es mit Überdiagnose in möglicherweise nicht unerheblichem Ausmaß zu tun (siehe unten). Der rasche Anstieg der Prostatakrebsinzidenz in einigen Ländern nach Beginn der „PSA-Ära“ Mitte bis Ende der 80er Jahre ohne erkennbare Veränderungen in der übrigen Risikokonstellation deutet, wie bereits

Tabelle 1: Entwicklung der geschätzten Zahl inzidenter Fälle bösartiger Neubildungen der Prostata und der Lunge (zum Vergleich) in den Jahren 1990 - 1998 in Deutschland

Kalenderjahr	geschätzte Zahl an Neuerkrankungen pro Jahr	
	Prostata	Lunge
1990	23 986	27 804
1991	25 813	28 036
1992	27 344	27 986
1993	27 904	28 406
1994	29 376	27 985
1995	30 181	28 603
1996	31 259	27 956
1997	30 411	27 859
1998	31 561	27 892

erwähnt, ebenfalls in diese Richtung und wird als Folgeerscheinung eines opportunistischen Screenings mit PSA interpretiert. Um ethisch vertretbar zu sein, muss daher vor der Empfehlung des PSA-Tests als Früherkennungsverfahren für Prostatakrebs bzw. erst recht vor dessen Aufnahme in das gesetzliche Früherkennungsprogramm zweifelsfrei nachgewiesen sein, dass dem unstrittig gegebenen Schadensrisiko ein Nutzen gegenübersteht, der diesen Schaden erheblich übersteigt und dessen Inkaufnahme rechtfertigt. Diese Forderung ergibt sich übrigens nicht nur aus der speziellen, soeben geschilderten Situation bei Prostatakrebs, sondern ist eine allgemeingültige Anforderung an jeden Früherkennungstest (siehe für Einzelheiten Becker 2002).

Überdiagnose

Screening führt zwangsläufig zu einem durch das Screening verursachten vorübergehenden Anstieg der Inzidenz an der betreffenden Krankheit, da Tumoren, die ansonsten erst in der Zukunft und zu verschiedenen Zeiten aufgetreten wären, zum Zeitpunkt des Screening zeitlich komprimiert entdeckt und gezählt werden. Nach Abschluss der Erst-Screeningphase, das heißt nach einigen Jahren, sollte die Inzidenz jedoch wieder auf das ursprüngliche Niveau zurückgehen, da dauerhaft nicht mehr Tumoren gefunden werden können, als im Rahmen der Karzinogenese „nachgeliefert“ werden. Tritt Überdiagnose auf, werden jedoch auch maligne Veränderungen identifiziert, die ansonsten niemals klinisch manifest geworden wären, das heißt niemals aufgrund einer klinischen Diagnose als inzidenter Krebsfall gezählt worden wären.

Überdiagnose kann infolge dessen epidemiologisch erkannt werden, und zwar daran, dass die Inzidenz an der betreffenden Krankheit screeningbedingt ansteigt und auch nach Jahren nicht wieder auf das Ursprungsniveau zurückgeht. Zwei Autorengruppen haben versucht, die durch PSA-Screening auftretende Über-

diagnose zu quantifizieren. Etzioni et al. (2002) gelangten auf der Grundlage der US-amerikanischen SEER-Daten zu einer Größenordnung von 29 % in der weißen Bevölkerung. Zappa et al. (1998) führten eine Abschätzung innerhalb einer Screening-Pilotstudie in Florenz durch und errechneten Größenordnungen von 51 % bei 50-Jährigen bis 93 % bei 65-Jährigen.

Epidemiologische Studien zum Effektivitätsnachweis

Gegenwärtig laufen zwei große prospektive randomisierte Studien in Europa und den USA, mit denen die Effektivität einer Prostatakrebsfrüherkennung mit dem PSA-Test zur Senkung der Prostatakrebssterblichkeit überprüft sowie die dabei auftretenden „Kollateralschäden“ quantifiziert werden sollen („European Randomized Screening for Prostate Cancer Trial“ (ERSPC) und „Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial“ (PLCO)). In beiden Studien waren bis zum Jahr 2002 insgesamt 102.691 Männer in den Screening-Arm und 115.322 in den Kontroll-Arm rekrutiert (Gohagen et al. 2000, de Koning et al. 2002). Ergebnisse werden für die Jahre 2005 bis 2008 erwartet. Untersuchungen, die mit anderen Studienkonzepten versucht haben, bereits zuvor Hinweise auf eine mögliche Effektivität zu finden (eine randomisierte Studie in Quebec, Kanada, eine prospektive Studien in Tirol, Österreich, sowie viele regionale und temporale Vergleiche, für Einzelheiten siehe Becker 2004), verliefen im Wesentlichen negativ.

Schlussfolgerungen

Der PSA-Test ist ein aussichtsreicher Kandidat für einen Früherkennungstest bei Prostatakrebs. Angesichts einer nicht zu bestreitenden erheblichen Überdiagnose sowie dem daraus resultierenden Risiko von Übertherapie mit zum Teil gravierenden Nebenwirkungen ist jedoch ein zweifelsfreier wissenschaftlicher Beleg eines den dadurch bedingten Schaden deutlich übertreffenden Nutzens unab-

dingbar. Dieser Beleg ist durch epidemiologische Studien mit Studienziel, Nachweis einer Senkung der Prostatakrebssterblichkeit durch Screening mit PSA bei gleichzeitiger Quantifizierung von Nebeneffekten zu erbringen. Die bisher vorgelegten Untersuchungen erbringen diesen Nachweis nicht. Die einzige bisher vorliegende randomisierte Studie, die Quebec-Studie, zeigt bei korrekter Auswertung keinerlei mortalitätssenkenden Effekt. Die Tirol-Studie liefert einen Hinweis auf einen möglichen mortalitätssenkenden Effekt.

Das Ergebnis kann jedoch mit einiger Plausibilität auch durch intensivierte therapeutische Anstrengungen erklärt werden und kann sowohl aus diesem als auch aus grundsätzlichen methodischen Gründen nicht als Nachweis einer Senkung der Mortalität gewertet werden. Die deskriptiv-epidemiologischen Untersuchungen führten praktisch durchweg zu negativen Resultaten. In jedem Fall muss aus dem derzeitigen Sachstand der Schluss gezogen werden, dass das Ergebnis der im Gange befindlichen großen randomisierten Studie abzuwarten ist, bevor Screening mit PSA offiziell eingeführt oder direkt oder indirekt propagiert werden kann (siehe auch Auvinen et al. 2002). Bis dahin lässt der wissenschaftliche Sachstand keine andere Schlussfolgerung zu, als von der Anwendung des PSA-Tests zur Früherkennung von Prostatakrebs unmissverständlich abzuraten. Streng genommen ist es darüber hinaus sogar unzulässig, vor einem erfolgreich durchgeführten Effektivitätsnachweis den PSA-Test überhaupt als einen Früherkennungstest zu bezeichnen.

Die stark angestiegene Zahl diagnostizierter Neuerkrankungsfälle an Prostatakrebs kann nicht als Grund für eine dadurch besonders dringlich gewordene intensivierte Früherkennung angeführt werden: Die Daten deuten vielmehr darauf hin, dass die Forderung nach mehr Früherkennung mit dem PSA-Test nicht die Folge, sondern eine wesentliche Ursache der vielen Prostatakrebsdiagnosen ist.

Fazit für die Praxis

Da die nun bereits faktisch durchgeführte Werbung für den Test zu einer erheblichen Nachfrage geführt hat, ist eine sorgfältige ärztliche Beratung von besonderer Bedeutung. Zu den Kernelementen der Beratung gehören, dass

- ein Wirksamkeitsnachweis bisher nicht erbracht wurde,
- Experten von der Anwendung des Tests daher abraten,
- ein beispiellos hoher Anteil der Tests zu einem auffälligen Befund führt,
- sich eine Teilnahme nicht auf eine einmalige Blutentnahme und –untersuchung beschränkt, sondern mit einer nicht unerheblichen Wahrscheinlichkeit Folgeuntersuchungen einschließlich möglicherweise wiederholter Gewebeentnahmen nach sich zieht,
- eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass im Rahmen der Früherkennungsmaßnahme und Folgeuntersuchungen eine Krebsdiagnose gestellt wird, zu der es nie gekommen wäre, wenn die Früherkennung nicht durchgeführt worden wäre,
- es gegenwärtig keine wissenschaftlich fundierten Kriterien gibt, derartige klinisch irrelevanten Tumoren von klinisch relevanten Tumoren zu unterscheiden,
- ein erhöhter PSA-Wert letztlich zu Therapiemaßnahmen führen kann, mit denen, sofern eine Prostatektomie durchgeführt wird, Inkontinenz und Impotenz einhergehen, und die vielleicht niemals erforderlich gewesen wären, wenn die Früherkennung nicht durchgeführt worden wäre.

Verfasser:

Prof. Dr. med. Nikolaus Becker
Deutsches Krebsforschungszentrum,
Abt. Klinische Epidemiologie,
Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg
E-Mail: n.becker@dkfz.de

Literatur in der Internetversion dieses Beitrags unter www.aerzttekammer-berlin.de, Heft 11/04 BERLINER ÄRZTE.

Was spricht für den

Obwohl der wissenschaftliche Beweis der Senkung der Mortalität durch PSA-Screening noch aussteht, hat der Test beim Prostatakarzinom einen Stadienshift gebracht. Die Senkung des Progressionsrisikos ist bereits ein Erfolg. Allerdings sollte die Patientenaufklärung verbessert werden.

Von Kurt Miller

Das Programm der gesetzlichen Früherkennung des Prostatakarzinoms wurde vor Jahrzehnten initiiert und hatte eine chronisch geringe Beteiligung von circa 15 % der infrage kommenden Männer. Als Gründe wurden das geringe Gesundheits-„bewußtsein“ von Männern und die Unannehmlichkeit der digital-rektalen Untersuchung vermutet.

Die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens wurde in den 80er Jahren in die klinische Routine eingeführt. Zwischenzeitlich ist das Potenzial für die Früherkennung des Prostatakarzinoms bekannt und wird in einigen Ländern wie zum Beispiel den USA breit genutzt. Auch in Deutschland ist die Rate der Männer, die mindestens einmal im Leben einen PSA-Test hatten, deutlich höher als die oben zitierten 15 %. In einer 2002 durchgeführten Emnid-Umfrage unter 1130 Männern über 45 Jahren ergab sich folgendes Bild: 10 % der Befragten hat bisher einmal einen PSA-Test durchführen lassen, 8 % zweimal, 9 % häufiger als zweimal, 9 % regelmäßig alle 2 Jahre und 19 % jährlich. Nur 45 % hatten bisher noch keinen PSA-Test durchführen lassen und 2 % machten keine Angaben.

Schlussfolgerungen aus diesen Zahlen sind, dass die Akzeptanz einer Blutuntersuchung offensichtlich deutlich höher ist als die der digital-rektalen Untersuchung und dass es um das Gesundheitsbewusstsein der Männer nicht so schlecht bestellt ist, wie bisher angenommen. Auf der anderen Seite ergab eine kürzlich durchgeführte Untersuchung der Stiftung Warentest bei 20 Urologen in

Berlin, dass eine umfassende Aufklärung zu den Vor- und Nachteilen und überhaupt zu den Grundlagen des PSA-Tests selten erfolgt. Hier setzt die Kritik der PSA-Gegner an: Viele Männer werden dieser Untersuchung unterzogen und haben keine Vorstellung von den möglichen Folgen. Am Ende der Argumentationskette kommen die Kritiker zu der Schlussfolgerung, dass „der wissenschaftliche Kenntnisstand keine andere Schlussfolgerung zulässt, als von der Anwendung des PSA-Tests zur Früherkennung des Prostatakarzinoms abzuraten“ (Becker 2004). Im Gegensatz dazu wird die PSA-Bestimmung den Männern (meist von Urologen aber auch von Allgemeinmedizineren) als sinnvolle Möglichkeit der Prostatakrebs Früherkennung „verkauft“: in der Regel müssen sie diese „individuelle Gesundheitsleistung“ (IGeL) aus der eigenen Tasche bezahlen. Lässt sich diese Kontroverse auflösen? Im Folgenden werden die Argumente für den PSA-Test aus der Sicht des Befürworters dargestellt:

Gemeinsam mit anderen Parametern hilfreich

Von den Gegnern wird ins Feld geführt, dass bei den derzeit geltenden Normalwerten der PSA-Bestimmung viele Tumoren übersehen werden (zu niedrige Sensitivität). Was suggeriert das Wort „viele“? 10 %, 20 % oder gar 50 % aller Tumoren? Neue Daten aus der Rotterdam-Sektion der europäischen Screening-Studie (Raaijmakers 2004) bestätigen, dass bei einem PSA unter 1 ng/ml die Prostatakarzinom-Wahrscheinlichkeit bei 2 %

PSA-Test?

liegt, bei einem PSA zwischen 1 und 2 bei 9 %, bei einem PSA-Wert zwischen 2 und 3 bei 14 %. Ist das viel? Zudem erhöht sich der positive Vorhersagewert nochmals, wenn man den PSA-Test mit der digital-rektalen Untersuchung kombiniert. Durch die PSA-Dynamik (Anstiegsgeschwindigkeit, Verdopplungszeit) können bei Früherkennungsfolgeuntersuchungen weitere Informationen gewonnen werden. Obwohl der PSA-Test damit nicht „perfekt“ ist, gibt er für viele Situationen und in der Zusammenschau mehrerer Parameter eine gute Abschätzung über das Prostatakarzinom-Risiko eines individuellen Patienten.

Ein weiteres Argument gegen den PSA-Test ist die niedrige Spezifität, das heißt, bei einem Teil der Patienten finden sich erhöhte Werte, ohne dass ein (per Biopsie diagnostizierbares) Prostatakarzinom vorliegt. Das kann zu überflüssigen Biopsien führen, muss es aber nicht. Die Aufklärung des Patienten über das quantitative Karzinomrisiko kann ebenso zu einer abwartenden Strategie führen, um zum Beispiel dann erst beim PSA-Anstieg die Indikation zur Biopsie zu stellen. Wichtig ist hier die permanente Fortbildung der an der Früherkennung beteiligten Urologen, damit diese die teilweise komplexe Materie verstehen, ihre Entscheidungsmöglichkeiten richtig einschätzen und den Patienten entsprechend informieren können. Auch wenn dann immer noch mehr Männer biopsiert als Karzinome diagnostiziert

werden, ist die Biopsie eine minimal-invasive Maßnahme mit sehr geringer Morbidität, die eine Überdiagnostik bei einem Teil der Patienten akzeptabel macht.

Progression verlangsamt

Aus der Sicht von Gesundheitspolitikern und -ökonomien ist das entscheidende Kriterium für die Bewertung, ob durch den PSA-Test die Prostatakarzinom-Mortalität gesenkt werden kann. Einige Untersuchungen und Daten (z.B. SEER Daten USA) weisen darauf hin: die Mortalität am Prostatakarzinom geht in den Vereinigten Staaten seit Jahren langsam zurück. Der harte wissenschaftliche Beweis aus den großen europäischen und amerikanischen Screening-Studien steht jedoch noch aus und wird voraussichtlich erst 2008 zur Verfügung stehen. Unbestritten ist, dass es durch die PSA-Untersuchungen zu einem Stadienshift des Prostatakarzinoms gekommen ist: primär unheilbare fortgeschrittenere oder metastasierte Stadien sind heute in Ländern mit verbreiteter PSA-Früherkennung die Ausnahme geworden.

Aus Sicht des einzelnen Patienten ist es aber letztlich unerheblich, ob die großen Screeningstudien in der Zukunft eine 20 % (oder 50%ige oder gar keine) Reduktion der Mortalität zeigen werden. Für ihn geht es darum, ob er an den Folgen eines fortgeschrittenen Prostatakarzinoms stirbt und ob er dieses Risiko ausschalten oder reduzieren

kann. Auch wenn die Holmberg-Studie (Holmberg 2002) nicht an einer gescreenten Population durchgeführt wurde, zeigt sie, dass durch die operative Therapie das Risiko an einem Prostatakarzinom zu sterben um die Hälfte reduziert wird. Das Risiko in ein metastatisiertes Krankheitsstadium zu kommen wurde noch deutlicher reduziert und diese Information ist in Anbetracht der Morbidität von Knochenmetastasen beim Prostatakarzinom ebenso relevant.

„Harmlose“ Tumoren müssen es nicht bleiben

Die Unterscheidung zwischen einem „harmlosen“ und aggressiven Prostatakrebs suggeriert „einmal harmlos immer harmlos“. Das trifft nicht zu! Aufgrund der genetischen Instabilität des Prostatakarzinoms kann man sich nicht darauf verlassen, dass ein zunächst wenig aggressiver Tumor auch so bleibt. Auch hier ist es besser, das Problem zu kennen und auf Veränderungen reagieren zu können, als zu hoffen, dass man schon die harmlose Variante haben wird. Es ist richtig, dass ein Teil der Männer mit seinem Prostatakarzinom stirbt, aber je länger die Lebenserwartung (derzeit > 15 Jahre bei einem 65-Jährigen) desto höher ist das Risiko der Progression. Mit zunehmender Lebenserwartung steigt also die Behandlungsnotwendigkeit, die derzeitige Übereinkunft ist, bei einer kurativen Therapie eine Lebenserwartung von mindestens 10, besser 15 Jahren zu fordern.

USA TEST

Der „Schaden“ einer Überdiagnose (= Diagnose eines so genannten insignifikanten Tumors) liegt in der psychischen Belastung des Patienten, physisch wird das Risiko erst, wenn eine Therapie durchgeführt wird. Ein erstes Nomogramm zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit eines insignifikanten Tumors liegt vor (Kattan 2003). Abwartende Strategien könnten sicherlich häufiger durchgeführt werden als es derzeit der Fall ist; ein Teil an Übertherapie wird bleiben, wie bei vielen anderen Tumorarten auch. Für die allermeisten Tumorarten ist mit den derzeitigen diagnostischen Möglichkeiten die Prognose für den individuellen Patienten nicht zu bestimmen, so dass in vielen Situationen eine Übertherapie (Beispiel: adjuvante Behandlungen) in Kauf genommen werden muss, wenn man das Progressions- oder Mortalitätsrisiko senken möchte.

Was soll der Mann nun in der derzeitigen Situation tun? Sich richtig informieren. Nach Einschätzung der meisten beteiligten Ärzte überwiegen die Vorteile des PSA-Tests die Nachteile. Trotzdem heißt das Stichwort „Balanced information“, das bereits in andern europäischen Ländern (z.B. England, siehe unter <http://www.nelc.org.uk>) aufgegriffen wurde. Das hört sich einfach an, ist aber in der Durchführung schwierig. Komplexe Sachverhalte allgemeinverständlich und ohne eine „Suggestion“ in die eine oder andere Richtung darzustellen ist anspruchsvoll. Die Bewerksstellung dieses Unterfangens sollte eine kurzfristige Aufgabe für alle an der Früherkennung Beteiligten und Interessierten sein.

Verfasser:
Prof. Dr. med. Kurt Miller
Charité Campus Benjamin Franklin
Klinik für Urologie
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin

Literatur in der Internetversion dieses Beitrags unter www.aerztekammer-berlin.de, Heft 11/04 BERLINER ÄRZTE.

To sell or to tell?

Screening auf Prostatakrebs als IGeL-Leistung

Im Folgenden soll dargestellt werden, wie die Entscheidungssituation bezüglich der Leistung „PSA-Bestimmung“ in Deutschland zurzeit aussieht, warum sie so ist, und welche Folgen sich für die Praxis aus dieser Situation ergeben.

Von Jürgen Windeler

Zuvor jedoch eine kleine Anekdote, die verdeutlicht, wie emotional die Debatte um den PSA-Test geführt wird. Anfang 2002 schilderten zwei Autoren im amerikanischen San Francisco Chronicle die möglichen Folgen eines Screenings auf Prostatakarzinom mit deutlichen Worten: „Was möchten Sie lieber sein: Ein Mann, der mit 80 Jahren an irgendeiner Krankheit stirbt und der auch einen harmlosen mikroskopisch kleinen Prostatakrebs hat, ruhig und unentdeckt, oder derselbe Mann, dem ein Chirurg mit 60 Jahren diesen kleinen Krebs entfernt hat, und der sich seitdem um seinen „heilbaren Krebs“ gesorgt hat und bis zu seinem Tod mit einschränkenden Nebenwirkungen leben musste?“ Die Autoren hatten sich intensiv mit dem PSA-Screening beschäftigt, seine Vor- und Nachteile beschrieben und sich bemüht, eine nüchterne Bilanz zu ziehen. Dass diese nur sehr kritisch ausfallen konnte, war aufgrund der Sachlage klar, entsprach aber nicht den Erwartungen der Leser. Die Reaktionen waren entsprechend.

Innerhalb von Stunden nach Veröffentlichung des Artikels lief eine gut organisierte E-Mail-Aktion. Die Autoren wurden scharf kritisiert, menschenverachtender Denkweise geziehen, für hunderttausende Tote verantwortlich gemacht, mit Nazis verglichen und ihre Entlassung aus universitären Dienstverhältnissen gefordert. Das Wichtigste dabei: Sie sollten zum Schweigen

gebracht werden (1). In Ausmaß und Drastizität mag dies ein US-spezifischer Einzelfall sein, er illustriert jedoch eindringlich, welches Wunschenken und welche emotionale Sprengkraft in dieser Thematik liegt, wohl auch, welches Geschäftsinteresse. Oberflächliche und offensichtlich uninformierte sowie stark emotional geprägte Darstellungen und Argumente sind nicht auf einzelne Äußerungen von Laien und Agitatoren beschränkt. Sie finden sich bis in höchst offizielle Verlautbarungen hinein, so in den Beschlussvorlagen des Saarlandes im Bundesrat vom Frühjahr 2003, wiederholt im Frühjahr 2004.

Warum ist der PSA-Test nicht Teil des GKV-Katalogs?

Die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) ist eine übliche Laborleistung, die im alten und im neuen EBM enthalten und damit als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar ist. Als Indikation für diese Leistung kommt allerdings nur die Behandlung von Krankheiten in Frage. Hintergrund für diese Spezifizierung ist das SGB V. Dort werden in den Paragraphen 27 ff. Leistungen bei Krankheit behandelt. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten werden dagegen durch §§ 25 und 26 geregelt. Sie müssen vor ihrer Einführung gesonderte Entscheidungsprozesse durchlaufen und erhalten eigene EBM-Ziffern. Für die Krebsfrüh-

erkennung relevant ist der § 25 SGB V. Er enthält Kriterien für die Aufnahme von Früherkennungsuntersuchungen in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (Absatz 3) und benennt sogar einige Leistungen oder Leistungsbereiche (Absatz 1 und 2). Darüber, welche Leistungen unter Bezugnahme auf § 25 SGB V in die Leistungspflicht der GKV gehören, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (unter Beanstandungsvorbehalt durch das Gesundheitsministerium). Dieser Ausschuss und seine themenspezifischen Unterausschüsse sind paritätisch und stimmberechtigt durch Ärzte (Leistungserbringer) und Krankenkassen besetzt. Vertreter der Patienten haben ein Mitberatungsrecht. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss stehen drei unabhängige Vorsitzende vor. Die Zusammensetzung der Ausschüsse macht unmittelbar deutlich, dass die sehr verbreitete zu hörende Auffassung, die Krankenkassen bezahlten bestimmte Leistungen nicht, in dem Sinne, dass sie sich entscheiden, bestimmte Leistungen nicht zu bezahlen, nicht zutreffen kann.

Strenge Anforderungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist in seinen Bewertungen und Beratungen über neue (hier Früherkennungs-) Leistungen an rechtliche Vorgaben, seine eigene Verfahrensrichtlinie sowie indirekt an internationale wissenschaftliche Standards gebunden. Die Anforderungen an eine neu einzuführende Leistung sind hoch. Es sind sorgfältige empirische Belege im Sinne einer evidenz-basierten Medizin erforderlich, die eine umfassende Abwägung von Nutzen- und Schadenspotenzial erlauben.

Diese Darstellung soll skizzenhaft verdeutlichen, welchen Weg eine neue Leistung heutzutage nehmen muss, um als Früherkennungsleistung Eingang in den Leistungskatalog der GKV zu finden. Der Umkehrschluss aus der Beschreibung dieses Weges und den mit ihm verbundenen Anforderungen ist, dass eine Reihe von Verfahren zur angeblichen „Vorsorge“ deshalb nicht GKV-Leistungen sind, weil sie die gut begründeten medizinischen Anforderungen nicht erfüllen. Was hier für die Bewertung des PSA-Screenings relevant ist, ist dem Beitrag von N. Becker zu entnehmen (s. auch 2).

Die Darstellung dieser Hintergründe scheint auf den ersten Blick für die verbreitete Praxis, den PSA-Test zur Früherkennung des Prostatakarzinoms als privatärztliche Leistung (z.B. als IGeL) anzubieten, nur erklärende und sozusagen rechtfertigende Funktion zu haben. Dem ist aber nicht so. Voraussetzung für die Durchführung des PSA-Tests ist in jedem Fall die informierte Einwilligung des Mannes. Diese setzt eine umfassende Aufklärung und Information voraus, die dem potenziellen Teilnehmer erst eine Entscheidung ermöglicht. Bestandteil dieser Information muss aber zweifellos nicht nur sein, dass dieser Test nicht Leistung der GKV ist, sondern vor allem und wichtiger, warum nicht. Dies gilt umso mehr, als, wie dargestellt, die Gründe für die Nichtaufnahme medizinisch-fachliche Gründe sind. Sie sind für den potenziellen Teilnehmer relevant und diesem selbstverständlich als Bestandteil der Aufklärung zu vermitteln (s.u.).

Die sorgfältige und der Situation angemessene Aufklärung hat ethische und



haftungsrechtliche Hintergründe. Es sei aber auch auf die Definition eines „berufswidrigen ärztlichen Verhaltens“ hingewiesen, das nach Ausführungen der KV Nordrhein u.a. dann vorliegen kann, wenn Informationen „täuschend“ sind, also „ungerechtfertigte Erwartungen erwecken ... oder Informationen gegeben werden, die die Unwissenheit der Patientinnen und Patienten ausnutzt“ bzw. „unseriös“, „wenn beispielsweise fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass das Verfahren oder bestimmte Behandlungen erfolgreich, ungefährlich oder wissenschaftlich erprobt sind“ (<http://www.kvno.de/mitglieder/honorar/erlaegkv.html>).

Erhebliche Aufklärungsdefizite

Man kann kaum erstaunt sein, dass in der Aufklärung zur Durchführung des PSA-Tests in der täglichen Praxis erheb-

liche Defizite bestehen, wie eine Untersuchung der Stiftung Warentest im Frühjahr 2004 ergeben hat. Bemerkenswert ist allerdings, dass mehrere unter Beteiligung führender deutscher Urologen erstellte Informationsmaterialien ebenfalls Defizite aufweisen. So findet sich in einer Broschüre des ZDF (Oktober 2002 „Was Frauen wirklich wollen ... gesunde Männer“, www.zdf.de/ZDFde/download/0,1896,2000105,00.pdf) zum fraglichen Nutzen gar nichts und zum Schadenspotenzial des PSA-Tests und seiner Folgen nur die folgende Aussage: „Alles, was Sie bei dieser Untersuchung aushalten müssen, ist der Pieks in den Arm“.

Diese Informationspraxis fand ihren vorläufigen Höhepunkt in einer Informationsbroschüre, die auf dem Deutschen Krebskongress in Berlin 2004 verteilt wurde. Den auf einem „Männergesundheitstag“ zum kostenlosen PSA-Test eingeladenen, bisher gesunden Männern wurde eine „Gute Beratung zum PSA-Test garantiert“ (Ärztezeitung vom 27.2.2004). Der Broschüre – wie die des ZDF von führenden deutschen Urologen verantwortet – konnten sie jedoch weder entnehmen, dass der Nutzen nicht belegt ist, noch, welche möglichen Schäden drohen. Im Gegenteil wurde mit Überschriften wie „Früherkennung ist lebensrettend!“ ein Eindruck erweckt, den man nach der Sachlage nur als nicht dem Wissensstand entsprechend bezeichnen kann. Aufgrund solcher Informationen kann kein Mann eine informierte Einwilligung abgeben.

Das sollten Sie nicht verschweigen

Zu den Eckpunkten einer angemessenen Aufklärung gehört – ähnliche Kriterien hat auch die Stiftung Warentest für ihren Praxistest benutzt –:

- Es ist nicht belegt, dass die Anwendung des Tests zur Früherkennung des Prostatakarzinoms das Leben der teilnehmenden Männer verlängert oder auch nur ihre Sterblichkeit am Prosta-

takarzinom reduziert. Bisherige epidemiologische Studien zu diesem Thema sprechen eher gegen diese Möglichkeit. Zwei große randomisierte Studien, die diese Frage beantworten, werden ihre Ergebnisse in circa vier Jahren vorlegen können.

- Die Risiken der Testanwendung sind dagegen relativ gut bekannt. Sie liegen zweifellos nicht in der Blutabnahme selbst, sondern in ihren Konsequenzen.

- Falsch positive Tests (erhöhte PSA-Werte, ohne dass ein Tumor gefunden werden kann); man rechnet auf einen gefundenen Tumor circa 2 bis 5 Männer mit falsch-positiven Resultaten.

- Falsch negative Tests (nicht über den Grenzwert erhöhte PSA-Werte, obwohl ein Tumor vorliegt); man rechnet auf einen entdeckten Tumor mindestens einen übersehenen Tumor, wobei dieses Verhältnis von der Definition, insbesondere bzgl. der Größe, eines Tumors abhängt.

- Risiken und Unannehmlichkeiten durch die bei erhöhtem PSA, unter Umständen wiederholt, durchzuführenden Biopsien sowie ggfs. nachfolgende Therapien.

- Überdiagnostik/Übertherapie: Die Nebenwirkungen von Therapien werden vielen als generell zu akzeptieren – des Risiko bei der Behandlung von Krankheiten erscheinen. Dies ist auch richtig so, jedoch gewinnt dieses Risiko im Zusammenhang mit Screening-Maßnahmen eine besondere Relevanz: Hier werden in mehr oder weniger großem Stil Erkrankungen aufgedeckt, die ihren Träger möglicherweise nie beeinträchtigt hätten, so dass ohne Screening kein Anlass für eine Therapie bestanden hätte. Damit gibt es bei der Anwendung von Screening-Verfahren ehemals gesunde Teilnehmer, die nicht nur keinen Nutzen aus der Anwendung des Tests ziehen, sondern möglicherweise Schäden aufgrund von Nebenwirkungen der Therapien erleiden, die ihnen ohne Anwendung des Screening-Tests

erspart geblieben wären. Dieser Aspekt der Überdiagnostik und folgenden Übertherapie wird häufig wenig beachtet.

- Ein Screening-Test liefert grundsätzlich keinen Ausschluss einer Erkrankung (auch dies ein Defizit in den erwähnten Informationsquellen). Da der Test nicht alle Karzinompatienten entdeckt (s.o.), heißt dies in der Umkehrung, dass unter denjenigen mit unauffälligen Screening-Ergebnissen doch einige Karzinomträger verbleiben. Hier gibt es also keine Sicherheit, sondern lediglich ein kleineres Risiko. In Zahlen ausgedrückt kann dies zum Beispiel bedeuten, dass ein Mann, der vor der Durchführung eines Tests mit 5%-Risiko ein Prostatakarzinom hat, bei einem negativen Testergebnis noch ein Restrisiko von 2-3% hat (eben weil der Test nur etwa die Hälfte aller Tumoren erkennt). Seine Sicherheit, keinen Prostatakrebs zu haben, hat also von 95% auf 98% zugenommen. Das mag man als wichtig und relevant einstufen, 100% Sicherheit (Ausschluss) gibt es aber nicht.

Besondere Sorgfalt gefordert

Es ist nicht auszuschließen, dass eine sorgsame Aufklärung bei den beratenen Männern zu der Entscheidung führt, nicht am PSA-Screening teilnehmen zu wollen. Nehmen Ärzte ihre Position und Funktion ernst, ist klar, welcher Seite der Waage „to sell or to tell“ sie größeres Gewicht beimessen sollten.

Die Aufklärung über Nutzen und Schaden von Screening-Maßnahmen ist grundsätzlich nicht verschieden von der Aufklärung über andere medizinische Maßnahmen. Es ergeben sich jedoch besondere Anforderungen, da hier Gesunden, bei denen keine Indikation und kein Handlungsbedarf besteht, eine Maßnahme empfohlen wird. Sie ist für die PSA-Bestimmung wie auch für andere einschlägige IGeL besonders anspruchsvoll, da ihr Nutzen nicht belegt ist, auf diesen Aspekt besonders und ausdrücklich hingewiesen werden muss. Damit gewinnt auch das Schadenspo-

tenzial eine besondere Bedeutung. Für eine angemessene Aufklärung ist es erforderlich, dass auch dem Aufklärenden selbst sehr klar und bewusst ist, dass und warum die so häufig genannten und durch Daten auch gestützten Pro-Argumente (Entdeckung von Frühstadien, längeres Überleben von Frühstadien im Vergleich zu Spätstadien) keine ausreichenden Belege für den gesundheitlichen Nutzen von Früherkennungstests sind (3). Dies mag als eine anspruchsvolle Erwartung erscheinen, sie ist aber die zwangsläufige Folge der Entscheidung, solche Leistungen anzubieten und seinen Patienten oder Ratsuchenden zu empfehlen.

Nachtrag

Während der Abschlussarbeiten an diesem Artikel ruft der Sohn eines Mannes an, dessen Vater im Anschluss an die Behandlung einer Hodenentzündung die Bestimmung des PSA empfohlen wurde. PSA erhöht, Biopsie erfolgt. Erst als der Mann sich bei seiner Krankenkasse danach erkundigt, warum er den Test denn selbst bezahlen musste, wird er von dieser über die Sachlage informiert. Eine Information oder Aufklärung seitens des Arztes gab es nicht. Es steht zu befürchten, dass dies eine nicht seltene Praxis in Deutschland darstellt.

Verfasser:

Prof. Dr. med. Jürgen Windeler

c/o Medizinischer Dienst der
Spitzenverbände der Krankenkassen
45116 Essen

Literatur in der Internetversion dieses Beitrags
unter www.aerztekammer-berlin.de, Heft 11/04
BERLINER ÄRZTE.

PSA-Screening in der Praxis

Die derzeitige öffentliche Debatte wird der Bedeutung des PSA-Tests nicht gerecht. Das PSA ist nur ein Teil der Diagnostik des Prostatakarzinoms und nicht die Diagnose.

Von Doris Diekhans

Ich bin niedergelassene Ärztin für Urologie und nutze die Möglichkeit des PSA-Screenings im breiteren Maße nunmehr seit rund 10 Jahren. Wenn ich diese Zeit rückblickend betrachte, so beherrscht mich zunächst nur der Gedanke, wie erleichtert ich war, durch diesen Marker eine zusätzliche Möglichkeit zur Früherkennung des Prostatakarzinoms zu haben und darüber hinaus einen hochsensiblen Marker in der Verlaufskontrolle bei der Therapie des Prostatakarzinoms. Unabhängig von diesem tatsächlichen Nutzen des PSA, empfinde ich es als großen Vorteil, dass durch die öffentliche Diskussion dieses Markers die Gesellschaft auf die Wichtigkeit der Vorsorge beim Mann hingewiesen und für den Prostatakrebs sensibilisiert wurde. Problematisch ist für mich allerdings die in den letzten Jahren sehr unterschiedliche Darstellung des PSA-Wertes in den Medien: Zunächst wurde der PSA-Wert als „die Vorsorge, die die rektale Untersuchung der Prostata



überflüssig macht“ empfohlen, während er heute sehr kritisch diskutiert wird. Diese Diskussion ist durch eine Vielzahl an Prostatabiopsien entstanden, die lediglich auf einem oftmals nur leicht erhöhten PSA-Wert beruhten, ohne dass andere Untersuchungsergebnisse berücksichtigt wurden.

Indikator für Veränderungen der Prostata

Beides wird diesem Marker aus meiner Sicht nicht gerecht. Das PSA ist nur ein Teil der Diagnostik des Prostatakarzinoms und nicht die Diagnose. Ich habe durch diesen Test ein zusätzliches Diagnostikum in der Hand, wobei ein wichtiges Kriterium ist, dass das PSA kein Indikator für ein Prostatakarzinom ist, sondern für Veränderungen der Prostata. Diese Veränderungen können durch eine gutartige Vergrößerung der Prostata, durch eine Prostatitis, durch Manipulationen an der Prostata und tatsächlich durch einen Prostatakrebs ausgelöst sein. Aus den ganz unterschiedlichen Gründen für eine Erhöhung oder auch für eine medikamentös ausgelöste Erniedrigung des Wertes ergibt sich, dass ich die Patienten auch dementsprechend über diese Untersuchung, die in der Öffentlichkeit oftmals nur mit dem Prostatakrebs in Zusammenhang gebracht wird, aufklären muss, wann diese Untersuchung sinnvoll ist und welche weiteren Untersuchungen gegebenenfalls daraus folgen. Ebenso ist der Hinweis wichtig, dass ein normaler PSA-Wert keine Sicherheit für einen kreisfreien Befund beinhaltet. Wir führen diese Aufklärung bei der Erhebung der Anamnese im Rahmen der Vorsorge durch und entscheiden gemeinsam mit dem Patienten, ob diese Untersuchung als Screening durchgeführt werden soll oder nicht. Screening bedeutet für uns, dass die Blutabnahme vor der digitalen rektalen Untersuchung, also ohne Kenntnis des Tastbefundes, erfolgt. Ich persönlich empfehle Patienten ein PSA-Screening im Rahmen der Vorsorge, wenn

einer der folgenden Faktoren vorliegt:

I ● Vorliegen einer genetischen Prädisposition, also Prostatakrebs in der eigenen Verwandtschaft oder ein Mammakarzinom bei weiblichen Verwandten.

● Auffälliger Tastbefund der Prostata in der Vorgeschichte.

● Unklare Miktionsbeschwerden, die sich nicht durch die bislang erhobenen Befunde erklären lassen.

II ● Alter über 50 Jahre und unter 75 Jahren.

● Adipositas.

● Wunsch des Patienten nach „mehr Sicherheit“.

Fällt bei der körperlichen Untersuchung ein suspekter Tastbefund auf, so ist eine Abnahme des PSA-Wertes, nach Wartezeit von mindestens 3 Tagen, notwendig, genau wie eine transrektale Ultraschalluntersuchung zur Beurteilung der Prostata. Vor Testosteronbehandlung, bei der die Gefahr besteht, einen „schlafenden Prostatakrebs zu wecken“ ist eine regelmäßige PSA-Kontrolle obligat, genau wie bei einem bekannten Prostatakrebs in der Tumornachsorge (sowohl beim markerpositiven, als auch marker negativen Befund).

Sinnvolle diagnostische Bereicherung

Bei den unter II. genannten Gründen für die PSA-Untersuchung werden die Kosten nicht von der GKV übernommen, sondern müssen vom Patienten als IGeL-Leistung selber getragen werden. Die meisten unserer Patienten finden, nach entsprechender Aufklärung, dass das PSA eine gute und sinnvolle Ergänzung der möglichen Vorsorge ist und verstehen nicht, warum die Kosten hierfür nicht generell von den Krankenkassen übernommen werden. Sie erachten den Nutzen dieses Markers für so hoch, dass sie die Kosten der Untersuchung selber tragen und sie leider manchmal ohne vorherige Aufklärung selber bestimmen lassen. Wir raten allerdings von der PSA-

Bestimmung ab, wenn aufgrund von persönlichen Besonderheiten des Patienten keine diagnostischen oder therapeutischen Konsequenzen aus pathologischen PSA-Werten resultieren würden. Ich erlebe das PSA hauptsächlich als sinnvolle Ergänzung der Vorsorge, mit einem großen Nutzen für Patienten und Arzt und möchte diese diagnostische Möglichkeit nicht mehr missen.

Die vor der Blutabnahme notwendigen Aufklärungsgespräche sind für mich eine Möglichkeit, den Patienten und seinen Umgang mit sich besser kennen zu lernen. Deshalb überlassen wir diese Gespräche auch nicht unseren Mitarbeitern, sondern führen sie selbst bei der Erhebung der Anamnese oder Zwischenanamnese vor der Vorsorge. Natürlich können auch Probleme durch die PSA-Bestimmung ausgelöst werden, wie die entbrannte öffentliche Diskussion zeigt. PSA-Werte können deutlich erhöht sein, ohne dass ein Tumor nachweisbar ist, oder sich der Wert durch die Größe der Prostata, durch eine Entzündung oder durch andere Alterationen erklären lässt.

Andererseits gibt es Prostatakarzinome, die digital tastbar sind und keine PSA-Erhöhung zeigen. Hier obliegt es aber uns Ärzten, die Gesamtheit aller Befunde kritisch zu betrachten und erst daraus entsprechende diagnostische Konsequenzen abzuleiten.

Fazit

Das PSA-Screening ist, bei adäquater Anwendung durch den Arzt und durch den Patienten, eine Untersuchung von hohem Nutzen und zusätzlichem Informationsgehalt in der Vorsorge, zumal nur circa 40 % der Prostatakarzinome bei der digitalen rektalen Untersuchung tastbar sind.

Dr. h.c. Doris Diekhans
Niedergelassene Urologin
Heerstraße 435, 13593 Berlin

Leichte Rentenerhöhung beschlossen

Bericht von der Delegiertenversammlung am 29. September 2004

Trotz schwieriger Renditesituation auf den Finanzmärkten konnte die Berliner Ärzteversorgung auch 2003 ihre geplante Ziel-Verzinsung erreichen. Der Spielraum lässt sogar nach der diesjährigen Nullrunde wieder eine leichte Rentenerhöhung um 0,85 % im kommenden Jahr zu. So zwei wichtige Ergebnisse des Jahresabschlusses der Berliner Ärzteversorgung 2003.

Von Juan Andrés Bernhardt

Die Beitragseinnahmen der Berliner Ärzteversorgung sind 2003 im Vergleich zum Vorjahr um 13,2 % gestiegen. Zwei Gründe sind dafür verantwortlich, so Vizepräsident Elmar Wille (Liste Allianz), der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung, bei seiner Vorstellung des Jahresabschlusses. Zum einen stieg die Zahl der Mitglieder im Versorgungswerk um rund 600 Neuzugänge an. Zudem hatte der Gesetzgeber 2003 die Beitragsbemessungsgrenze von zuvor 4500 € auf 5100 € angehoben und den Beitragssatz von 19,1 % auf 19,5 % erhöht. Das brachte auch der Berliner Ärzteversorgung ein Einnahmeplus.

Dem stehen jedoch auch wachsende Versorgungsverpflichtungen gegenüber, so Wille. So wächst der Anteil weiblicher Mitglieder im Versorgungswerk, was angesichts der höheren Lebenserwartung der Frauen längere Zahlungsverpflichtungen mit sich bringt.

Nach wie vor sind die Beiträge der Berliner Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu anderen Versorgungswerken niedrig. So wundert es kaum, dass nach wie vor ein Wanderungsgewinn bei den Mitgliedern zu verzeichnen ist: Während von 707 Ärztinnen und Ärzten, die 2003 aus Berlin weggezogen sind, 602 (85,7 %) freiwillig beim Berliner Versorgungswerk blieben, hielten umgekehrt von 346 nach Berlin „Zugezogenen“ lediglich 164 (52,6 %) ihrem bisherigen Versorgungswerk die Treue.

Finanziell lässt sich die Arbeit des Berliner Versorgungswerks durchaus sehen, so Wille. In wirtschaftlich schwierigen Zeiten konnte eine Bruttodurchschnittsverzinsung von 4,57 im Jahre 2003 erzielt werden. Ein Rechnungszins von 4 % ist notwendig, um den Mitgliedern die derzeit geltenden Renten sichern zu können.

Hierauf ging Wille noch einmal in einem anderen Zusammenhang ein: Die Berliner Ärzteversorgung hat den bisher mit einem Versicherungskonsortium abgeschlossenen Rückdeckungsvertrag im Jahr 2003 beendet. Die in diesem Zusammenhang gemachte Steuerrückstellung konnte zu 80 % aufgelöst werden (ca. 57 Millionen Euro). Diese Mittel wurden nach einem Beschluss des Verwaltungsausschusses als „Zinsschwankungsreserve“ der Deckungsrückstellung zugeführt. Das Gremium hatte dabei die Verzinsung im Auge: Gelingt es nicht, die Marge von 4 % Rechnungszins zu erreichen, so lassen sich die Renten in der aktuellen Höhe nur durch „Zuschüsse“ aus der Rückstellung aufrechterhalten. Mit Blick auf die aktuel-



len Unsicherheiten auf den Finanzmärkten war die Einrichtung einer Zinsschwankungsreserve geboten.

Zinsschwankungsreserve und „Subventionen“

In der anschließenden Diskussion fragte Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit), wie die finanzielle Lage sich darstellen würde, wenn der Durchschnittszins auf 3,95 % gefallen wäre. Der zu Ende September aus der Berliner Ärzteversorgung ausscheidende Versicherungsmathematiker Reinhard Reuter erläuterte, dass eine Unterschreitung um 0,05 Prozentpunkte noch ausgeglichen werden könnte. Würden jedoch die Durchschnittszinsen auf 3,5 % fallen, so könnte ohne entsprechende Rückstellungen eine finanzielle Schieflage entstehen (ca. 160 Mio. Euro würden dann zum Rechnungszins fehlen, Anm. d. Verf.). Elmar Wille schloss sich an und betonte, dass die Zinsschwankungsreserve erstmalig eingerichtet wurde und in den nächsten Jahren erhöht werden soll.

Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) wollte wissen, ob und in welcher Höhe die vorgezogenen Altersrenten „subventioniert“ werden. Elmar Wille wies in seiner Antwort darauf hin, dass diese „Subventionen“ durch Entlastungen an anderer Stelle abgedeckt werden, insbesondere bei den Berufsunfähigkeitsrenten: Die Delegiertenversammlung habe vor einigen Jahren beschlossen, die Abschläge von 0,6 % auf 0,4 % pro vorgezogenem Renteneintrittsmonat zu reduzieren. Alle hätten darin übereinstimmend, dass mit dieser berufspolitischen Entscheidung bessere Startbedingungen für jüngere Kollegen geschaffen werden sollten. Die hierdurch entstehenden Zusatzkosten würden jedoch zu einem nicht unerheblichen Teil durch den deutlichen Rückgang der Berufsunfähigkeitsrenten ausgeglichen. Martin Reiss, Geschäftsführer der Verwaltungsgesellschaft des Versorgungswerks, untermauerte dies mit Zahlen: Im Jahr 2003 seien die BU-Anträge deutlich zurückgegangen – 38 Fälle seien es gewesen, man hätte sich versicherungsmathematisch auf 68 eingestellt. Pickerodt fragte weiter, warum die Beiträge in Berlin so vergleichsweise niedrig seien. Wille konnte eine klare Antwort geben: Dies läge an den niedrigeren Einkünften der Ärztinnen und Ärzte in Berlin.

Abschlussprüfung „bestanden“

Wulf Frank und Cornelia Auxel vom Prüfungsunternehmen BSB & P – das in diesem Jahr erstmals mit der Revision beauftragt wurde – erläuterten den Delegierten ihre Ergebnisse: Die Berliner Ärzteversorgung erhielt für ihren Jahresabschluss 2003 einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk, es gab von den Revisoren nichts zu beanstanden. Kurz gingen sie auf eine Sonderprüfung ein, mit der das Unternehmen parallel beauftragt worden war. Es ging bei dieser Prüfung um den Umbau des Verwaltungssitzes der Berliner Ärzteversorgung, die Aufwandsentschädigungen für die Ausschussmitglieder sowie um die Beraterverträge, die im Rahmen der Umorganisation des Versorgungswerks abgeschlossen wurden.

Wulf Frank erläuterte, es seien vereinzelt Verfahrensfehler zu vermerken, die jedoch keinen Schaden für das Versorgungswerk feststellen ließen. Er schloss seine Ausführungen mit einigen Empfehlungen zur künftigen Verfahrensweise.

Eva Müller-Dannecker, Rüdiger Brand (beide Fraktion Gesundheit) und Präsident Günther Jonitz (Marburger Bund) begrüßten die Sonderprüfung und ihre Ergebnisse übereinstimmend. Jonitz betonte abschließend, man habe für die Zukunft gelernt; er sei überzeugt, dass die Empfehlungen der Revisionsgesellschaft umgesetzt werden.

Im Anschluss wurde die Entlastung des Aufsichts- und Verwaltungsausschusses einstimmig beschlossen. Die Delegiertenversammlung stimmte auch einer Dynamisierung der Renten um 0,85 % für 2005 zu. Die Dynamisierung wurde angesichts der letzten Jahr beschlossenen „Pause“ – für das laufende Jahr 2004 gilt eine „Nullrunde“ – allseits begrüßt. Zudem wurden einige – vor allem verwaltungstechnische – Satzungsänderungen beschlossen.

Gleichstellung von Lebensgemeinschaften?

An den Vorstand überwiesen wurde ein Antrag der Fraktion Gesundheit, der eine rentenrechtliche Gleichstellung nichtehelicher homo- und heterosexueller Lebensgemeinschaften im Versorgungswerk zum Ziel hatte. Carsten Belter (Fraktion Gesundheit) begründete den Antrag – der eine „bindende Empfehlung zur Satzungsänderung“ darstellen sollte – mit der heute nicht mehr zu leugnenden Entwicklung: Immer mehr Menschen bildeten eine Lebensgemeinschaft ohne zu heiraten. Auch für diese Gruppe sollte eine finanzielle Absicherung der Hinterbliebenen geschaffen werden.

Der Verwaltungsausschuss der Berliner Ärzteversorgung hat sich mit diesem Thema bereits befasst, so Elmar Wille. Da die Satzung umfassend überarbeitet wird – insbesondere europarechtliche Vorgaben machen das erforderlich – stünde auch dieser schon an anderer

Stelle von einer Ärzteinitiative eingebrachte Änderungsvorschlag zur Diskussion. Der Verwaltungsausschuss habe jedoch klar dafür votiert, in der Begünstigung von nichtehelichen Lebensgemeinschaften nicht von den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung abzuweichen. Im Alterssicherungsgesetz sind Hinterbliebenenrenten weder für eingetragene homosexuelle Lebenspartnerschaften noch für heterosexuelle Lebensgemeinschaften vorgesehen. In zweifacher Hinsicht würde sich ein Abweichen davon im Berliner Versorgungswerk negativ auswirken:

- Wenn ein Rentenversorger bessere Leistungen erbringt als die BfA, können dessen Mitglieder ihre Rentenbeiträge nicht mehr steuerlich geltend machen. So sieht es eine ab Januar 2005 in Kraft tretende Änderung des Alterseinkünftegesetzes vor, erläuterte Martin Reiss von der Verwaltungsgesellschaft der Ärzteversorgung.
- Mit einem Anteil von 48,3 % ist die Zahl der Ledigen unter den Versicherten der Berliner Ärzteversorgung vergleichsweise hoch. Da davon auszugehen ist, dass viele von ihnen in nichtehelichen Lebensgemeinschaften leben, sind die finanziellen Folgen einer Zahlung von Hinterbliebenenrenten an diese Gruppe kaum zu überblicken.

Nach längerer Diskussion dieser Punkte empfahl Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund), den Antrag der Fraktion Gesundheit an den Vorstand der Ärztekammer zu überweisen, was denn auch mit großer Mehrheit beschlossen wurde.

Das „Update“ der Berufsordnung

Die Berufsordnung der Ärztekammer Berlin wurde nun gemäß der in Bremen beschlossenen Musterberufsordnung geändert und damit deutlich verschlankt. Die Novelle, die zum Beispiel zahlreiche Detailregelungen zum Thema „Ankündigungen, Werbung und Arzt-schildergrößen“ über Bord wirft, sei nicht zuletzt ein wichtiger Beitrag zur Entbüro-

kratisierung der Medizin, so Kammer-Geschäftsführer Gerhard Andersen.

Die Debatte verlief vergleichsweise kurz, wohl nicht nur, weil eines der Hauptthemen der Novelle, die „Ärztegesellschaften“, bereits in der vorangehenden DV behandelt wurde. Offensichtlich hatte der Berufsordnungsausschuss auch gute Vorarbeit geleistet und die zur Verfügung gestellten Unterlagen waren so übersichtlich, dass wenig Rückfragen und Unklarheiten aufkamen. Einzig um die Herausnahme der Regelungen zur Durchführung der assistierten Reproduktion aus der Berufsordnung gab es Diskussionen. Antje Blankau (Fraktion Gesundheit) stellte den Antrag, die Regelungen im Sinne eines guten Patientenschutzes weiter in der Berufsordnung zu halten. Patienten müssten für die künstliche Befruchtung einen erheblichen finanziellen Aufwand leisten, so die Gynäkologin. Die Ärztekammer sollte ihr Augenmerk auf diese Behandlungsmethode deshalb noch verstärken, damit deren Qualität nicht Opfer ökonomischer Interessen wird.

Präsident Günther Jonitz erwiderte, dies sei auch ohne explizites Aufführen der IVF-Regelungen in der Berufsordnung möglich. Der § 5 der Berufsordnung gibt

der Kammer nach wie vor die Möglichkeit, über die Qualität der Behandlung zu wachen: Jeder Arzt und jede Ärztin sind hiernach verpflichtet, an Maßnahmen der Ärztekammer zur Sicherung der Qualität ärztlicher Tätigkeit teilzunehmen und die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Geschäftsführer Andersen ergänzte, dass bereits drei Richtlinien auf Landes- und Bundesebene die Durchführung der künstlichen Reproduktion erschöpfend regeln. Zudem gäbe es mittlerweile Gerichtsurteile, die berufsrechtliche Einschränkungen bei der Durchführung künstlicher Befruchtungen ohne ausreichende Rechtsgrundlage anzweifeln.

Die Delegiertenversammlung lehnte im Anschluss an diese Diskussion eine Beibehaltung der Reproduktionsrichtlinien in der Berufsordnung mehrheitlich ab.

Anschließend wurden die Änderungen der Berufsordnung einstimmig beschlossen. Präsident Günther Jonitz bedankte sich zum Abschluss dieses Tagesordnungspunktes noch einmal ausdrücklich beim Berufsordnungsausschuss der Ärztekammer Berlin und seinem Vorsitzenden Henning Dannehl (Marburger Bund) für die sehr gute Vorarbeit.

jab

Besonderheiten in der Berliner Berufsordnung

In einigen Punkten weicht die nun beschlossene Berliner Berufsordnung von der Musterberufsordnung ab. Da sie – um in Kraft treten zu können – jedoch noch von der Senatsgesundheitsverwaltung genehmigt werden muss, kann es noch eine Weile dauern, bis diese Regelungen mit ihren Streichungen rechtskräftig sind. Die Abweichungen sind insbesondere folgende:

- In der Berliner Berufsordnung ist die Zahl so genannter „Filialen“ nicht – wie in Bremen beschlossen – auf zwei begrenzt. Berliner Ärzten wäre es damit möglich, auch mehr als zwei Zweigstellen neben ihrer Ursprungs-Praxis zu betreiben.
- Eine fachgebietsübergreifende Anstellung ist in Berlin – anders als in der Musterberufsordnung – nicht explizit textlich vorgesehen.
- Die umfangreichen Vorlagepflichten für Verträge wurden in Berlin nicht aus der Musterberufsordnung übernommen. Verträge sollen in Berlin nur aus gegebenem Anlass im Einzelfall von der Kammer angefordert werden.
- Weiterbildungsbezeichnungen, die von der Kammer vergeben werden, können in Berlin mit einem Logo gekennzeichnet werden.

Sowie die Berufsordnung genehmigt ist, werden wir sie veröffentlichen und ausführlich erläutern.

Ruth Mattheis wird 85

Ein herzlicher Glückwunsch richtet sich an Prof. Dr. Ruth Mattheis, der langjährigen Vorsitzenden der Ethikkommission der Ärztekammer Berlin. Sie feiert am 29. November 2004 ihren 85. Geburtstag.

Von 1952 bis 1962 arbeitete Ruth Mattheis als Ärztin in der Kinderfürsorge und als Schulärztin im Bezirk Zehlendorf von Berlin. Sie wechselte 1962 zur Senatsverwaltung für Gesundheit über und wurde 1968 zur Abteilungsleiterin für Krankenhäuser und ambulante Dienste berufen, eine Funktion, die sie bis zu ihrer Pensionierung 1984 ausübte, in den letzten Jahren als Senatsdirigentin. In internationalen Bereichen war sie von 1972 bis 1991 als Delegierte der Bundesrepublik Deutschland in der Weltgesundheitsorganisation tätig; sie nahm in Gremien der Niederlande und der USA am Gedankenaustausch über medizin-ethische und speziell bioethische Probleme teil.

Ruth Mattheis hat das Gesundheitswesen in Berlin entscheidend mitgestaltet und einen prägenden Einfluss auf Entwicklungen genommen. Auf ihre Initiative wurden im Rahmen der Psychiatrie-Reform sozial-psychiatrische Dienste eingerichtet und Wege zur Enthospitalisierung vieler Kranker und Behinderter geebnet. Mit Zielen der Prävention, Gesundheitsförderung und Behindertenhilfe rief sie ein Netz von Beratungsstellen ins Leben, darunter den Sozialmedizinischen Dienst für

Schwangerschafts-, Ehe- und Familienberatung.

Am 4.12.1984 wurde Ruth Mattheis als eine weit über die Grenzen Berlins hinaus anerkannte Persönlichkeit mit dem vom Senat von Berlin selten verliehenen Titel „Professor e.h.“ geehrt. Außerdem wurden ihr zahlreiche weitere Ehrungen zuteil, im Jahr 2000 durch Verleihung der Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft.

Nach ihrer Pensionierung hat Ruth Mattheis ihre umfangreichen Berufserfahrungen in ein verstärktes ehrenamtliches Engagement eingebracht. Von 1984 bis 1990 engagierte sie sich als Vorsitzende der Berliner Krankenhausesellschaft. Und nach der Vereinigung Deutschlands half sie, im Ostteil Berlins die Gesundheitsverwaltung neu zu ordnen. Die Schwerpunkte ihrer ehrenamtlichen Aktivitäten liegen bei ihrem Einsatz für Menschen mit schweren Behinderungen und bei ihrem vielfältigen Wirken auf medizinisch-ethischen Gebieten.

Seit 1988 gehört Ruth Mattheis der Ethikkommission der Ärztekammer Berlin an, bis vor kurzem als deren Vorsitzende und daneben als Mitglied des bundesweiten Arbeitskreises medizinischer Ethik-Kommissionen. Sie hat zusätzlich zur Bewertung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln an Menschen weitreichende Aktivitäten auf medizinischen, rechtlichen und ethischen Gebieten entfaltet, vor allem zu Grund-



fragen und praktischen Problemen des Behandlungsabbruchs, Behandlungsverzichts und der Sterbebegleitung. Durch Vorträge, Diskussionen und eine Reihe von Veröffentlichungen hat sie sowohl die Fortbildung von Ärzten in Krankenhäusern als auch die Öffentlichkeitsarbeit für medizinische Laien bereichert. Bei konfliktreichen Fragen ist es ihr immer wieder gelungen, mit Geduld, Beharrlichkeit und freundlicher Verbindlichkeit kritisch fördernd Lösungen zu finden und mit Tatkraft durchzusetzen. Ihr 85. Geburtstag gibt Anlass, ihr mit guten Wünschen für ihr unermüdliches Engagement zu danken.

Günter Hennies,
Vizepräsident des Landessozialgerichts i.R.,
Mitglied der Ethikkommission
der Ärztekammer Berlin

Das Buch-Büchlein

Nur aus der Sonderart unserer „Schnell zusammengewürfelten Stadt lässt sich erklären, dass Berlin so betrüblich wenig von Buch weiß.“ Das schrieb 1928 Berlins Oberbürgermeister Adolf Wermuth (1855–1927) über das ganz besondere Dorf im Nordosten der Stadt, das 1920 eingemeindet wurde und dessen (1964 abgerissenes) Barockschlösschen er als Sommersitz nutzte. „Jedenfalls“, so fuhr er fort, „wissen die wenigsten, welche Schönheiten der Stadtbaurat Berlins, Ludwig Hoffmann, gerade in diesem Winkel versteckt hat“.

Die meisten Ärzte aber haben das nie ganz vergessen. Denn was der große Architekt da für Buch, das alte „Wendischen Buk“, baute, war der modernste und wahrscheinlich größte Baukomplex Europas für körperlich oder psychisch Kranke, Alte und Behinderte. Damit die große Vergangenheit Buchs auch um seiner Zukunft willen den Berlinern wieder gegenwärtig wird, hat der Bucher Biochemiker Prof. em. Dr. Dr. h.c. Heinz Bielka (früher Max Delbrück Centrum) in der Muße seines Ruhestandes ein anregendes Büchlein zusammengestellt:

„Belletristisches über Medizin und Wissenschaft in Berlin-Buch“, herausgegeben 2004 vom Helios-Klinikum Berlin-Buch und anderen Institutionen, die den alten Medizin-Standort heute neu beleben **(Erhältlich für 3 € zum Abholen in der Redaktion BERLINER ÄRZTE, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin, 6. OG).**

Das Buch-Büchlein zitiert und kommentiert viele Äußerungen von Ärzten, Wissenschaftlern, Schriftstellern und Politikern, die den Ort und seine Geschichte lebendig werden lassen. Das beginnt, natürlich, mit Theodor Fontane, der in seinen „Wanderungen“ schreibt: „Das Dorf Buch ist reich an Landschaftsbildern aller Art, aber noch reicher an historischen Erinnerungen“, die Bielka denn auch skizziert. Und es endet mit Aufzeichnungen der früh an Brustkrebs gestorbenen DDR-Schriftstellerinnen

Brigitte Reimann und Marie Wandern, die sich beide voll des Lobes über die Robert-Rössle-Klinik äußern.

„Eine wunderbare Klinik, vor den Fenstern hohe alte Bäume“, schreibt Brigitte Reimann; „man weiß sich in guten Händen. Die Rössle-Klinik ist ja auch Forschungsstätte“ – wie auch jetzt noch. In der 1949 gegründeten und bald international bekannten früheren Krebsforschungsklinik der Akademie der Wissenschaften ist heute die Charité für die Forschung verantwortlich, auf Grund eines langfristigen Kooperationsvertrages jedoch das Helios-Klinikum für die Krankenversorgung, ebenso wie bei der Franz-Vollhard-Klinik für Herz-Kreislauf-Krankheiten. Neben der Rössle-Klinik widmet Bielka eigene Kapitel auch dem früh renommierten Institut für Hirnforschung der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft mit den beiden Vogts sowie der skurrilen Persönlichkeit des russischen Genetikers Timoféeff-Ressovsky.

Trotz der Notwendigkeit eines Neubaus – Helios und andere Träger sind bemüht, einen Teil der Hoffmann-Bauten

vor dem Verfall zu retten; zum Beispiel Gebäude des früheren Hufeland-Krankenhauses, ursprünglich „III. Irrenanstalt“. Als sie gerade eröffnet war, arbeitete dort von 1906 bis 1908 Alfred Döblin als Psychiater, und hier, im „festen Haus“, lässt er in „Berlin Alexanderplatz“ seinen Franz Biberkopf enden. Zur Eröffnung schrieb die Vossische Zeitung am 17. September 1906: „Niemand wird von Buch heimgekehrt sein ohne das Gefühl der Bewunderung für die großartigen Werke, zu deren Ausführung weitherziger Bürgersinn die Mittel zur Verfügung gestellt hat...“

Die von Ludwig Hoffmann geplante Krankenstadt mit 5000 Betten entstand zwischen 1900 und 1929, und wer seinen schönen, fast durchweg abgerissenen Pavillons für das alte Virchow-Krankenhaus nachtrauert, kann sich hier ein bisschen trösten. „Mit Ihren großen Bauanlagen in Buch renommier ich immer wieder im Ausland“, sagte Kaiser Wilhelm II. höchst gnädig zum Baumeister. Und dessen „Alte-Leute-Heim“, ein freundliches Dörfchen aus zwanzig anheimelnden Häusern, hat sich sogar Theodor Roosevelt angesehen.

Rosemarie Stein



Das Badehaus der III. „Irrenanstalt“, einer der im vorgestellten Bändchen abgebildeten Ludwig-Hoffmann-Bauten.