

Nun gilt es doch ...



Foto: privat

Dr. med. Werner Wyrwich

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

Nach einem jahrelangen „Kopf-in-den-Sand-stecken“ und „aggressivem Abwarten“ unserer politisch Verantwortlichen, ist nun seit dem 1. Januar eine blitzartig aus der Schublade gezogene Novelle des Arbeitszeitgesetzes nach Passieren des Vermittlungsausschusses in Kraft.

Der europäischen Forderung nach 48 Stunden wöchentlicher Höchstarbeitszeit wurde dadurch Rechnung getragen, dass (unter Berücksichtigung einer 6-Tage-Woche) eine gesetzliche Festlegung der werktäglichen Arbeitszeit für Arbeitnehmer auf 8 Stunden erfolgte. Eine Ausdehnung auf 10 Stunden ist nur dann zulässig, wenn innerhalb von 24 Wochen die durchschnittliche Arbeitszeit von 8 Stunden nicht überschritten wird. Dies ist im § 3 ArbZG mit deutscher Gründlichkeit festgeschrieben. Arbeitszeit beinhaltet auch alle (bis dato für den ärztlichen Dienst in der Regel nicht dokumentierten) Überstunden und – wie uns der EuGH lehrte – die gesamte Dauer des Bereitschaftsdienstes.

Schenkt man den Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft Glauben, hätte eine konsequente Umsetzung der ursprünglichen Gesetzesvorlage eine dramatische Änderung des ärztlichen Personalbedarfs in den Krankenhäusern zur Folge gehabt. Abgesehen von den gigantischen Mehrkosten hätte der erforderliche Personalbedarf mangels verfügbarer qualifizierter Masse

sowieso nicht gedeckt werden können. Daran ändert auch die Abschaffung des AIP nichts!

In Zeiten der Not ist es gut, wenn sich der Gesetzgeber zur Lösung schwerer Probleme auf demokratische Tugenden besinnt: „Mehr Eigenverantwortung statt staatlicher Reglementierung“ ... Und so dürfen jetzt in der Ausgestaltung der Vorgaben des neuen Arbeitszeitgesetzes auch die Tarifvertragsparteien ganz aktiv mitspielen: Das Gesetz gibt ihnen oder (wenn es durch einen Tarifvertrag gestattet ist) den Betriebsparteien vor Ort die Möglichkeit, von § 3 ArbZG abzuweichen. Die werktägliche Arbeitszeit kann entweder über 10 Stunden hinaus oder über 8 Stunden hinaus auch ohne Ausgleich verlängert werden, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst fällt (§ 7 ArbZG). Natürlich muss dann – so will es der Gesetzgeber – durch „besondere Regelungen“ sichergestellt werden, dass die Gesundheit der Arbeitnehmer nicht gefährdet wird. Welcher Art diese besonderen Regelungen sein sollen, bleibt allerdings offen. Vielleicht genügt ja eine schriftliche Erklärung des Arbeitnehmers. Schriftliche Erklärungen stehen zur Zeit sowieso hoch im Kurs. Stellen sie doch sicher, dass die Arbeitnehmer als mündige Bürger souverän darüber entscheiden

können, ob sie einer Verlängerung ihrer werktäglichen Arbeitszeit ohne Ausgleich zustimmen wollen oder nicht. Diese souveräne Entscheidung gilt umso mehr bei Kolleginnen und Kollegen mit befristeten Vertragsverhältnissen und Berufsanfängern.

Und noch eine gute Idee wurde im Vermittlungsausschuss geboren: Weil die Änderungen des Arbeitszeitgesetzes nicht per Dekret, sondern demokratisch umgesetzt werden sollen, erhalten die Tarifpartner eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2005, innerhalb derer die jetzt bestehenden Tarifverträge weitergelten können. Doch muss entsprechend der EU-Vorgabe der ärztliche Bereitschaftsdienst künftig tatsächlich als „Arbeitszeit“ bewertet werden. Bewertet – nicht bezahlt.

Übrigens, der eigentliche „Zweck des Gesetzes ist es,

1. die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer zu gewährleisten sowie
2. den Sonntag und die staatlich anerkannten Feiertage als Tage der Arbeitsruhe und der seelischen Erhebung der Arbeitnehmer zu schützen“.

Das werde ich meinen Kollegen bei der Vorlage des nächsten Dienstplanes sicher noch einmal genauer erklären müssen...



TITELTHEMA

Das Krankenhaus aus der Sicht des Patienten

In der Klinik trifft eine hoch komplexe Welt von Spezialisten auf Menschen, die durch eine Krankheit aus ihrem normalen Leben gerissen werden, die Angst haben und natürlich verstehen wollen, was mit ihnen geschieht. Wir baten Patienten mit frischer Klinikerfahrung, uns zu schildern, wie sie Krankenhaus und Ärzte erlebten.

Aufgeschrieben und bearbeitet von Thomas Loy14

Bessere Kliniken - aber wie?

Die Berliner Medizinische Gesellschaft fragte auf einer Veranstaltung nach der Würde des Patienten. Wie kann seine Perspektive stärker berücksichtigt werden?

Von Rosemarie Stein21

Hätten Sie's erkannt?

MEINUNG

Nun gilt es doch....

von Werner Wyrwich3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

Mitteilungen aus dem Robert-Koch-Institut9

Leserbriefe12

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Höhere Krankenversicherungsbeiträge für Ärzte in Rente

Die Berliner Ärzteversorgung informiert.

Von Elmar Wille.....22

Von roten Zellen und roten Zahlen

Um Sinn und Unsinn fremdblutsparender Maßnahmen in der operativen Medizin ging es auf einer Veranstaltung des St. Joseph-Krankenhauses.

Interessantes Neben-Ergebnis: Viele Erkenntnisse auf diesem Gebiet verdankt die Wissenschaft den Zeugen Jehovas und ihrer radikalen Ablehnung von Transfusionen.

Von Adelheid Müller-Lissner23

Buchbesprechungen

Zweimal Virchow lesenswert, Roche Lexikon Medizin, Sozialmedizin und Public Health

Gelesen von Rosemarie Stein und Udo Schagen26

PERSONALIEN

Zum Tode von Joachim Baumgarten.....25

FORTBILDUNG

Naturheiltage Frühjahrskurs.....20

Periphere arterielle Verschlusskrankheiten

Die Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in Kurzfassung

.....28

FEUILLETON

Udenotherapie

Eugen Bleuler schrieb 1919 seinen Klassiker „Das autistisch undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung“ und erwies sich darin als Urvater der Evidence based Medicine. Er empfahl, das zu lassen, was nichts bringt.

Von Rosemarie Stein32

Impressum38

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Charité - Campus Benjamin Franklin

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Mario Brock,

Neurochirurgie-Chef am Campus Benjamin Franklin hat bereits Ende Oktober die Leitung der Neurochirurgie am Campus Virchow mit übernommen. Der frühere dortige Chefarzt, **Prof. Wolfgang Lanksch**, ist in den Ruhestand gegangen.

Maria Heimsuchung, Caritas-Klinik Pankow

Dr. med. Eric P.M.

Lorenz ist neuer Chefarzt der Chirurgie mit ihrem Schwerpunkt Unfallchirurgie. Lorenz war bisher im Behring-Krankenhaus als Leitender Oberarzt tätig. Er löst an der Caritas-Klinik seinen zum 31.12.2003 ausgeschiedenen Vorgänger, **Dr. med. habil. Gerhard Heller** ab.

Bundeswehrkrankenhaus

Dr. med. Ulrich Baumgarten ist neuer Chefarzt der Inneren

Medizin I. Sein Vorgänger, **Dr. med. Ulrich Schwarz**, ist in den Ruhestand gegangen.

Krankenhaus Bethel

Dr. med. Ralph Debbert, bislang leitender Oberarzt am Vivantes Humboldt-Klinikum, ist neuer Chefarzt in der Allgemeinchirurgie des Bethel-Krankenhauses. Er löst in dieser Funktion **Dr. med. Wilhelm Zuschneid** ab, der zum DRK-Klinikum Westend wechselte.

Vivantes Klinikum Spandau

Dr. med. Uwe Büchner leitet seit dem 1. Januar 2004

als Ärztlicher Direktor die drei Vivantes-Entwöhnungskliniken Hellerdsorf, Humboldt und Spandau. Die bisher unter seiner Leitung stehende Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie/Suchterkrankungen wurde in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie unter **Prof. Dr. med. Jürgen Staedt** integriert.

Dr. med. Antonio Spilimbergo, der Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Spandau, ging Ende November in den Ruhestand. Bis zur Wiederbesetzung seiner Nachfolge hat **Dr. med. Rainer Semmelbeck** kommissarisch die Leitung inne.

Bei dieser kleinen Rubrik ist die Redaktion BERLINER ÄRZTE auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

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

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



Sponsoring

Zahnärzte-Vize engagiert sich für die Stadtschloss-Fassade

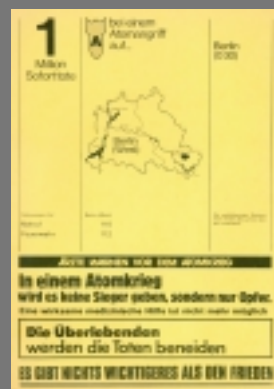
Der Vizepräsident der Berliner Zahnärztekammer, Dr. Jürgen Gromball, hat eine Bürgerinitiative zur Wiederherstellung der historischen Stadtschloss-Fassade gegründet. Denn der Senat hat zwar den Abriss des Palastes und Neuaufbau eines Gebäudes zur öffentlichen Nutzung beschlossen, für eine

Rekonstruktion der historischen Fassade sucht er aber private Sponsoren. Für Jürgen Gromball, neben seiner Praxis selbst auch künstlerisch tätig, war dies ein Startsignal zum Handeln. Der „Förderkreis Zahnärzte für die Stadtschloss-Fassade“ wird sich dem schon bestehenden Förderverein Berliner Stadtschloss e.V. von Wilhelm von Boddien anschließen, jedoch ein eigenes Sonderkonto vorhalten.

Gromballs Vorstoß hat bereits Nachahmer in anderen berufsständischen Organisationen gefunden. Es soll versucht werden, aus den Spenden ein Fassadenteil oder ein Fenster zu finanzieren, das später eindeutig identifizierbar sein soll, damit die Unterstützer auch sehen können, was sie da bezahlt haben.

Humanmediziner, die sich Gromballs Initiative anschließen möchten, können eine Spende entrichten an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BLZ 100 900 603, Kto. Nr. 0005917603, Stichwort: Stadtschloss.

IPPNW: Großer ärztlicher Anti-Atomkongress



Vom 7. bis 9. Mai 2004 veranstalten in Berlin die IPPNW (International Practitioners to prevent nuclear war) ihren großen europäischen Kongress. Unter dem Titel „Atomwaffen & Atomenergie in einer instabilen Welt“ geht es in der Urania um die aktuellen Entwicklungen um Bau und Vorhaltung von Atomwaffen und -kraftwerken. Kritische Ärzte aus ganz Europa werden hier zusammenkommen und

sich über Verhinderungs- und Proteststrategien austauschen. Die Ärztekammer Berlin unterstützt den Kongress.

Weitere Informationen und Anmeldung unter www.atomkongress.de

Interview

Kammer ist Mitglied im Guidelines International Network

Die Arbeit an ärztlichen Leitlinien wird weltweit im Guidelines International Network - kurz G.I.N. - zusammengeführt, das voriges Jahr gegründet wurde (www.g-i-n.net). Als erste Kammer der Bundesrepublik ist die Ärztekammer Berlin dort Mitglied. BERLINER ÄRZTE sprach darüber mit Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz.

Herr Dr. Jonitz, die Ärztekammer Berlin ist Mitglied im Guidelines International Network. Was ist das genau?

Das G.I.N. ist ein Zusammenschluss aller medizinischen Leitlinienagenturen der Welt. Sie wollen künftig ihre Erkenntnisse austauschen und eine gemeinsame Informationsplattform nutzen. In Deutschland läuft die Zusammenarbeit über das ÄZQ, das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin unter der Leitung von Günther Ollenschläger.

Warum ist die Ärztekammer Berlin einem solchen Netzwerk beigetreten?

Medizin wird immer komplexer und unüberschaubarer. Wir wollen aktiv dazu beitragen, dass nicht überall das Rad neu erfunden wird. Es steht einer Ärztekammer gut zu Gesicht, hier einen aktiven Part zu übernehmen. Wir können dadurch auch frühzeitig relevante medizinische Inhalte für die Fortbildung nutzbar machen.

Was bringt das G.I. N. dem einzelnen Arzt?

Eine Information über das G.I.N. ist primär für Multiplikatoren, Krankenhäuser oder Berufsverbände interessant. Also für all jene, die ihren Mitgliedern möglichst gute Leitlinien auswählen möchten und dabei Orientierung suchen. Aber auch alle, die selbst Leitlinien entwickeln wollen, bekommen hier Informationen, welche Standards eine gute Leitlinie

bieten muss und was es „auf dem Markt“ hierzu schon alles gibt.

Die Homepage ist englischsprachig. Was machen Ärzte, die das umständlich finden?

Auf der G.I.N.-Homepage wird in der Tat englisch kommuniziert. Wem das nicht liegt, dem kann ich in diesem Zusammenhang nur wärmstens die Homepage www.leitlinien.de

vom ÄZQ empfehlen. Hier finden Ärzte pharmaunabhängige Empfehlungen auf hohem Niveau, wobei deutsche und englischsprachige Leitlinien die Basis der Empfehlungen sind. Es ist das Beste hier zusammengefasst, was die verfasste deutsche Ärzteschaft mit ihren unabhängigen Institutionen erarbeitet hat. Hier kann man übrigens auch Leitlinienclearingberichte einsehen und an der Erarbeitung von nationalen Versorgungsleitlinien in einem geschützten Forum aktiv teilnehmen.

Sind die Informationen des G.I.N. frei zugänglich?

Nicht ganz. Es gibt einen öffentlichen Informationsteil und einen, der nur Mitgliedern offen steht. Dazu gehört zum Beispiel auch die Guideline Library, mit deren Hilfe man Zugriff auf Details zu den circa 2000 Leitlinien und Evidenzberichten der Mitgliedsorganisationen bekommt.



Foto Archiv

Arbeitszeitgesetz

Kliniken wurschteln weiter wie bisher

Zwar gilt seit dem 1. Januar 2004 das neue Arbeitszeitgesetz, aber wer glaubt, dass damit alles anders geworden sei, sieht sich enttäuscht. Telefon-Stichproben der Redaktion BERLINER ÄRZTE zeigten: es ist business as usual angesagt. Nach dem 1. Januar wird genauso gearbeitet wie zuvor. 8-Stunden-Schichten mit anhängendem Bereitschaftsdienst und damit Dienstzeiten von 16 bis 20 Stunden wurden uns von mehreren Seiten als weiterhin normal berichtet.

Das verwundert nicht: Mit Übergangsfrist ließ der Gesetzgeber bestehende Tarifverträge oder Betriebs- und Dienstvereinbarungen auf Grund von Tarifverträgen bis zum 31.12. 2005 erst einmal weitergelten, auch wenn darin die nun gesetzlich vorgeschriebenen Höchstarbeitszeiten überschritten werden. Damit wurde den Krankenhäusern bis Ende 2005 eine Atempause verschafft.

Berliner Chefärzte werden dennoch verstärkt von ihren Klinikleitungen angehalten, die Dienstpläne so zu gestalten, dass sie dem Arbeitszeitgesetz entsprechen.

Allerdings soll dies in der Regel kostenneutral, sprich ohne zusätzliches Personal, bewerkstelligt werden. Eine Vorgabe, die einer gewissen Kuriosität nicht entbehrt. So wurden die Chefs einer Berliner Klinik gebeten, Dienstpläne - wenn es an Personal fehlt - mit N.N. auszufüllen; dies wollten die Chefs aus haftungsrechtlichen Gründen jedoch nicht mitmachen.

Besondere Probleme wurden uns aus den operativen Fächern berichtet. Bei komplizierten Eingriffen ist mangels ausreichender Zahl spezialisierter Operateure eine korrekte Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes besonders schwierig.

Seit dem 1. Januar gelten durch die Novelle des Arbeitszeitgesetzes eigentlich folgende Grundregelungen:

- Täglich darf nur noch 8 Stunden am Stück gearbeitet werden. Eine Ausdehnung auf bis zu 10 Stunden ist erlaubt, wenn innerhalb von 24 Wochen ein Durchschnitt von 8 Stunden erreicht wird.

EU prüft Änderung der Arbeitszeitrichtlinie

Derzeit prüft die EU-Kommission eine Änderung der europäischen Arbeitszeitrichtlinie 93/104/EG. Bisher wird darin Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit definiert. Bis zum 31. März 2004 läuft nun ein Konsultationsverfahren, bei dem interessierte Organisationen zu einer möglichen Änderung Kommentare und Vorschläge einreichen können. Dahinter steht die Überlegung, den Einzelstaaten die Regelung der Bereitschaftsdienste möglicherweise selbst zu überlassen. Diese Idee hat die Bundesärztekammer bereits scharf kritisiert. „Durch Ausschalten der Warnleuchte wird kein Motor repariert“ mahnte Bundesärztekammerpräsident Prof. Jörg Hoppe presseöffentlich an. Eine Entscheidung, ob die Kommission einen neuen Vorschlag zur Arbeitszeitrichtlinie vorlegen wird, soll erst im Herbst 2004 fallen.



• Es darf über einen Zeitraum von 12 Monaten im Wochen-durchschnitt nur noch 48 Stunden gearbeitet werden.

• Der täglichen Arbeitszeit muss sich eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 11 Stunden anschließen. Diese Ruhezeit kann auch eine Stunde kürzer ausfallen, wenn innerhalb eines Monats eine andere Ruhezeit dafür auf 12 Stunden verlängert wird.

• Davon abweichende Regelungen (nach § 7 des Gesetzes) können in einem Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrags in Betriebs- oder Dienstvereinbarungen getroffen werden.

In Bereichen, in denen Regelungen durch Tarifvertrag üblicherweise nicht getroffen werden, können Abweichungen auch durch die Aufsichtsbehörde bewilligt werden, wenn dies aus betrieblichen Gründen erforderlich ist

und die Gesundheit der Arbeitnehmer nicht gefährdet.

Der einzelne Arbeitnehmer muss tariflichen oder anderen Vereinbarungen, die seine tägliche Arbeitszeit ohne Ausgleich auf über 8 Stunden anheben, schriftlich zugestimmt haben.

Leider hält das Gesetz eine Fülle weiterer Ausnahmetatbestände bereit, die wir hier nicht in toto darstellen können. Wer tiefer in die Materie einsteigen will, braucht das Gesetz im Original. Es ist nun auch im Internet verfügbar.

Ohne Gewähr auf Vollständigkeit und Richtigkeit dieses links können wir zum Beispiel die homepage der Unibibliothek Bremen empfehlen, auf der unter www.suub.uni-bremen.de/PERSONALRAT/arbeitszeitgesetz.pdf

eine Volltextversion des Gesetzes zu finden ist.

Prüfung, Deklaration und Einsatz von Desinfektionsmitteln

Die Inaktivierung von Krankheitserregern steht im Zentrum der körpereigenen Infektabwehr und der Therapie von Infektionskrankheiten; aber auch bei der Unterbrechung von Infektketten kommt ihr entscheidende Bedeutung zu. Sie erfolgt im Rahmen der physiologischen Abwehrmechanismen in der Regel mittels löslicher, die Zelhülle von Mikroorganismen schädigender Serumbestandteile bzw. intrazellulär, im Inneren von Phagozyten durch Enzyme wie zum Beispiel Lysozym, insbesondere aber durch antimikrobiell wirksame Metaboliten wie H_2O_2 , Stickoxide, OH, HOCl; Sauerstoffradikale, HOI, NH_2Cl , Aldehyde und Ethylen; Substanzen, die auch aus der Anwendung als Antiseptika und Desinfektionsmittel bekannt sind.

Neben Verfahren zur Hände- und Hautdesinfektion, der Instrumenten- und Wäsche-desinfektion (für die entsprechende Empfehlungen vorliegen), stellt die Reinigung und Desinfektion von Flächen eine der Säulen bei der Verhinderung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern dar. Die relative Bedeutung der beiden letzteren wurde in den vergangenen Jah-

ren in Deutschland durchaus kontrovers diskutiert. Mit den im Bundesgesundheitsblatt Ja-

nuar 2004 veröffentlichten „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ legt die Kommission für Krankenhaus-

hygiene und Infektionsprävention nach ausführlicher Diskussion und Anhörung eine ausge-

wogene Empfehlung zur sachgerechten Flächenhygiene vor. Essenziell für die rationale Anwendung von Desinfektionsmitteln ist die in geeigneten

Prüfungen nachgewiesene und korrekt deklarierte Wirksamkeit. Während die Prüfung und Deklaration der Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln gegen Bakterien und Pilze recht gut etabliert ist, befinden sich entsprechende Vorgaben gegen HBV und insbesondere für Prio-nen noch in der Diskussion. Mit der Stellungnahme des Arbeitskreises „Viruzidie“ beim Robert Koch-Institut unter Beteiligung der Desinfektionsmittelkommission der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) und der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) liegt nun eine breite Zustimmung findende Empfehlung zur Prüfung und Deklaration der Wirksamkeit gegen Viren vor. Im April 2004 wird eine (umfangreichere) Ausgabe des Bundesgesundheitsblattes vornehmlich zu Fragen des Hygienemanagements, der Surveillance nosokomialer Infektionen, den Lehren aus gut dokumentierten Ausbrüchen und der Antibiotikaresistenz erscheinen.

Weitere Informationen:
www.rki.de/GESUND/HYGIENE/HYGIENE.HTM & www.bundesgesundheitsblatt.de

Teilprivatisierung

Asklepios will sich im LBK Hamburg einkaufen

Der Landesbetrieb Krankenhäuser (LBK) in Hamburg - seiner Konstruktion nach Vorbild für Vivantes in Berlin -, soll zu 74 % an die Asklepios-Kliniken verkauft werden. Vor Weihnachten war das Geschäft schon fast perfekt. Doch kurz vor der entscheidenden Abstimmung in der Hamburger Bürgerschaft scheiterte die Koalition und das Thema wurde auf Eis gelegt. Nach den Neuwahlen am 29. Februar will man es erneut aufrollen.

Das Geschäft im Umfang von 318.625 Millionen Euro sollte ursprünglich in zwei Etappen über die Bühne gehen. Zum 1. Januar sollte Asklepios 49 Prozent der Unternehmensanteile übernehmen und zum 1. Juni dann weitere 25,9 Prozent. Mit dem Deal wollte sich der LBK von Altlasten aus Pensionsverpflichtungen gegenüber 6000 schon vor 2001 pensionierten Mitarbeitern befreien. Diese Verpflichtungen, die ihm als Erblast bei der Gründung 1995 von der Stadt Hamburg mit in die Wiege gelegt wurden, hatten dem Landesbetrieb die Luft abgedrückt. Die Rentenansprüche waren durch keinerlei Rückstellungen gesichert und mussten aus dem laufenden Haushalt gedeckt werden. Um das Problem zu lösen, soll der LBK in ein Betriebs- und ein Besitzunternehmen überführt werden. Die Besitzgesellschaft - so die Pläne -

soll zu 100 % in Landeshand bleiben. Sie wird die Pensionsverpflichtungen und auch die Grundstücke übernehmen und damit die Altlasten des Unternehmens an den Steuerzahler weiterreichen.

Das Betriebsunternehmen hingegen soll in eine privatwirtschaftliche Kapitalgesellschaft ausgelagert werden, an der sich die Stadt und mehrere private Investoren, allen voran nun Asklepios, beteiligten sollen. Sie sollen die noch bestehenden 7 Krankenhäuser (bei der Gründung im Jahre 1995 waren es 10) wettbewerbsfähig machen und nötige Investitionen tätigen. Unter den derzeit 12.000 Mitarbeitern sind 1450 Ärzte und 5400 Pflegekräfte. Sie haben über eine Betriebsvereinbarung einen Kündigungsschutz bis Ende 2005.

Nach Selbsteinschätzung des LBK Hamburg liegt man mit der geplanten Teilprivatisierung voll im Trend. Man habe im Laufe der letzten zwei Jahre einen deutlichen Kaufpreisverfall am Markt festgestellt. Es mache sich bemerkbar, dass viele Kommunen und kirchliche Träger ihre Finanzprobleme durch Veräußerung ihrer Klinikbetriebe zu lösen versuchen. Sie drängen nun auf den Markt und konkurrieren um Investoren. Die Fortsetzung dieser auch für Berlin spannenden Entscheidung folgt voraussichtlich im Sommer.

IRAN: Spendenaufruf

Der Verein iranischer Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker in Berlin e.V. bittet um Spenden für Überlebende der Erdbebenkatastrophe in Bam/Iran.

Spenden-Konto Nr. 010 46 56 792. Deutsche Apotheker- und Ärztebank. BLZ 100 90 603 „Spende Iran - Bam“

Verein iranischer Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker in Berlin e.V., Postfach 19 16 15, 14006 Berlin
www.iranischeaerzte.de



Landessportbund

Broschüre Gesundheitssport

Der Landessportbund hat seine neue Broschüre „Gesundheitssport“ herausgebracht. Nach Bezirken geordnet sind darin gesundheitsförderliche Sportangebote der Berliner Vereine zu finden. So wird zum Beispiel in fast allen Bezirken Wirbelsäulengymnastik, Herz-/Kreisauftraining, Wassergymnastik, Bewegung und Ernährung für Übergewichtige, gelenkschonendes Muskelaufbautraining oder Rehasport angeboten. Die Ärztekammer Berlin hat den Landessportbund bei der Entwicklung der Kriterien für die Gesundheitssportangebote umfassend unterstützt. Die Kurse sind mit dem Siegel „Sport pro Gesundheit“ gekennzeichnet.

Die Kammer empfiehlt Berliner Ärzten, die Broschüre vorzuhalten und gezielt an Patienten weiterzugeben, denen sie zur Therapieergänzung Sport ans Herz legen. Die Ärztekammer Berlin hält am Empfang, Friedrichstraße 16, Broschüren zur Abholung bereit. Sie können jedoch auch über den Landessportbund bei Herrn Siebert, Tel. 30002-164, E-Mail: sportprogesundheit@lsb-berlin bestellt werden.

Statistik

Immer noch über 1112 Berliner Ärzte arbeitslos

Die Ärztekammer Berlin hat sich jetzt das Qualifikationsniveau der in ihrem Bereich registrierten arbeitslosen Kollegen genauer angesehen. Dabei zeigte sich, dass von den insgesamt 1112 als arbeitslos registrierten Ärzten mit Vollapprobation 715 ihre Facharztweiterbildung noch nicht abgeschlossen haben.

Die übrigen 397 verfügen über einen Facharztstitel. Mit 75 sind hier die Allgemeinmediziner die stärkste Gruppe. Ferner gibt es unter den arbeitslosen Ärzten 65 Internisten, 25 Anästhesisten, 22 Gynäkologen, 13 Augenärzte, 16 Kinder- und Jugendmediziner, 10 Chirurgen, 11 Orthopäden, 12 Psychiater, 11 HNO- und 15 Hautärzte. Andere Facharztgruppen sind nur vereinzelt vertreten. Die Ärztekammer wurde in letzter Zeit verstärkt von den Medien befragt, warum in Berlin immer noch zahlreiche Ärzte arbeitslos

sind, obwohl das Nachbarland Brandenburg händeringend Fachkollegen suche. Die Gründe dafür sind nach den Beobachtungen der Kammer vielfältig. Viele der Betroffenen befinden sich in Familiensituationen, die eine Annahme einer weit entfernten Stelle oder gar das wirtschaftliche Risiko einer eigenen Niederlassung nicht erlaubt.

Zuweilen sind es auch gesundheitliche Schwierigkeiten, Sprachprobleme oder ein dem Markt nicht ganz gerecht werdendes Qualifikationsprofil, das Ärzte in Arbeitslosigkeit hält. „Wir müssen davon ausgehen, dass auch bei einer entspannten Arbeitsmarktlage leider ein sehr geringer aber nicht ganz verschwindender Teil der Kollegen arbeitslos ist. Ich denke, das ist in anderen Berufsgruppen genauso“, resümierte Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz.

Prüfungsausschuss

Wollen Sie bei den Arzthelferinnen-Prüfungen mitarbeiten?

Sie bilden seit Jahren Arzthelferinnen aus? Sie haben Interesse an Ausbildungsfragen und einer ehrenamtlichen Aufgabe? Im April 2004 werden die Prüfungsausschüsse für Arzthelferinnen der Ärztekammer Berlin neu besetzt.

Jeweils ein/e Arzt/Ärztin, eine Arzthelferin und ein/e Berufsschullehrer/in bilden einen Prüfungsausschuss. Er führt an zwei Terminen im Jahr die praktische Abschlussprüfung von Arzthelferinnen durch. Insgesamt werden 17 Prüfungsausschüsse vom Vorstand der Ärztekammer für eine Amtszeit von drei Jahren berufen. Ärzte, die sich für die ehrenamtliche Mitarbeit in einem Prüfungsausschuss interessieren, werden gebeten, sich bei der Ärztekammer Berlin zu melden.

Kontakt: Frau Dr. med. Nicklas-Faust, Telefon 40 80 6-2200, E-Mail: MedF@aekb.de, Ärztekammer Berlin, Referat Medizinische Fachberufe, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin.

Azubis

Prüfungstermine für Arzthelferinnen

• Zwischenprüfung

Die nächste Zwischenprüfung für Arzthelferinnen führt die Ärztekammer Berlin zum 10. März 2004 in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin durch. Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der 13. Februar 2004.

• Abschlussprüfung

Die Sommer-Abschlussprüfungen 2004 finden zu folgenden Terminen statt:

• Schriftliche Prüfung

13. und 14. Mai 2004

• Praktische Übungen:

7. bis 19. Juni 2004

Auch die Abschlussprüfungen werden in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg) abgenommen. Ärzte werden gebeten, ihre Azubis bis spätestens zum 31. März 2004 mit allen erforderlichen

Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, Berichtsheft, Bescheinigung über Teilnahme an der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit, Bescheinigung der Zusatzausbildung bei kleinen Fachgebieten, ggfs. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung.

• Vorgezogene Abschlussprüfung

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden zu den gleichen Terminen statt. Die formlosen Anträge müssen allerdings mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, Befürwortung der Schule, Ergebnis der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugniskarte, Bescheinigung der Zusatzausbildung bei kleinen Fachgebieten und Berichtsheft) schon bis zum 27. Februar 2004 eingereicht werden.

Rückfragen zu den Prüfungen beantworten Frau Hartmann und Frau Wacker: Tel. 40 80 6-2203/ -2204.

Berichtigung

Arztfachhelferinnen-Kurs verschiebt sich

Durch organisatorische Probleme verschiebt sich der im Dezemberheft gemeldete Beginn des Arztfachhelferinnenkurses auf Februar.

Die Termine für dieses Jahr sind damit: 20.-22. Februar, 19.- 21. März, 23.- 25.

April, 4.-12. Juni, 20.-22. August, 24.-26. September, 22.- 30. Oktober und 20.- 22. November 2004.

Eine Anmeldung ist noch möglich. Die Lehrgangskosten betragen 1600 €, für Arzthelferinnen im Alter von unter 25 Jahren besteht bei einer Abschluss-Prüfungsnote von 2 und besser die Möglichkeit einer Förderung.

Interessenten melden sich unter der Telefonnummer 40 80 6-2203 bei Frau Hartmann.

Kaum zu schaffen, nicht durchdacht
BERLINER ÄRZTE 1/2004

Es ist den BERLINER ÄRZTEN zu danken, dass sie Raum für eine kritische Auseinandersetzung mit den Disease-Management-Programmen schaffen. Der Artikel zeigt auf, wie ernst es die niedergelassenen Ärzte mit der Diabetikerversorgung meinen. Die in dem Artikel erwähnte Kritik wurde bereits in der vom Koordinierungsausschuss am 15.12.2003 beschlossenen Revision der Dokumentation für das Diabetes-Typ-2-DMP adressiert. Kernelement der Kritik war, dass die Dokumentation von den beteiligten Ärzten als zu umfangreich, zu unübersichtlich und teilweise als nicht eindeutig genug empfunden wurde. Bei der Überarbeitung der Dokumentation wurden insbesondere folgende Änderungen vorgenommen: Streichung unnötiger Dokumentationsparameter, Streichung unnötiger Ausprägungen, Harmonisierung der Rubriken (Einschreibung, Anamnese, aktuelle Befunde, etc.) auf allen Doku-Bögen bisheriger und künftiger Diagnosen und eindeutige Formulierungen und Systematik bei missverständlichen Angaben. Grundlage für diese Änderungen war übrigens nicht nur die Kritik von Ärzten, sondern auch die Fehlerauswertung von rund 100.000 Dokumentationsbögen. Insgesamt verringert sich der Dokumentationsaufwand in der Erst- und Folgedokumentation um jeweils rund 35%. Die Dokumentation der Einschreibekriterien wurde vereinfacht. Ab diesem Monat soll die Dokumentation zudem in allen gängigen Praxissoftwarepaketen integriert sein.

Die Aussage, die Datenstelle werde von KV und Kassen gemeinsam finanziert, suggeriert, dass die KV Berlin sich zur Hälfte an den Kosten der Datenstelle beteiligt. Ihr Kostenanteil beträgt jedoch lediglich 2,5% der abgerechneten Dokumentationen. Bei aller – auch berechtigten – Kritik muss aber festgehalten werden, dass die Krankenkassen sehr wohl an einer besseren Versorgung chronisch Kranker interessiert sind; bereits die Diabetesstrukturverträge haben dies dokumentiert. Versorgungsanalysen der vergangenen Jahre haben aber immer wieder gezeigt, dass gerade die Versorgung von Typ-2-Diabetikern verbesserungsfähig ist – trotz Qualitätssicherung, St. Vinzenz-Deklaration und Strukturverträgen. Die Kassen setzen u.a. auf

DMPs, um eine nachhaltigere Verbesserung der Versorgung zu erreichen. In der Tat sind die DMPs historisch gesehen die erste Gelegenheit, in der evidenzbasierte Behandlungsstrategien flächendeckend im Rahmen von Versorgungsverträgen umgesetzt werden können. Die oben genannte Revision und zukünftige Verbesserungen werden hoffentlich dazu führen, dies gemeinsam mit der Ärzteschaft umzusetzen.

*PD Dr. med. Matthias Perleth, AOK Bundesverband, Dependence Berlin
Waldemar Wiets, AOK Berlin*

Zum Leserbrief Muche
BERLINER ÄRZTE 1/2004

Sehr geehrter Herr Muche, ich hoffe, Sie haben den Schock, den Sie beim Lesen des Artikels über die Zertifizierung der Kinderchirurgie erlitten haben, ohne bleibenden Schaden überstanden. Leider weiß ich nicht, in welchem Fachgebiet Sie tätig sind. Ich vermute, Sie sind kein Chirurg, denn sonst hätten Sie die Bemerkung über 20-stündige Tätigkeit im OP nicht mit „jauchzenden Tönen“ assoziiert. Nach 20 Stunden im OP jauchzt niemand!

Allerdings gab es Zeiten, in denen so etwas nötig war und keiner danach gefragt hat, ob es erlaubt sei. Meine Aussage bezog sich darauf, dass Frauen derartigen Belastungen genauso gewachsen sein können wie Männer, auch und besonders in der Chirurgie. Im übrigen bin ich der Meinung, dass ein Arzt durchaus in der Lage sein sollte 20 Stunden am Stück arbeiten zu können, denn es könnte notwendig sein Das Typische an medizinischen Verläufen ist eben, dass sich nicht alles so genau planen lässt wie die Tätigkeit eines Schalterbeamten. In einem darf ich Sie beruhigen: Ich habe überhaupt keine Angst vor einer Inspektion des LaGetSi, auch befürchte ich nicht, wegen der Arbeitszeitregelung in der von mir geleiteten Klinik im Knast zu landen, wie Sie so mitfühlend befürchten. Vielmehr habe ich Sorge, die Klinik durch die rigorose Anwendung der EuGH-Arbeitszeitregelungen, verbunden mit den DRG-Finanzierungsbedingungen wirtschaftlich an den Baum zu fahren, weil ich mich nicht entschließen kann, dort zu sparen, wo es derzeit politisch Mode ist: an Zeit und Zuwendung zum Patienten.

Ich lade Sie herzlich ein, sich mit meinen Mitarbeitern zu diesen Themen auszutauschen. Wir haben viele Wochen ernsthaft darüber diskutiert. Bei dieser Gelegenheit würde Ihnen auch Herr Kluwe erläutern können, wie er zu 100 Stunden Arbeitszeit kommt, ohne dass er damit Gesetze missachtet. Ärztliche Arbeit ist nicht nur die Zeit, die mit Operationen und Patientenkontakt verbracht wird, sondern auch Literatur zu lesen, sich fortzubilden, Vorträge und Publikationen vorzubereiten, kurzum, die Dinge zu tun, die ein Arzt tun sollte, die – zumindest teilweise – noch nicht durch Gesetze angeordnet oder verboten sind.

Also – in diesem Sinne – unser Haus steht Ihnen offen.

Prof. Dr. med. Harald Mau, 13353 Berlin

12 Stunden sind kein Tag
BERLINER ÄRZTE 12/2003

Es ist erstaunlich, dass in diesem Artikel diese Frau Dr. Tempka mit den Worten „Es sind einfach keine qualifizierten Kräfte zu kriegen“ zitiert wird. Mir persönlich sind etliche Bewerber bekannt, die sich dort beworben haben und unter Angabe fader Gründe abgelehnt wurden. Arroganter, wenn nicht sogar hochnäsiger, geht es nicht.

Dr. med. Thomas Krüger, 10967 Berlin

Nullrunde bei der Berliner Ärzteversorgung
BERLINER ÄRZTE 12/2003

Auch mir gefällt die Nullrunde bei der Ärzteversorgung für 2004 gar nicht. Die BfA wird 2004, so Gott will, die Rentenhöhe von 2003 beibehalten. Also ebenfalls eine Nullrunde, keine Absenkung. Wodurch unterscheidet sich dann die so gepriesene kapitalgedeckte Ärzteversorgung von der umlagefinanzierten BfA-Rente?


Eben höre ich von einem Ingolstädter Freund, dass die Bayerische Ärzteversorgung die Rentenbezüge ab Januar 2004 (wie auch schon im Januar 2003) um 2 % dynamisiert. Die Bayern haben dasselbe Zinsniveau und zahlen denselben Steuersatz wie die Preußen. Mir ist nicht bekannt, dass die Bayern früher sterben. Hat man dort die besseren Anlageexperten?

Dr. med. Harro Miethke, 14129 Berlin

Die Systeme der bayerischen und der Berliner Ärzteversorgung sind nicht vergleichbar. Während Berlin mit einem garantierten 4%igen Rechnungszins für alle Zahler arbeitet und als reines Kapitaldeckungssystem angelegt ist, werden die bayerischen Ärzterenten nicht vollständig kapitalgedeckt. Zu einem kleinen Teil sind sie umlagefinanziert. Dadurch leisten die Zahler mit einem Teil ihrer Beiträge Direkttransfers an die Rentner, die dem Aufbau eines eigenen Kapitalstocks nicht zur Verfügung stehen. Durch diesen Mechanismus werden entsprechende Dynamisierungen mitfinanziert.

Um die Systeme beider Versorgungen miteinander zu vergleichen, müsste der Kollege errechnen lassen, wie hoch bei seiner Beitragszahlung (Höhe und Dauer) die Rente in Bayern ausfallen würde. Ich bin sicher (durch eigene innerfamiliäre Vergleichsmöglichkeiten), er würde nicht wechseln.

*Dr. med. Elmar Wille,
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses
der Berliner Ärzteversorgung*



Die Begegnung mit dem Krankenhaus ist für den Patienten in der Regel eine sehr persönliche Grenzerfahrung. In der Klinik vertrauen Menschen ihre gesamte Existenz der beruflichen Erfahrung anderer an; eingerahmt in ein professionelles Setting liefern sie sich aus und wollen sich verlassen können. Hier trifft eine hochkomplexe Welt von Spezialisten auf Menschen, die durch eine Krankheit aus ihrem normalen Leben gerissen werden, die Angst haben und natürlich verstehen wollen, was mit ihnen geschieht. Wir baten Patienten mit frischer Klinikerfahrung, uns ihre Eindrücke zu schildern.

Das Krankenhaus aus der Sicht des Patienten

Aufgeschrieben und bearbeitet von Thomas Loy

Bei Visiten fühlt man sich wie das Publikum einer weiß gekleideten bedeutenden „in-group“

Karla Prah*^{*}, 50 Jahre

Als Gehirntumorpantin mit der Aussicht auf eine Operation kam ich in eine städtische Klinik, mit Angst. Ich konnte mir lange nicht vorstellen, mich am Kopf, im Kopf operieren zu lassen. Ein Neurologe hatte mir zugestimmt. Der Chirurg legte mir einen Plan vor. Ich ließ mich darauf ein.

Und dann in der Klinik geht es erst mal um die komplette Umstellung aller Gewohnheiten. Grässlich früh dort sein – dann drei Stunden warten auf die erste Beachtung. Dreibettzimmer, keine Farben bis auf die laufenden Fernseher, durchhängendes Bett, Mittagessen um 12 Uhr, abends um 17 Uhr Tütentee, kein Obst, keine Bewegung. Das Krankenhaus ist ungesund. Anpassung ist dort erstes Gesetz. Der „Check-in“ ist automatisiert, viele Messungen und Wertungen sind nicht nachvollziehbar, wirken aber als große – mindestens 24-stündige Anfangsvereinbarung vom freien Bürger zum Patienten.

Hier für BERLINER ÄRZTE und als Patientin, die danach sonst nicht gefragt wird, möchte ich darstellen, wie ich speziell die Ärzte erlebt habe. Eigentlich erlebt man sie nicht „menschlich“, weder das Pflegepersonal noch die Ärzte. Dazu sind sie alle viel zu viel unterwegs, auf Achse. Das gilt besonders für die Ärzte, die man auch nicht rufen (herbeiklingeln) kann.

Das System der Visite, das mit seiner Regelmäßigkeit, Hochkarätigkeit und

Fallbezogenheit seinesgleichen sucht – nichts Vergleichbares gibt es zum Beispiel in den Praxisbereichen der Sozialpädagogik – hält höchstens einen von drei Patienten mit einer Nachfrage aus. Nur selten vermitteln die eine Visite Ausführenden Ruhe. Auch hier war der Auftritt beunruhigend. Der Chefarzt oder sein Vertreter ist der Zeittreiber, der Fragen schnell weiterdelegiert an einen anderen im Tross. Mir war – außer beim Chef – nicht klar, wer unter den Ärzten welche Kompetenzen hatte und wer – außer der Oberschwester – sonst mitging.

Es waren bis zu zehn Personen – in weißen Kitteln und mit „bedeutenden“ Gesichtern, eine „in-group“ mit eigener Struktur bildend –, denen gegenüber sich Patienten fühlen wie ein Publikum. Sie führten zum Beispiel am Krankentisch ihr Fachgespräch weiter. Nicht uninteressant! Im Gegenteil vermitteln sie ein erregendes Interesse.

Ich lernte, dass es im Krankenhaus kein Arzt-Patienten-Verhältnis gibt. Alles, was ich wusste über die Risiken und Aussichten einer OP, war mir vorher, für mich außerhalb des Systems, vermittelt worden. Innerhalb des Krankenhauses wäre ich nicht mehr entscheidungsfähig gewesen. Ich war zu fasziniert (gefesselt).

Meine Erwartung, mehr über meine Krankheit zu erfahren, wurde enttäuscht. Stattdessen gab es vielleicht ein „gemeinsames Interesse“ am Fall, weil die Medizin noch forscht und weiß, dass sie vieles nicht weiß. Was ich wirklich erfahren habe, war das große Interesse an neuester Diagnostik. Heute, nach zwei Jahren, habe ich die Begriffe der Methoden und Geräte vergessen. Das Aufregendste war ein „radioaktives Material“, das einmal die Woche aus Dresden eingeflogen wurde und am selben Tag angewendet werden musste.

Ich war eine von etwa fünf Patienten, die abgeschirmt in mehreren Räumen das Zeug gespritzt bekamen – das Pflegepersonal mied unsere Nähe.

Neben mir eine ältere Dame, sie konnte kaum sprechen, jammerte sehr, fragte um Zuspruch, befragte mich und hielt mich damit in der Welt. Nach einiger Zeit – waren es Minuten, waren es Stunden? – wurde ich in einen anderen Raum und unter ein riesiges Messgerät gebracht. Ein großer freier Raum, weiß und kahl, Ansprache über Funk, Raumfahrt-Gefühl. Spezifische Ströme im Gehirn wurden durch das Material sichtbar, wurden aufgezeichnet und bunt eingefärbt. Es war faszinierend.

Einige Tage später wurden mir die Aufzeichnungen gezeigt und interpretiert. Für meine weiteren Klinikaufenthalte wurden sie folgenreich, aber was dort zu sehen war, konnte ich nicht begreifen.

Diese Abspaltung hat eine erholsame Seite. Ich sah die Ärzte in ihren Aufregungen und hörte, wie sie sprechend ein Objekt umkreisten. Ich empfand mein eigenes unbefriedigtes Interesse für die Bilder. Eine Verschiebung, eine Entlastung von Angst?

Echte „Kommunikation“ gibt es nur unter den Patienten. Man spricht über Ärzte (natürlich), über Schwestern und Therapeuten, über Reinigungskräfte. Mein Eindruck ist, es wird nur innerhalb von Gruppen gesprochen, die sich gegenseitig nicht verstehen. Die Patienten sprechen mit Patienten, die Ärzte mit Ärzten. Nur die Patienten finden, weil sie unterbeschäftigt sind, manchmal zum Gespräch und vermitteln im Konflikt auch mal für einen anderen Patienten bei Schwestern oder Ärzten. Es wäre natürlich schön, wenn mehr miteinander gesprochen würde, vielleicht heilsam. ■

^{*} Alle Patientennamen von der Redaktion geändert

„Tut mir leid, Sie haben Krebs“

Hans-Georg Assmacher*, 73 Jahre alt

Grundsätzlich habe ich trotz kritischer Grundhaltung volles Vertrauen in die Ärzte und Pfleger, die mich betreuen. Deshalb habe ich auch keine Angst, ins Krankenhaus zu gehen. Meine lange Krankengeschichte mit Prostatakrebs, Blasenkrebs und einem mit Lungenembolie verbundenen Kreislaufkollaps begann 1992. Mein Urologe sagte mir ziemlich unmissverständlich: „Tut mir leid. Sie haben Krebs.“ Das war ein schwerer Schock für mich, aber wie sollte er es mir anders beibringen? Damals dachte man ja, Krebs sei schon das Todesurteil. Ich kam am 1. Oktober ins Krankenhaus, als Privatpatient. Der Chefarzt der Urologie ließ mich den histologischen Befund selber lesen. Meine Fragen beantwortete er knapp, aber kompetent. Für mich wurde dieser Arzt zu einem Wegbegleiter durch meine gesamte Krankengeschichte, ein Wegbegleiter, der immer ansprechbar war, den ich notfalls auch zu Hause anrufen konnte.

Inzwischen würde ich ihm quasi blind vertrauen.

Mit einem anderen Arzt habe ich schlechtere Erfahrungen gemacht. Nach der Prostata-Entfernung hatte mir der Chefarzt ein bestimmtes Schmerzmittel empfohlen. In der folgenden Nacht bat ich die Schwester um dieses Medikament. Sie wollte mir aber andere Tabletten geben. Die seien genauso gut, sagte sie. Als ich auf meinem Medikament bestand, holte sie den Oberarzt. Auch der sagte, ich sollte die anderen Tabletten nehmen. Es kam zu einer ziemlich heftigen Auseinandersetzung. Von da an hatte ich zu diesem Arzt trotz seiner anerkannten medizinischen Kompetenz kein Vertrauen mehr. Dies war aber die einzige eindeutig negative Erfahrung mit betreuenden Ärzten in den 11 Jahren meiner Krankengeschichte.

Ich bin kein Meckerer, habe Verständnis, dass man mal eine halbe Stunde auf Schwestern oder Ärzte warten muss. Weil ich weiß, dass Ärzte wenig Zeit haben, schreibe ich mir meine Fragen immer vorher auf, wenn ich in eine Sprechstunde gehe. Von allen Aufnahmen und Befunden lasse ich mir Kopien

geben, damit ich im Notfall alle Unterlagen sofort dem behandelnden Arzt vorlegen kann. Ich denke, der Patient hat eine große Mitverantwortung, dass die Behandlung gelingt. Der Arzt kann nicht alles machen.

„Wir legen da Spiralen rein“

Anna-Katharina Weiß*, 41 Jahre alt

Jetzt, nachdem fast alles vorbei ist, denke ich: In der Medizin ist es wie überall. Entscheidend ist, an wen man gerät. Ich habe sehr gute Erfahrungen mit Ärzten gemacht – und katastrophal schlechte.

An einem Pfingstsonntag kam ich abends mit rasenden Kopfschmerzen, starker Übelkeit, heftigen Schmerzen und Sehstörungen im linken Auge in die Notaufnahme. Mein Augenarzt hatte mir telefonisch geraten, bei Verschlimmerung meiner seit 14 Tagen anhaltenden Symptome zur neurologischen Abklärung direkt dorthin zu gehen. Da ich starke Schmerzen hatte, fragte mein Mann nach einiger Zeit, wann ein Arzt kommen würde. Von den Schwestern wurde er daraufhin mit den Worten „Sie sind hier nicht der Einzige!“ barsch zurückgewiesen. Ich hatte das Gefühl, die Schwestern würden uns gar nicht ernst nehmen. Nach fast zweieinhalb Stunden wurden wir schließlich aufgerufen. Der diensthabende Augenarzt fragte in einer Mischung aus Jovialität und Arroganz: „So, was haben Sie denn?“ Ich erklärte, dass mein niedergelassener Augenarzt empfohlen hat, eine Computertomographie zu machen und einen Neurologen hinzuzuziehen. Den diensthabenden Arzt schien das aber nicht zu interessieren. Er wollte erst einmal meine Sehschärfe testen. Ich hielt das für überflüssig und protestierte, also brach er die Untersuchung ab.

Dann wollte er den Augendruck messen. Ich sagte ihm, mein Augenarzt hätte das schon gemacht, aber diesmal ließ er sich nicht davon abbringen. Nach einer Hornhautuntersuchung, die mein

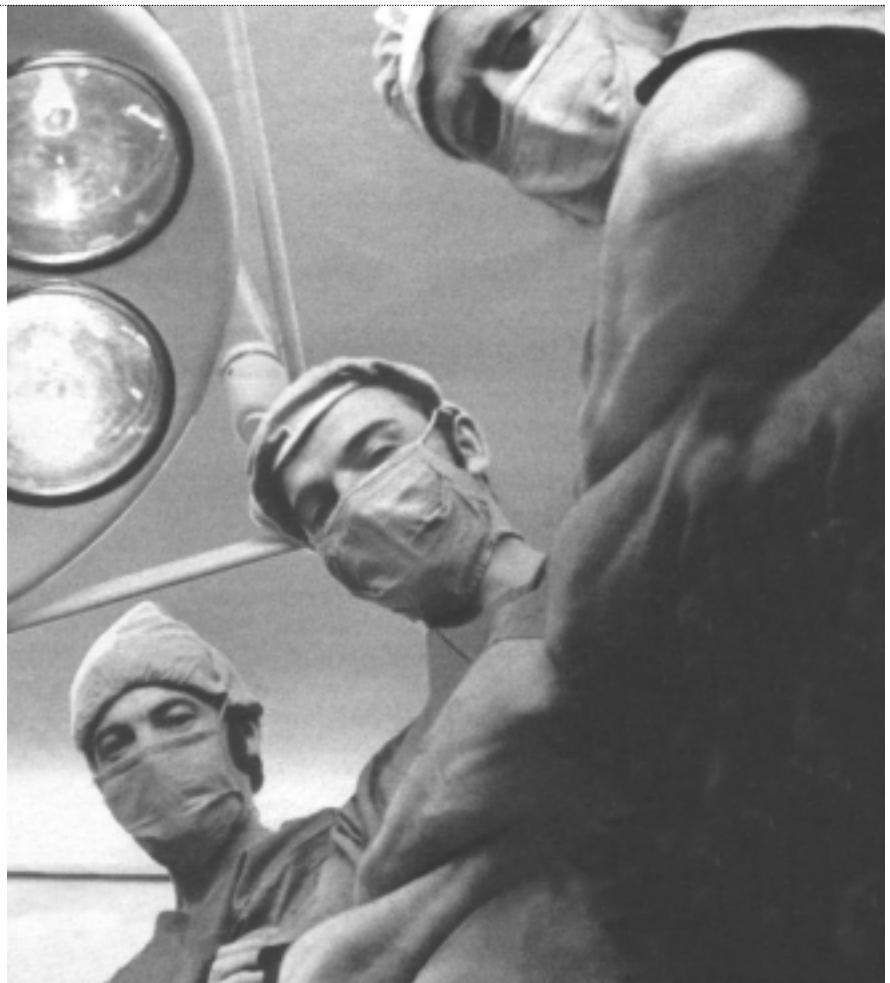
Knigge für Ärzte und Schwestern

- Sprich mit dem Kranken und erkläre ihm seinen Zustand und warum der so ist. Wenn du etwas an ihm tust, erkläre ihm, wie, weshalb und wofür du das tust. Sprich nicht in Fremdwörtern, sondern deutsch. Sprich am Krankenbett nicht über den Kranken, sondern mit ihm.
- Da man die wichtigsten Dinge im Leben nicht oft genug sagen kann, sprich oft mit dem Patienten, es ist das beste Mittel gegen Orientierungsverlust und Erschöpfung. Befolge den Grundsatz: „Man muss nicht alles sagen, was wahr ist, aber alles was man sagt, muss wahr sein.“
- Hör dem Kranken zu. Wenn er nichts sagt, sieh zu, dass er sagt, was ihn bedrückt oder ängstigt. Das Ausgesprochene verliert viel von seiner Bedrohung. Redenlassen ist angewandte Psychotherapie.
- Halte Kontakt mit dem Patienten. Händehalten und Streicheln ist oft wirksamer als teure Medizin. Schon Blickkontakt gibt dem Patienten Sicherheit und Geborgenheit.
- Begegne dem Patienten mit Achtung, wenn deine Behandlung human sein soll. Achte auch die Angehörigen des Patienten. Auch sie sind Leidende. Achte alle so, wie du auch in ähnlicher Situation geachtet werden möchtest.

Gefunden in einem Berliner Krankenhaus. Autor unbekannt.

Augenarzt auch schon erledigt hatte, verschrieb er mir Schmerz-Zäpfchen und ein Gel und wollte mich entlassen. Inzwischen hatte ich mehrfach gebeten, einen Neurologen hinzuzuziehen. Aber er lehnte das ab. Ich fühlte mich völlig hilflos. Zwischendurch überlegte ich, noch einmal zur Anmeldung zu gehen, um dort direkt nach einem Neurologen zu fragen. Aber ich hatte keine Kraft mehr und wollte nur noch nach Hause.

Vier Tage lang lag ich mit Schmerzen im Bett. Die Medikamente erwiesen sich als völlig nutzlos. Ich ging wieder zu meinem Augenarzt, der mich in eine MRT-Praxis überwies. Die Diagnose war eindeutig: ein Aneurysma von drei Zentimetern. Ich wusste sofort, was das bedeutet. Meine Mutter war an einem Aneurysma gestorben. Mein Augenarzt, inzwischen informiert, rief sofort im Krankenhaus an, um mich anzukündigen. Es war dieselbe Klinik, in der ich zuvor die Notaufnahme aufgesucht hatte. Eigentlich hatte ich mir geschworen, da nie wieder hinzugehen. Aber das Krankenhaus liegt nun einmal günstig für mich. Und mein Augenarzt sagte, er wisse auch nicht, wo es die besten Ärzte zur Behandlung von Aneurysmen gebe. In Todesangst kam ich in der Klinik an, wieder in der Notaufnahme. Die Schwester – ich glaube, es war die gleiche wie beim ersten Mal – sagte einfach: „Bitte nehmen Sie am Getränkeautomaten Platz.“ Als ich diesen Satz hörte, explodierte ich innerlich. Ich forderte, dass ich mich irgendwo hinlegen kann. Außerdem wollte ich sofort einen Neurologen sehen. Dann ging es plötzlich sehr schnell. Ein Neurologe kam, ein Grieche. Er gab mir die Hand, lächelte, hörte sich meine Geschichte an, machte Untersuchungen – und die Atmosphäre war wie ausgewechselt. Jetzt hatte ich endlich das Gefühl, es passiert etwas. Offenbar muss man erst den Drachen am Eingang überwinden, um als Patient wahrgenommen zu werden. Eine Stunde später lag ich auf der Intensivstation, mit der Aussicht, am nächsten Morgen operiert zu



werden.. Um 19 Uhr kam Dr. S. und erklärte, er würde am nächsten Morgen eine Angiographie machen und dann mit einem Katheter bis zur erkrankten Stelle vordringen. Er sagte in etwa: „Wir gehen da rein. Entweder wir können das coilen oder nicht.“ Auf meine Nachfrage, was denn mit „Coilen“ gemeint sei, antwortete er: „Wir legen da Spiralen rein.“ Ich dachte, ich hätte ungefähr verstanden und gab mich zufrieden. In der Nacht konnte ich nicht schlafen. Ich dachte viel an meine Kinder, aber auch daran, was passieren könnte, wenn der Eingriff schief läuft. Nachts um drei Uhr bat ich die Schwester um Papier und Stift. Ich schrieb mein Testament und einen Brief an meinen Mann und die Kinder. Am frühen Morgen starb die alte Dame, die neben mir im Zimmer lag. Offenbar hatte niemand damit gerechnet. Es war ein Kommen und Gehen von Schwestern und Ärzten. Eine Art Spanische

Wand wurde zwischen unsere Betten gestellt. Die Schwestern entschuldigten sich später für die Unannehmlichkeiten. Das Pflegepersonal war überhaupt wunderbar. Man hatte nie das Gefühl, dass ihnen irgendwas zuviel wird. Dabei hatte ich wegen der vielen Berichte über den Pflegenotstand genau das Gegenteil befürchtet. Auf dem Weg in den OP wurde mir plötzlich eine Kladde hingehalten. Ich sollte ankreuzen, ob ich Privatpatient bin oder nicht. Zu diesem Zeitpunkt war ich mit Schmerzmitteln vollgepumpt, also unterschrieb ich, ohne genau nachzudenken. Im Nachhinein habe ich mich sehr darüber geärgert, dass diese Klinik ihre Patienten so unmittelbar vor einer Operation noch mit so etwas konfrontiert. Nach der Operation beglückwünschten mich die Schwestern: Der Eingriff sei gelungen. Sogar die Narkoseschwester schaute vorbei, was mich sehr freute. Dr. S. ließ sich allerdings nicht blicken. Er

hielt das nicht für nötig, erfuhr ich zu meiner Verwunderung vom Assistenzarzt.

Nach vier Tagen wurde ich von der Intensiv- auf die Normalstation verlegt und fühlte mich dort wie in einer Abstellkammer. Die Pfleger wussten nicht, was sie gegen meine Kopfschmerzen tun sollten. Niemand konnte oder wollte mir erklären, warum ich mein angeschwollenes Augenlid nicht mehr bewegen konnte. In der ersten Nacht fand ich keinen Schlaf.

Am Morgen darauf kam der Chefarzt zur großen Visite hereingeschneit und erzählte in der Pose eines Weißkittel-Halbgottes, dass er auch nicht wisse, wie es mit meinem Augenlid weitergehen soll. Er habe mal eine Frau in Hannover gekannt, bei der hätte das gleiche Symptom zwei Jahre angehalten. Das erzählte er so beiläufig, als sei es völlig egal, wann mein Auge sich wieder öffnen würde. Der Assistenzarzt versuchte mich später zu beruhigen: „Das ist so seine Art.“ Ich fragte ihn, ob

es die Möglichkeit eines Augentrainings gebe. Es kam dann auch eine Krankengymnastin ins Zimmer, die ganz begeistert war von meinem Auge. So etwas hatte sie noch nicht gesehen. Machen könne man da übrigens gar nichts, erklärte sie schließlich; ich fühlte mich vorgeführt. Nach drei Tagen fragte ich den Chefarzt, wie lange ich denn noch da bleiben soll. Die Ärzte tauschten sich kurz aus und entließen mich, ohne mit mir zeitnahe Nachsorgetermine auszumachen. Ich wurde auch nicht darüber informiert, mit welchen Beschwerden ich noch zu rechnen habe und was ich dagegen tun könne. Erst eine Neurologin, die ich nach der Operation wegen anhaltender Schmerzen in einem anderen Krankenhaus aufsuchte, beriet mich schmerztherapeutisch. Sie erklärte mir, dass Neurochirurgen in den Kliniken leider nur selten Hand in Hand mit ihren Neurologen-Kollegen zusammenarbeiten und dadurch gerade die Nachsorge für Patienten mit neurologischen Komplikationen nicht optimal gestaltet ist.

Leider ist die Geschichte hier noch nicht zu Ende. Meine Schmerzen dauerten insgesamt ein halbes Jahr an. Ein befreundeter Arzt vermittelte mich schließlich an B., einen Aneurysma-Spezialisten an einem anderen Klinikum. B. erklärte mir zum ersten Mal richtig, was die Kollegen bei der OP überhaupt mit mir gemacht hatten. Er schickte mich zur Nachkontrolle in eine Spezial-Praxis mit einem hochauflösenden MRT. Dabei kam heraus, dass mein Aneurysma gar nicht vollständig mit Spiralen aufgefüllt worden war. Eine Kontroll-Angiographie zeigte, dass es zu diesem Zeitpunkt immer noch zwei Zentimeter groß war. Weitere Eingriffe wurden nötig. B. informierte mich ausführlich und eindeutig über jeden Behandlungsschritt. Nach den Operationen kam er sofort vorbei, gab mir die Hand und testete meine Reaktionen. Bei diesem Arzt fühlte ich mich zum ersten Mal nach meiner langen Odyssee wirklich gut aufgehoben und fachlich optimal betreut. Schade, dass es oft dem Zufall überlassen ist, an wen man gerät. ■

Was kritisieren Patienten an Ärzten am häufigsten?



Foto privat

Interview mit Patientenfürsprecher Axel Matte, Vivantes Humboldt-Klinikum

...Direkte Beschwerden gibt es sehr selten. Wenn ich nachfrage, kommt manchmal Kritik an der Visite, etwa: Je jünger die Ärzte, desto weniger Auskünfte geben sie. Man muss ihnen alles aus der Nase ziehen. Das stört viele Patienten. Es wird auch kritisiert, einige Ärzte seien unnahbar oder arrogant. Dann beschwichtige ich, sage: Das müssen sie nicht so sehen. Eventuell wirken bestimmte Ärzte nur arrogant wegen der vielen Fälle, die sie im Kopf haben. Es gibt immer

weniger Personal, immer weniger Zeit für den einzelnen Patienten. Die Liegezeiten werden immer kürzer. Das wird die Ursache sein.

Warum beschweren sich die Patienten nicht direkt bei ihren Ärzten?

Das trauen sie sich nicht. Weil sie nicht so lange im Krankenhaus liegen, kommt kein Vertrauensverhältnis auf. Solche Dinge bespricht man später lieber mit dem Hausarzt.

Werden Sie als Patientenfürsprecher auch von den Ärzten konsultiert?

Nein.

Das wäre doch aber sinnvoll, oder?

Der Patientenfürsprecher ist ja eine neutrale Stelle, an die sich Patienten

„Ich hatte Angst vor der Vorstellung, danach nicht wieder aufzuwachen“



Gitta Mascherowitz*, 49 Jahre alt

Ich hatte ein Myom, eine gutartige Geschwulst an der Gebärmutter. Irgendwann müsste das operiert werden. Das war mir klar, aber ich scheute mich sehr lange, ins Krankenhaus zu gehen – aus Angst. Ich war noch nie im Krankenhaus. Irgendwie fürchtet man ja immer, nicht mehr herauszukommen...

Mein Gynäkologe empfahl mir Chefarzt M.. Ich ließe mir einen Termin geben und kam zur Voruntersuchung. An diesem Tag war es mir sehr unange-

nehm, mich untersuchen zu lassen, weil ich gerade starke Blutungen hatte. Ich erklärte kurz mein Problem, und er erwiderte schlicht, ihm sei es nicht unangenehm. Wenn ich möchte, könnte ich aber einen neuen Termin ausmachen. Von dieser Kulanz und diesem Maß an Verständnis für meine Befindlichkeit war ich positiv überrascht. Meine Angst und Scheu waren erheblich gedämpft und die Untersuchung konnte beginnen. Dr. M sagte mir, wegen der Größe des Myoms sei ein Bauchschnitt erforderlich. Darauf war ich vorbereitet, also war es kein großer Schock.

Mitte April des Jahres kam ich in die Klinik mit der Aussicht, 10 bis 14 Tage zu bleiben. Die Aufnahme-prozedur war etwas lästig, weil sie ungefähr eine Stunde dauerte und irgendwelche Unterlagen angefordert wurden, die sich später als völlig überflüssig erwiesen. Man wird abgefertigt wie an einem Postschalter – nur eben viel langsamer. Das Einzelzimmer – darauf hatte ich Wert gelegt – erwies sich als recht spartanisch eingerichtete Kammer, aber das störte mich nicht. Am ersten Tag gab es immer wieder Untersuchungen – nur leider wusste ich nie, wann. Es hieß

wenden können, wenn sie mit dem Krankenhaus Probleme haben. Dass Ärzte zu uns kommen, habe ich noch nicht erlebt.

Wie hoch ist denn die Zufriedenheit der Patienten im Krankenhaus?

Ich kann für unsere Vivantes-Klinik, das Humboldt-Krankenhaus in Reinickendorf, sagen: Zu 90 Prozent würden die Leute wiederkommen.

Dann haben Sie ja nicht viel zu tun.

Das könnte man so sehen. Im Monat kommen im Schnitt zwei Patienten. Ich biete zweimal in der Woche eine Sprechstunde an. Einige werfen aber auch eine anonyme Beschwerde in meinen Briefkasten. Darauf kann ich aber schlechter reagieren, weil ich nicht gezielt nachfragen kann.

Werden die Beschwerden ernst genommen von den betroffenen Ärzten oder Pflegekräften?

Ja, sehr ernst. Ich verfolge jeden konkreten Fall bis zum Schluss.

Vor kurzem gab es einen Konflikt mit einer behinderten Patientin. Sie hatte von einem Antibiotikum Durchfall bekommen und immer wieder nach der Schwester geklingelt, aber niemand kam. Die Patientin schaffte es nicht mehr bis zur Toilette und beschwerte sich. Die Schwester war wohl allein auf Station und daher sehr angespannt. Es kam zu einem heftigen Streit. Die Patientin wandte sich schließlich an mich und ich habe mich darum gekümmert. In den meisten Fällen lässt sich die Sache gütlich regeln. Entweder sprechen sich die Kontrahenten direkt aus,

wobei ich moderiere, oder das Krankenhaus schickt eine schriftliche Stellungnahme an den Patienten.

Denken sie, dass die Patienten es spüren, wenn Ärzte und Schwestern unter starkem Druck stehen?

Ja, das ist ein ganz großer Kritikpunkt: Personalmangel.

Da kann man aber nicht viel ändern, oder?

So sehe ich das auch. Und ich befürchte, es wird eher noch schlimmer.

Betrifft das auch die Ärzte?

Bei den Ärzten habe ich das noch nicht gehört.

Das Interview führte Thomas Loy

dann immer: Es kommt noch der... So war ich über Stunden an das Zimmer gebunden. Erst am späten Nachmittag war klar, es kommt keiner mehr. Abends kam dann Dr. M. zur Visite und erklärte nochmal alles, wie immer sehr ruhig und souverän. Ich habe mich bei ihm sehr gut aufgehoben gefühlt. Von der Operation und den Stunden danach weiß ich fast gar nichts mehr – sie sind wie aus meinem Gedächtnis gelöscht. Am nächsten Tag war ich wieder bei vollem Bewusstsein. Dr. M. kam und erzählte mir, dass alles gut verlaufen ist. Ich hatte das Gefühl, jetzt kann mir nichts mehr passieren. Totale Erleichterung. Ich hatte vor der Operation weniger Angst vor einem falschen Schnitt als vor der Narkose und der Vorstellung, danach nicht wieder aufzuwachen. Gewundert habe ich mich, dass die Schwestern mich jetzt schon aus dem Bett scheuchten. Mein schwacher

Widerstand – „ich kann das nicht“ – wurde einfach ignoriert. Ich war etwas düpiert, aber im Nachhinein finde ich es unheimlich toll, wie mich die Schwestern aus meiner Lethargie herausgeholt haben. Schon bei den ersten Schritten merkte ich, wie gut es mir tut, langsam wieder unabhängig zu werden, auf eigenen Füßen zu stehen.

Dr. M. verabschiedete sich in den Urlaub, also kam fortan sein Oberarzt, um die Wundheilung zu kontrollieren. Einmal kam ausnahmsweise eine Ärztin zur Visite, die in einer Wolke aus Parfüm mein Zimmer betrat. Das fand ich in dieser Situation sehr unpassend und störend. Ich dachte bei mir, wahrscheinlich will sie die Folgen eines überlangen Dienstes kaschieren. Nach der Untersuchung fand ich ein Skalpell in meinem Bett. Das hatte sie offenbar verloren. Ein weiteres Indiz für meine Vermutung. Irgendwann wurde eine Krankengymnastin angekündigt, die dann auch kam

und mit mir erste Schritte über den Flur ging. Sie erklärte, was es im Krankenhaus für Angebote gebe: Wassergymnastik, Beckenbodentraining usw. Als ich später nachfragte, hieß es dann aber, über die Feiertage würde alles ausfallen. Das fand ich schon sehr merkwürdig.

Insgesamt war meine Krankenhaus-Erfahrung aber positiv – zumindest wesentlich positiver als vorher vermutet. Für mich war auch wichtig, dass das Krankenhaus, in dem ich lag, in viele Gebäude unterteilt ist – so steckte ich nicht irgendwo in einem anonymen Riesenbau, sondern in einem überschaubaren Haus, eingebettet in ein schönes Gelände. ■

BERLINER ÄRZTE bedankt sich bei allen Patienten, die sich die Zeit genommen haben, uns ihre Geschichte zu erzählen für ihre Mitarbeit und ihr Vertrauen.



NATURHEILTAGE BERLIN

FRÜHJAHRSKONGRESS 2003 – KURS III

An zwei aufeinander folgenden Wochenenden:

Freitag bis Sonntag, 12. – 14.3. und 26. – 28.3.2004

Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ oder zertifizierte Fortbildung zu Spezialgebieten der Naturheilverfahren

Veranstalter:	Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.		
Inhalte:	Physiotherapie:	Med. Bäder, Periostbehandlung, Massagen (12.3.)	4 P
	Phytotherapie:	bei Unruhezuständen, Schlafstörungen, Depressionen (13.3.) bei urol. Erkrankungen, anhand der roten Liste	8 P
	Ausleit. Verfahren:	Einführung, Blutegeltherapie, Schröpfen, Aderlass (14.3.) Baunscheitieren, Kantharidenpflaster u.a.	4 P
	Ordnungstherapie:	Das ärztliche Gespräch, Gesundheitsberatung, Biofeedback (26.3.) in der Psychotherapie, Atem- und Körperarbeit	4 P
	Ernährungstherapie:	Psychologische Grundlagen des Ernährungsverhaltens (27.3.) Neues aus der Adipositasforschung, Heilfasten	4 P
	Schwerpunktthema:	Chronischer Rückenschmerz (27.3.)	4 P
Anmeldung:	Vitanas Krankenhaus für Geriatrie, Senftenberger Ring 51, 13435 Berlin Tel. 030/40209 794, Fax 030/40209 795, E-Mail: r.heinzler@vitanas.de		
Veranstaltungsort:	St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf		
Kursgebühren:	300 € für den gesamten Kurs III (Ermäßigungen möglich)		

Ausführliches Programm unter www.naturheiltage-berlin.de oder unter www.fu-berlin.de/weiterbildung

Bessere Kliniken – aber wie?

„Jedes Land hat das Krankenhaus, das es verdient“, hieß es in einer Diskussion in der Berliner Medizinischen Gesellschaft. Und mehrere Ärzte bekannten, ihre Angehörigen zur stationären Behandlung lieber in die Schweiz zu schicken.

Die Patientin erwacht nach der Brustamputation aus der Narkose und sagt: „Mein Mann fehlt mir so...“ Darauf die Schwester: „Der kann Sie ja schon heute Abend kurz besuchen!“ Das war nett gemeint. Tags zuvor aber hatte die Frau einem Arzt erzählt, dass sie sich so spät erst um den Knoten in der Brust gekümmert habe, weil sie ihren krebserkrankten Mann bis zu seinem Tod zu Hause pflegen wollte.

Die Szene aus einem Berliner Krankenhaus zeigt: Nettigkeit allein tut's nicht, und die Maxime „Im Mittelpunkt steht immer der Patient“ bleibt ein Lippenbekenntnis, wenn die Strukturen in den Kliniken den Kommunikationsfluss eher behindern als fördern. Dann kommen wichtige Informationen nicht dort an, wo sie dem Patienten nützen.

„Wussten Sie, dass Krankenhäuser sprechen können?“, fragte Christoph Lohfert von der großen, auch in Berlin tätigen Hamburger Krankenhaus-Beratungsfirma Lohfert und Lohfert AG sein ärztliches Auditorium im Langenbeck-Virchow-Haus. „Wenn zum Beispiel auf dem Flur jemand hilflos um sich blickt und keiner spricht ihn an: Anhand solcher äußerlichen Merkmale weiß man, wie hier die Patienten behandelt werden. Und Kranke sind ja in einem psychischen Ausnahmezustand.“

Die Berliner Medizinische Gesellschaft hatte Lohfert gebeten, zu einem Thema zu sprechen, das ungewöhnlich klingt für jemanden, der Krankenhäuser vor allem in Sachen Ökonomie berät: „Die Würde des Menschen ist antastbar. Was unsere Kliniken besser machen könnten.“ Er hat in den Medizinbetrieb offensichtlich nicht nur professionellen Einblick, sondern muss ihn wohl auch aus der Horizontalen erlebt haben – eine Perspektive, die nach seiner Empfehlung auch jeder Arzt aus eigener Erfahrung kennen sollte.

Das Thema ist ein Dauerbrenner. Schon vor einer Generation gab es eine von Ärzten initiierte Aktion für „mehr Menschlichkeit im Krankenhaus“. Das hat nichts genützt. Nach der Berliner Veranstaltung meinten einige Ärzte, es sei alles sogar schlimmer geworden, weil weniger Personal mehr und schwerer kranke Patienten versorgen müsse. Lohfert wollte erklärtermaßen provozieren und übte harte Kritik, vor allem am Umgang mit den Patienten. Aber er beschuldigte nicht Personen, sondern die Rahmenbedingungen, unter denen sie arbeiten müssen:

„Wie lösen wir uns von den starren Strukturen der Vergangenheit und denken die Prozesse um den Patienten neu?“ Zum Beispiel hat der Berater unter den verschiedenen Berufsgruppen und Abteilungen im Krankenhaus ganz verschiedene Ziele festgestellt.

Warum werden nicht alle Ziele auf den Patienten bezogen? Warum wirken ärztliche Entscheidungen oft so zufällig und wenig begründet? Warum glaubt mancher, immer alles richtig zu machen und kann nicht mit Unwissen und Fehlern umgehen?

Er sprach auch von der relativ geringen sozialen Kompetenz vieler Ärzte und Pflegekräfte („richtig gute Ärzte sind sehr kooperativ“) und von der Tatsache, dass der Arzt heute länger vorm Bildschirm oder hinter Apparaten sitzt als am Bett der Patienten. Das Krankenhaus orientiert sich nach Lohferts Beobachtungen zu wenig an den Kranken und ihren Bedürfnissen; es gibt den „subjektiven Tatsachen“ zu wenig Raum. „Wir wissen ja kaum, wo der Patient herkommt, geschweige denn, wo er hingeht.“

In der Diskussion fand Lohfert teils Zustimmung teils auch Widerspruch. Der Radiologe Roland Felix brach eine Lanze für die Klinik-Hierarchie („wegen der Disziplin“), und Charité-Dekan Joachim W. Dudenhausen korrigierte Lohfert, der beklagt hatte, dass der Umgang mit den Patienten nicht ge-

lehrt werde: Zumindest für den Berliner Reformstudiengang gilt das nicht, und Kommunikationstraining gibt es auch anderen Ortes, jedenfalls ist das Defizit erkannt.

Angefochten wurde die Behauptung des Klinikberaters, in den Krankenhäusern sei genügend Geld da, nur würden die Mittel fehlgesteuert, also nicht immer zum Wohl des Patienten verwendet. („Lassen Sie uns die Prozesse in Ordnung bringen, und wir haben Geld genug! Für 50 Milliarden Euro jährlich müsste man etwas Besseres erwarten können.“) Längere Gespräche mit Patienten und Angehörigen kosten jedoch Zeit, und Zeit ist Geld.

Aber trägt nicht oft schon eine Geste dazu bei, ein heilsames „Klima“ zu schaffen? Helmut Hahn, 1. Vorsitzender der Berliner Medizinischen Gesellschaft, erwähnte die nicht immer beachtete Selbstverständlichkeit, sich beim ersten Kontakt mit dem Patienten vorzustellen und ihm die Hand zu geben. „Solche Sachen kann man trainieren“, meinte Lohfert. Gisela Albrecht, Dermatologie-Chefärztin in Spandau, holte ihn jedoch auf den harten Boden der Tatsachen zurück: „Die Tugenden, die Sie hier anmahnen – Liebe, Güte, Bescheidenheit –, sind hochgradig unmodern. Damit kommen Sie bei den Patienten an, aber sonst nirgends. Das Kranken-

haus ist der Spiegel der Gesellschaft.“ Darauf Lohfert: „In der Tat hat jedes Land das Krankenhaus, das es verdient.“

Bessere Kliniken hat offenbar die Schweiz, nach Meinung von Sachkennern nicht zuletzt wegen des günstigeren Personalschlüssels. Hahn bekannte freimütig, schon Angehörige zur stationären Behandlung in die Schweiz geschickt zu haben, ebenso wie eine Ärztin aus dem Auditorium. Und Lohfert meinte: „Wahrscheinlich würde die Hälfte der hier Sitzenden ebenfalls in die Schweiz gehen.“ Auf eine Umfrage hat er lieber verzichtet.

Rosemarie Stein

Die Berliner Ärzteversorgung informiert

Höhere Krankenversicherungsbeiträge für Ärzte in Rente

Die vielen Änderungen im Sozialrecht, die zum 1.1.2004 wirksam geworden sind, treffen einige unserer Kolleginnen und Kollegen erheblich, die aus der Berliner Ärzteversorgung eine Rente beziehen. Denn ihr Beitrag zur Krankenversicherung – jedenfalls soweit sie GKV-Mitglieder sind – wurde glatt verdoppelt. Das heißt im Ergebnis: Die Rente wird um mehrere Prozent vermindert. Diese Kürzung der Einkünfte um circa 7 % zum Jahreswechsel zeigt, wo es langgeht. Hinzu kommt auf längere Sicht: Auch der Pflegeversicherungsbeitrag für die GKV-Mitglieder bleibt nicht so niedrig wie er zur Zeit

noch ist. Ferner möchten wir jetzt schon auf das Alterssicherungsgesetz hinweisen, das zum 1.1.2005 kommen wird und alle Rentner betrifft, besonders gravierend die Kolleginnen und Kollegen, die in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen werden.

Die Besteuerungsregeln der Alterseinkünfte werden völlig verändert, wenn auch mit Übergangsregelungen. Zunächst wird die bisherige Besteuerung des so genannten Ertragsanteils der Rente von 27 % in einem Schritt für alle auf 50 % angehoben und dann Jahr für Jahr um 2 % auf 52 %, 54 % usw. gesteigert.

Da aber nach aller Erfahrung unsere Mitglieder ihre jährliche Anwartschaftsmitteilung als Grundlage ihrer Finanzplanung verwenden, sei vorgewarnt: Auch die Berliner Ärzteversorgung mit einer vorzüglichen Rendite kann bei der vom Gesetzgeber geplanten höheren Besteuerung in vielen Fällen nur eine verminderte Netto-Rente auszahlen. Dies hat nicht der Verwaltungsausschuss und nicht die Ärztekammer zu vertreten! Bitte sprechen Sie rechtzeitig mit Ihrem Steuerberater ebenso wie mit Ihrer Krankenkasse. Die Zeiten, als Netto-Rente fast gleich Brutto-Rente war, sind vorbei – auch ohne den so genannten „Nachhaltigkeitsfaktor“ der gesetzlichen Rentenversicherung.

Dr. med. Elmar Wille
Vorsitzender des
Verwaltungsausschusses der
Berliner Ärzteversorgung

Von roten Zellen und roten Zahlen

Ein Symposium am St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof widmete sich dem Thema „Fremdblutsparende Maßnahmen in der operativen Medizin“.

Fasst man den Vorsatz zum Sparen, dann ist es ganz nützlich, sich zunächst einen Überblick über die derzeitigen Ausgaben zu verschaffen. Das gilt nicht nur beim Geld, sondern auch beim Einsatz des besonderen Safts, genauer: bei der Gabe von Fremdblut im Zusammenhang mit operativen Eingriffen. Doch genau dieser Überblick über den tatsächlichen Blutverbrauch bei Operationen fehlt den meisten Ärzten, meinte Prof. Dr. med. J. Erhard, Chefarzt der Klinik für Chirurgie, Visceral- und Gefäßchirurgie am Evangelischen Krankenhaus Dinslaken. „Und es ist schwer zu sparen, wenn man diese Erkenntnis nicht hat.“

Erhard sprach bei einem wissenschaftlichen Symposium zum Thema „Möglichkeiten, Sinn und Unsinn fremdblutsparender Maßnahmen in der operativen Medizin“, das am 14. November im St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof unter der Schirmherrschaft der Berliner Medizinischen Gesellschaft stattfand. Dort präsentierte Dr. med. Jürgen Koscielny, Oberarzt am Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie der Charité Campus Mitte, eindrucksvolle Zahlen: Mit 15 Millionen transferierten Blutkomponenten bei fünf Millionen Operationen, die in jedem zehnten Fall zu einer manifesten, in jedem hundertsten zu einer massiven Blutung führen, zeigten Deutschlands 2250 Kliniken im Jahr 2002 „Weltmeister“-Qualitäten. Allein auf dem Campus Mitte der Charité finden jährlich fast 30.000 Transfusionen statt. Ein Qualitätssicherungssystem für das Fremdblutmanagement soll dort für die Reduktion des Verfalls und Verwurfs von Blutprodukten, aber auch für bessere Dokumentation und Fortbildung aller transfundierenden Ärzte sorgen. Blutkomponenten verursachen hohe

Kosten und sollten gezielt eingesetzt werden.

Im Jahr 2002 konnten, wie Koscielny berichtete, auf dem Campus Mitte die Kosten gegenüber dem Vorjahr um rund 50.000 Euro gesenkt werden. 14 Millionen Euro könnten in Deutschland seiner Ansicht nach eingespart werden, wenn schon präoperativ ein diagnostisches und später ein therapeutisches Stufenkonzept zum Tragen käme.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen dabei angeborene und erworbene Plättchenfunktionsstörungen, letztere vor allem im Zusammenhang mit dem Einsatz von NSAR. Im Vorfeld einer Operation kann schon ein standardisierter Fragebogen Hinweise geben, in dem etwa banalere Hinweise wie Nasenbluten, Hypermenorrhoe, Zahnfleischbluten und nicht zuletzt die Medikamentenanamnese ermittelt werden. Ein solches Screening mit additiven Tests erwies sich als wirkungsvoll. „Globaltests helfen dagegen wenig weiter und verursachen nur Kosten.“ Auch unter Kostenaspekten sei es sinnvoll, primäre Hämostasestörungen präoperativ zu therapieren.

Blutsparen als Risikominderung

Gründe zum Sparen liefert nicht allein der Blick auf die Kosten von Bluttransfusionen: Fremdblut wird in den nächsten Jahren möglicherweise noch knapper werden. Die Spender haben ein Recht darauf, dass mit ihrem Blut verantwortungsvoll umgegangen wird. Die Infektionsgefahr für die Empfänger ist zwar gering und hat sich in den letzten Jahren durch PCR-Testungen noch weiter verringert. Doch schon aufgrund des „diagnostischen Fensters“ zwischen Neuinfektion und Erkennung bleibt ein

Restrisiko. Dr. med. Hans-Ulrich Altenkirch vom Berliner Labor 28 betonte, die Prävalenz von Hepatitis-B und C-Infektionen sei bei Blutspendern um den Faktor 4 niedriger als in der Allgemeinbevölkerung. Rein rechnerisch bleibt trotzdem für die Empfänger ein HBV-Risiko von eins zu 200.000, bei HIV von eins zu einer Million. Eine Risikodifferenz aber verpflichte den Arzt immer zum Einsatz der risikoärmeren Methode, stellte der Berliner Rechtsanwalt R. W. Bock klar. Das bedeutet im Zweifelsfall einen klaren Vorrang der Eigenblutgabe.

Neue Erkenntnisse aus der Immunologie deuten zudem auf einen immunsuppressiven Effekt von Fremdblut hin. PD Dr. med. Ludger Staib, Oberarzt an der Abteilung Chirurgie I der Uniklinik Ulm, sprach von subklinischen Graft-versus-Host-Reaktionen, Allergien des Immunsystems und einer vermehrten Aktivität der Makrophagen.

Alternativen zum Fremdblut

Auf einen wichtigen Grund für Transfusionen, die „unerwarteten“ Blutungen, kann mit blutsparenden Operationstechniken durchaus Einfluss genommen werden, wie Erhard erläuterte. Technische Unterstützung dabei geben unter anderem die Lagerung, das „Packing“,

der Einsatz von Argon-Beam-Koagulatoren, Ultraschallskalpell und Fibrinklebern. Prof. Dr. Reiner Kunz, Chefarzt der Chirurgie im gastgebenden St. Joseph-Krankenhaus, berichtete außerdem über das Blutsparen als willkommenen Nebeneffekt des chirurgischen „Fast-Track-Managements“. Neben der Hämodilution sind die maschinelle Autotransfusion gewaschenen Wundbluts oder die Retransfusion autologer Erythrozyten, aber auch der Einsatz von Plasmaexpandern und künstlichen O₂-Trägern Alternativen zum Griff zur Blutkonserve. Letztere sind allerdings noch nicht verfügbar, obwohl ihre Effektivität gezeigt werden konnte, wie der Anästhesist PD Dr. Hans Jürgen Dieterich von der Uni Tübingen berichtete. Wo immer sie möglich ist, ist die Präferenz der autologen Transfusion auch gesetzlich gefordert. In der Praxis beschränkt sich das auf planbare Eingriffe und Patienten, die nicht unter Anämien oder anderen Kontraindikationen leiden. Trotzdem kann sich die konsequente Umsetzung des Konzepts der autologen Transfusion lohnen.

Die ENDO-Klinik in Hamburg, die sich auf Hüft- und Kniegelenkserersatz spezialisiert hat, kann sich glücklich schätzen, eine Eigenblutbank ihr eigen zu nennen. Dr. med. Helmut Munkel nannte unter anderem die „Unabhängigkeit von saisonalen Blutverknappungen“ als Vorteil. Den Patienten erklärte er: „Wenn Ihr Körper sich nicht auf die Auseinandersetzung mit fremdem Blut konzentrieren muss, kann er sich auf die Sauberhaltung Ihrer Prothese konzentrieren.“ Wichtig ist allerdings ein zuverlässiger OP-Plan, denn das gespendete Eigenblut kann heute nicht länger als fünf Wochen konserviert werden.

Mehr Mut zur Anämie?

Die Frage, welche Hämoglobin- und Hämatokritwerte noch toleriert werden können, ohne zum Mittel der Transfusion zu greifen, muss für Gesunde und Kranke ganz unterschiedlich beantwortet werden. „Bei Patienten mit einem frischen Myocardinfarkt bietet

Zeugen Jehovas lehnen Transfusionen ab

Die Forschung haben sie damit eher beflügelt

Mitglieder der 1874 gegründeten Religionsgemeinschaft der Zeugen Jehovas beziehen sich auf das biblische Gebot, „sich des Blutes zu enthalten“ (Apostelgeschichte 15: 28,29), wenn sie Bluttransfusionen ablehnen. Es lässt sich seinerseits auf das alttestamentarische Gebot zurückführen: „Ihr sollt kein Fleisch essen, an dem noch das Leben, das Blut, ist.“ (1. Moses 9, 3-6). In diesen Bibelstellen ist allerdings nicht von der modernen Bluttransfusion die Rede, sondern von der Nahrungsaufnahme. Oral aufgenommen wurde Blut schon in der Antike als Heilmittel verwendet. Das lehnen die Zeugen Jehovas klar ab. Eine Brücke vom wörtlich genommenen biblischen Verbot des Essens und Trinkens von Blut zur Absage an die Transfusion schlägt heute wohl die parenterale Ernährung, wie Prof. Dr. med. Klaus Schaefer, Chefarzt der Medizinischen Abteilung II des St. Joseph-Krankenhauses, bei der Tagung erläuterte: Durch die Vene werden hier Kalorien zugeführt. Das kann als Vorgang der Nahrungsaufnahme interpretiert werden. Ebenso könne man dann in Analogie dazu die Blutzufuhr über die Vene als „Essen“ betrachten. Dass eine kleine Minderheit unserer Mitbürger – sechs Millionen Zeugen Jehovas gibt es weltweit – Bluttransfusionen aus religiösen Motiven strikt ablehnt, ist eigentlich noch kein Grund, sich auf Mediziner-Fortbildungen mit ihnen und ihren Einstellungen zu befassen. Es gibt allerdings mindestens zwei Aspekte, die das lohnend machen.

■ Da ist einerseits die ethische Problematik, die sich aus der Ablehnung von Transfusionen ergibt. Schaefer nennt sie „beispielhaft zur Illustration des Spannungsfeldes zwischen Autonomie des Patienten und den Pflichten des Arztes, ihm nicht zu schaden“. Besonders prekär ist die Situation seiner Ansicht nach, wenn ein Arzt während einer Operation eine Blutung verursacht. „Ist es dann für ihn zumutbar, einen Menschen durch eine Situation sterben zu lassen, die er selbst herbeigeführt hat?“ Oberstes Prinzip bleibt in jedem Fall, dass der Wille des Patienten den Arzt bindet. Den aber haben alle Zeugen Jehovas in einer Patientenverfügung niedergelegt, so dass er in jeder Lebenslage klar ermittelt werden kann. In dieser Beziehung können sie als gesellschaftliche Vorreiter gelten. Andererseits ist natürlich auch klar, dass ein Chirurg die Behandlung eines Menschen, der die Verabreichung von Blutprodukten prinzipiell ablehnt, seinerseits ablehnen kann. Ein eigener Krankenhausinformationsdienst hilft Zeugen Jehovas dann bei der Suche nach einer Einrichtung für „blutlose Therapie“.

■ Chirurgen und Anästhesisten verdanken der Haltung der Zeugen Jehovas wichtige Erkenntnisse. Zunächst hätte man wohl ohne operative Eingriffe an Mitgliedern der Religionsgemeinschaft nie erfahren, wie weit der Hämoglobinwert sinken kann, ohne dass dadurch dauerhafte Schäden entstünden. Es liegen Berichte über erfolgreiche abdominal-chirurgische Eingriffe bei Hb-Werten bis zu 1,8 g/dl vor. Zudem sorgte gerade die Behandlung von Zeugen Jehovas auch dafür, dass verstärkt nach Alternativen für die Fremdblutspende – etwa blutsparenden Operationstechniken und Volumenersatz – gesucht wurde. Sie akzeptieren meist alle medizinischen Verfahren außer der Transfusion von allogenem Blut oder dessen Hauptbestandteilen und außerhalb des Körpers gelagertem Eigenblut. Viele Zeugen Jehovas akzeptieren jedoch die maschinelle Autotransfusion und die intraoperative Hämodilution im geschlossenen Kreislauf, die sie nicht als Neuaufnahme ausgelagerten Bluts auffassen. Der Einsatz von Gerinnungsfaktoren oder Humanalbumin – das nicht blutspezifisch ist – ist umstritten. *aml*

eine Transfusion bei HK-Werten unter 33 Prozent einen Überlebensvorteil“, sagte der Anästhesist Prof. Dr. med. E. Welte vom Klinikum Darmstadt. Er fügte jedoch sogleich hinzu: „Das ist eine Extremsituation. Wer hat schon solche Patienten auf dem OP-Tisch?“ Verschiedene Studien an Patienten mit Schenkelhalsfrakturen zeigten, dass bei einem Hb über 8 g/dl zwischen Trans-

fundierten und Nicht-Transfunden kein Unterschied in der Mortalität bestand. Erkenntnisse darüber, wie weit man den Hämoglobinwert bei Gesunden ohne dauerhafte Gefahr für Leib und Leben sinken lassen kann, verdankt die Medizin operierten Zeugen Jehovas, die Bluttransfusionen verweigern (siehe Kasten). Welte nannte als Richtschnur bei Gesunden, normovolämischen Ope-

rierten einen Hb von 7 g/dl. Die Hb-Konzentration allein sei indes kein adäquates Maß für das Sauerstoffangebot. Welte mahnte: „Ein Erythrozyten-Konzentrat hinzuhängen ist zwar der einfachste Weg. Es ist aber keineswegs immer nützlich.“

Adelheid Müller-Lissner
(Medizinjournalistin)

Zum Tode von Joachim Baumgarten



Foto: Schlosspark-Klinik

Der langjährige Geschäftsführer der Schlosspark-Klinik und der Park-Klinik Weißensee, Prof. Dr. Joachim Baumgarten, ist am 4. Dezember 2003 im Alter von 58 Jahren nach schwerer Krankheit verstorben. Der diplomierte Volkswirt und Handelslehrer promovierte zum Dr. rer. pol. und arbeitete am Universitätsklinikum Mainz, bevor er 1976 Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft wurde. Daran schloss sich ab 1988 seine Tätigkeit als Kranken-

hausdirektor, Geschäftsführer und Geschäftsführender Gesellschafter der renommierten Schlosspark-Klinik sowie als Gründungsgesellschafter und Geschäftsführender Gesellschafter der Park-Klinik Weißensee an. Insbesondere in der privat finanzierten Park-Klinik Weißensee hat Joachim Baumgarten durch Kompetenz, Kostenmanagement, Kooperation und Transparenz Maßstäbe gesetzt – begleitet von seiner Idee für ein zusammen mit der Kunsthochschule Weißensee künstlerisch gestaltetes Krankenhaus.

1996 wurde Joachim Baumgarten am Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin zum Honorarprofessor berufen. Mit dem Namen Baumgarten ist auch das Berliner Krankenhaus-Seminar untrennbar verbunden, das sich weit über die Grenzen Berlins hinaus bei Wissenschaftlern, Praktikern und Politikern große Achtung erworben hat. Für seine berufliche und ehrenamtliche Tätigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen wurde Baumgarten mit dem Bundesverdienstkreuz geehrt. Besonders am Herzen lag ihm das Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin. Als Mitglied des Beirates war er maßgeblich am Aufbau dieses Zentrums

beteiligt und setzte sich mit großem Erfolg für die Gründung der ersten Tagesklinik für Folterüberlebende ein.

Schlosspark-Klinik und Park-Klinik Weißensee haben Joachim Baumgarten sehr viel zu verdanken. Wie kein anderer engagierte er sich für neue Konzepte der Patientenorientierung im Krankenhaus und das bereits zu einer Zeit, als Dienstleistung im eigentlichen Sinne in Krankenhäusern noch nicht die Regel war. Der hervorragende Ruf beider Häuser und ihre Wettbewerbsfähigkeit unter schwierigsten Berliner Rahmenbedingungen sind zu einem großen Teil seiner Weitsicht und Innovationsfreude zu verdanken. Dabei konzentrierte sich sein Unternehmergeist nicht nur auf das Gesundheitswesen im engeren Sinne. Mit der Gründung eines Kollegs für Kunsttherapie, angesiedelt auf dem Gelände der Park-Klinik Weißensee, betrat er neue Geschäftsfelder und öffnete die Kliniken für angrenzende Dienstleistungen.

Mit Joachim Baumgarten verliert das Berliner Krankenhauswesen einen herausragenden Ökonomen, Wissenschaftler und eine über die Belange der Krankenhäuser und das Wohl der Patienten hinausgehende sozial engagierte Persönlichkeit. Sein Blick für das Wesentliche und sein Engagement, auch gegen bürokratische Widerstände, werden den Kollegen und Mitarbeitern sehr fehlen.

Prof. Dr. med. Bodo Paul

Roches Lexikon Medizin in 5. Auflage

Hrsg. Hoffmann-La Roche AG,
Urban & Fischer Verlag GmbH & Co. KG,
5. Aufl. 2003; 2080 S., Abb.,
Schemata u. Tab.; geb. 39,95 Euro.
ISBN 3-437-15150-0

Die überarbeitete Ausgabe war mal wieder fällig. Gegenüber der letzten, von 1998, hat das reich und farbig illustrierte Lexikon nicht nur 2000 neue Stichwörter (es sind jetzt 62 000!), die alten wurden auch auf den letzten Stand

gebracht. Neues, aber Fragwürdiges, wie das „Multiple-chemical-Sensitivity-Syndrom“ oder, gleich danach, die „Multiple Persönlichkeit“ sind mit gebotener Distanz dargestellt.

Natürlich wird trotz der inhaltlichen Überfülle jeder etwas vermissen. Bei der im Medizinbetrieb endemischen Abkürzungssucht zum Beispiel „EbM“ in beiderlei Bedeutung oder „DMP“, beides steht nicht im Abkürzungsverzeichnis, einem Teil des Anhangs. Neu sind dort

anatomische Farbtafeln, weggefallen sind hingegen die Notfallmaßnahmen (warum?), nicht aber die Einführung in die Akupunktur (warum?).

Der Verlag dankt der namensgebenden Firma des Roche-Lexikons für die Förderung, „ohne Einfluss auf den Inhalt zu nehmen“, und ermuntert die Benutzer zu Kritik und Verbesserungsvorschlägen. Wer das „Handbuch“ mit fast zwei Kilo zu unhandlich findet, der kann's auf CD-Rom kaufen – wenn gewünscht sogar mit Rechtschreibprüfung!

Rosemarie Stein

Sozialmedizin und Public Health

Wörterbuch zu den Grundlagen der Gesundheitssicherung, der Gesundheitsversorgung, des Gesundheitsmanagements, der Steuerung und der Regulation im Gesundheitswesen.
Jens-Uwe Niehoff und Bernhard Braun,
Nomos Verlag Baden-Baden 2003,
brosch., 296 S., 24,90 Euro,
ISBN 3-8329-0118-3

Wozu braucht ein Arzt im Krankenhaus, in der vertragsärztlichen oder privatärztlichen Versorgung oder im Gesundheitsamt ein wirklich handliches „Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health?“ Reicht es nicht, wenn sich mit diesem Spezialgebiet die Sozialmediziner oder die vielen Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler, Versicherungs- und sonstigen Experten und Berater sowie die Gesundheitspolitiker auseinandersetzen? Nein, wenn eine auch von

ärztlichem Sachverstand durchdrungene Position sich Gehör verschaffen und ärztliche Selbstverwaltung in Kenntnis des gesellschaftlichen Handlungsspielraums erfolgen soll.

Was also bietet dieses Wörterbuch mehr als lediglich eine große Zahl von Stichwörtern (> 500), mehr als die Schlüsselbegriffe der Epidemiologie, Demografie, Medizinsoziologie, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemwissenschaften und des Sozialrechts? Die Empfehlung, auch an Studenten, sich dieses Büchlein anzuschaffen, beruht auf Folgendem: Im Medizinstudium und auch im Zusammenhang mit der Vertretung eigener Interessen lernen Ärzte viel über Krankheiten, ihre Diagnose und ihre Behandlung. Und sie lernen zunehmend mehr über die Notwendigkeit, präventive Maßnahmen zu ergreifen, die nicht nur auf experimentell- und

kurativ-medizinischem Wissen und Erfahrungen beruhen, sondern auch die Fähigkeiten anderer Berufsgruppen außerhalb der Medizin mit einbeziehen.

Weit weniger sind unter Ärzten aber Wissen zur Funktion gesellschaftlicher und politischer Prozesse sowie fundierte Kenntnisse alternativer Erfahrungen, etwa im US-amerikanischen und britischen Gesundheitssystem, verbreitet. Um als Gesprächspartner in der Sorge um ein patientenorientiertes Gesundheitswesen, das soziale Ungleichheiten in ihrer Auswirkung auf die Gesundheit berücksichtigt, ernst genommen zu werden, müssen auch diffizile Zusammenhänge klar sein. Scheinbar einfache Fragen und komplexe Begriffe (Wie hoch sind Lohnnebenkosten wirklich? Was ist das überhaupt? Kontrahierungszwang, „Capitation“, demografische Transition, Konflikt von Einzelleistungsvergütung und Aufwandssteuerung, Lexisdiagramm, Managed Care Organizations, Verschleppungszeit, Wirtschaftlichkeitsgebot und vieles mehr) finden hier verständliche und exakte Erläuterung. Durch umfassende Querverweise werden die Zusammenhänge deutlich.

Kleiner Mangel: Es fehlt eine Stichwortliste, aus der auf einen Blick deutlich würde, wie weit gespannt der Inhalt ist.

Dr. med. Udo Schagen

Zweimal Virchow lesenswert

Christian Andree: Rudolf Virchow. Leben und Ethos eines großen Arztes.
Verlag Langen Müller,
München 2002; 304 S., Abb.,
geb. 22,90 Euro.

Constantin Goshler: Rudolf Virchow. Mediziner – Anthropologe – Politiker.
Böhlau Verlag, Köln, Weimar, Wien
2002; 556 S., Abb., geb. 39,90 Euro.

Zwei Virchow-Biographien, beide zu empfehlen – aber wie verschieden! Die eine schrieb der Medizinhistoriker Christian Andree, Herausgeber des auf 71 Bände angelegten Gesamtwerks Rudolf Virchows. Er dürfte die Details des multiplen Lebens dieses erstaunlichen Polyhistor besser kennen als jeder andere. Sein Buch über die „Lichtgestalt der deutschen Medizingeschichte“ (Klappentext, hoffentlich ohne Zutun des Autors!) konzentriert sich auf einen Teilaspekt: Virchows Tätigkeiten in seinem medizinischen Hauptberuf, wozu auch standes- und wissenschaftspolitische Aktivitäten gehörten. Nur Seitenblicke wirft der Autor auf Virchows ausgedehnte Beschäftigung mit Ethnologie, deutscher Volkskunde, Urgeschichte und vor allem Anthropologie sowie auf seine Rolle in der Berliner und der preußischen Politik. Gut ausgewählte seitenlange Zitate (erschlossen durch ein Stichwortverzeichnis zusätzlich zum Personen- und Sachregister) tragen dazu bei, dass dieses Buch ein leichter Einstieg für alle Ärzte ist, die ihren vor einem Jahrhundert gestorbenen

großen Berliner Kollegen kennenlernen wollen.

Die andere, weit umfangreichere Biographie verfasste der Berliner Historiker Constantin Goshler als Habilitationsschrift. Klingt abschreckend, aber bei aller Gelehrsamkeit ist das Buch leserfreundlich und lebendig geschrieben.

Leseprobe:

„Rudolf Virchow liegt in der deutschen Geschichte des 19. Jahrhunderts wie ein großer Felsbrocken, der ob seines Gewichts und seiner Sperrigkeit den Biographen zunächst einmal gehörigen Respekt einjagt.“

Wenigstens geruckelt hat Goshler an dem Felsbrocken, indem er sich auf ein Thema konzentrierte: Die Beziehung zwischen Wissenschaft und Politik am Beispiel Virchows, vor allem die Wechselwirkungen von Naturwissenschaft und Liberalismus. Dargestellt wird Virchows Lebensstil – naturwissenschaftlich geprägte Bürgerlichkeit –, sein öffentliches Wirken zwischen Medizin und Politik und sein Denkstil: Das Streben nach Wahrheit in der Wissenschaft statt in der Religion, die Überzeugung, diese Wahrheit müsse auch die Politik lenken, in der Virchow als Mitbegründer der liberalen „Fortschrittspartei“ mit Exper-

ten-Autorität auftrat, der Glaube an den wissenschaftlichen und damit moralischen Fortschritt – unerschütterlich bis an sein Lebensende.

Damit war Virchow im zunehmend zweifelnden Fin de siècle schon zu Lebzeiten historisch geworden. Goshler hat ein kritisches Buch geschrieben. Heldenverehrung gehört nicht zu dessen Elementen, sondern zu den Gegenständen der Analyse.

Interessant ist ein Vergleich der beiden Bücher anhand einzelner Themen, zum Beispiel: Frauenstudium. Ein Passus aus einer Rede im Preußischen Abgeordnetenhaus am 11. März 1896 wird von den beiden Autoren gegensätzlich interpretiert: Die ohnehin mangelhaft ausgestatteten Universitäten seien leider „gar nicht darauf vorbereitet, ein so großes Publikum in sich aufzunehmen“ – auch wenn sie die Damen nicht etwa „für ein minderwertiges Material halten“. Andree betrachtet das als Plädoyer fürs Frauenstudium, in Goshlers Augen sind das vorgeschobene Ablehnungsgründe. Es lohnt sich, beide Bücher nebeneinander zu lesen.

Rosemarie Stein

AUF EINEN BLICK: PERIPHERE ARTERIELLE VERSCHLUSSKRANKHEIT

Neue Therapieempfehlungen

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft veröffentlicht etwa viermal im Jahr unabhängige Therapieempfehlungen zu den verbreitetsten Volkskrankheiten. Um sie in der Ärzteschaft noch bekannter zu machen, drucken wir die Kurzfassung immer kurz nach der Veröffentlichung in **BERLINER ÄRZTE** ab. Unter www.akdae.de (Kapitel: Therapieempfehlungen, Aktuelle Hefte) können Sie auf der Homepage der Arzneimittelkommission auch die Langversion der Empfehlungen herunterladen oder ein Abo bestellen. (Die Red.)

I. DIAGNOSTIK

A. ANAMNESE

- Frage nach: Claudicatio intermittens, Ruheschmerzen und bestehenden oder früher aufgetretenen Nekrosen
- Erfassung von: Risikofaktoren für eine Arteriosklerose (Rauchen, arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus)

B. WEITERE DIAGNOSTIK

- Klinische Untersuchung: einschließlich Puls palpation, Auskultation (Gefäßgeräusche?), evtl. Ratschow'sche Lagerungsprobe.
- Apparative Untersuchungen: Bei Verdacht auf arteriosklerotische Prozesse immer **Knöchel-Arm-Index** ermitteln: pathologisch: $\leq 0,9$ (bei Fehlen von Claudicatio intermittens, Ruheschmerz oder Ulkus = asymptomatische pAVK). Bestimmung der schmerzfreien und absoluten Gehstrecke, Oszillografie, Duplexsonografie.
Angiografie: nur gezielt nach vorangegangener nichtinvasiver angiologischer Diagnostik und unter definierter Fragestellung.
In Problemfällen: Venenverschlussplethysmografie und Messung des transkutanen Sauerstoffpartialdruckes.

II. INDIKATION

Die Behandlung einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit ist indiziert, wenn

- die **Gehleistung** der Patienten so vermindert ist, daß Aktionsradius und Lebensqualität der Patienten erheblich reduziert sind,
- **Ruheschmerzen** vorliegen,
- ein **Ulkus** bzw. eine **Gangrän** bestehen und eine **Amputation** droht.

III. THERAPIE

A. STADIUM I

Im pAVK-Stadium I ist die Behandlung der Risikofaktoren einer Arteriosklerose (s. I. A.) zurzeit das einzig adäquate Therapieprinzip. Der therapeutische Nutzen anderer Maßnahmen ist bislang nicht gesichert.

B. STADIUM II

- Bekämpfung und Kontrolle der Risikofaktoren (s. Stadium I)
- Programmiertes Gehtraining im Rahmen einer pAVK-Gruppe
- Thrombozytenfunktionshemmer

Bei fehlender Toleranz der Claudicatio-Beschwerden zusätzlich:

- Pharmakotherapie: vasoaktive Substanzen, (s. Tabelle 1)
- strombahnwiederherstellende Verfahren:
 - perkutane transluminale Angioplastie (PTA)
 - Thrombolyse
 - Operation

Thrombozytenfunktionshemmer

- Wegen des hohen kardiovaskulären Risikos sollte jeder pAVK-Patient mit einem Thrombozytenfunktionshemmer (Tabelle 1) behandelt werden, sofern dafür keine Kontraindikation vorliegt.
- Dies gilt sowohl für das Stadium der Claudicatio intermittens als auch für die kritische Extremitätenischämie. Inwieweit im asymptomatischen Stadium der pAVK Thrombozytenfunktionshemmer indiziert sind, ist bislang offen. Thrombozytenfunktionshemmer erscheinen aber zur Reduktion des bereits in diesem Stadium erhöhten kardiovaskulären Risikos oder zur Behandlung der oft gleichzeitig bestehenden koronaren und supraaortalen Erkrankungen sinnvoll.
- Bei praktisch gleicher Wirksamkeit von Acetylsalicylsäure und Clopidogrel ist die kostengünstigere Alternative zu bevorzugen. Bei Kontraindikationen für oder Unverträglichkeiten von ASS ist Clopidogrel indiziert.
- Für eine **Kombination** von ASS und Clopidogrel liegen bei der pAVK bislang keine Untersuchungen vor, die einen besseren therapeutischen Effekt belegen als bei Verwendung einer der Substanzen allein.
- Belege zur primärpräventiven Wirksamkeit bei pAVK liegen für keinen Thrombozytenfunktionshemmer vor.

Antikoagulanzen

- Eine Antikoagulationstherapie bei pAVK-Patienten ist nur indiziert in der **Rezidivprophylaxe kardialer Embolien**, als Begleitmedikation während **Lysebehandlungen** sowie bei **arteriellen Verschlüssen mit überwiegend thrombotischer Komponente** oder gleichzeitig vorliegenden **Venenthrombosen**.

Gefäßwirksame Substanzen

- Hinreichende Wirksamkeitsnachweise liegen für gefäßwirksame Substanzen im Fontaine-Stadium II lediglich für die orale Applikation von **Naftidrofuryl** und die i. v.-Behandlung mit **Alprostadil** vor.
- Die Gabe dieser vasoaktiven Substanzen ist **keine Basistherapie** der pAVK und macht nur Sinn, wenn sie gezielt und kritisch eingesetzt wird.
- Orale vasoaktive Substanzen mit gesicherter Evidenz sollten nur den Patienten verordnet werden, bei denen eine extrem kurze Wegstrecke von weniger als 200 m vorliegt, ein Gehtraining z. B. durch orthopädische oder neurologische Erkrankungen nicht durchgeführt werden kann und eine Katheterdilatation bzw. Operation nicht infrage kommen (s. a. Tabelle 2).

Weitere Medikamente

Für weitere Medikamente wie Pentoxifyllin, Buflomedil, Nikotinsäurederivate, Ginkgo biloba, Alpharezeptorenblocker, Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer, Vitamin E oder Knoblauch-Präparate liegen entweder keine hinreichenden oder negative Daten zur Wirksamkeit vor.

C. STADIUM III/IV

Hier ist grundsätzlich die klinische Indikation für lumeneröffnende Maßnahmen gegeben. Infrage kommen die **operative Revaskularisation** und die **angioplastische Intervention**.

Wenn gefäßrekonstruierende Maßnahmen zu riskant sind, sollte zunächst ein konservativer Behandlungsversuch mit Prostaglandinen durchgeführt werden. Für **Alprostadil** und **Iloprost** (Tabelle 1) liegen plazebokontrollierte klinische Studien vor, die eine signifikante Verringerung bzw. Beseitigung ischämischer Ruheschmerzen und eine Abheilung von Nekrosen belegen. Orale Vasoaktiva haben im Fontaine-Stadium III/IV bislang keine überzeugenden Wirksamkeitsbelege erbracht.

Tabelle 3 faßt die wichtigsten allgemeinen und lokalen therapeutischen Maßnahmen zusammen.

Zu weiteren therapeutischen Maßnahmen (Hämodilution, fibrinolytische Therapie, Genterapie und »alternativen« Verfahren s. ausführliche Therapieempfehlung).

AUF EINEN BLICK: PERIPHERE ARTERIELLE VERSCHLUSSKRANKHEIT

Tabelle 1: Zur Behandlung der pAVK eingesetzte Wirkstoffe sowie wichtige unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) und Arzneimittelinteraktionen (IA), pk: pharmakokinetische IA, pd: pharmakodynamische IA	
Wirkstoff/Evidenz-Kategorie	Tagesdosis
Thrombozytenfunktionshemmer	
Acetylsalicylsäure ↑↑	100-300 mg oral
UAW: Magenbeschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, gastrointestinale Blutungen, asthmoide Reaktionen, allergische Hautreaktionen bis hin zum Erythema exsudativum multiforme, Kopfschmerzen, Somnolenz, Störungen der Leber- und Nierenfunktion, Hypoglykämie, Ödeme	
IA: <i>Antikoagulanzen, Cumarinderivate, Heparin, Corticosteroide</i> : Alkohol: Verstärkung d. Blutungsrisikos (pd), <i>Digoxin, Barbiturate, Lithium</i> : erhöhte Plasmakonzentration (pk), <i>nichtsteroidale Antirheumatika</i> : verstärkte Wirkung bzw. UAW (pd), <i>orale Antidiabetika, Methotrexat, Sulfonamide</i> : verstärkte Wirkung (pd), <i>Antihypertonika, Diuretika, Urikosurika</i> : verminderte Wirkung (pd)	
Clopidogrel ↑	75 mg oral
UAW: Durchfall, Übelkeit, Dyspepsie, Exanthem, Gelenkschmerzen, Neutropenie, TTP (Moschcowitz-Syndrom), Blutungen, Kopfschmerzen, Benommenheit, Parästhesien	
IA: <i>Acetylsalicylsäure, Fibrinolytika, nichtsteroidale Antiphlogistika</i> : verstärkte Wirkung (pd), <i>Phenytoin, Tolbutamid, nichtsteroidale Antirheumatika</i> : möglicherweise erhöhte Plasmakonzentrationen dieser Arzneimittel (pk), <i>Atorvastatin</i> vermindert die Wirkung von Clopidogrel	
Ticlopidin ↑	500 mg oral
UAW: Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Exanthem, Schwindel, Kopfschmerzen, Benommenheit, Neutropenie, Blutungen, Agranulozytose, TTP (Moschcowitz-Syndrom), Parästhesien, Leberfunktionsstörungen, erhöhte Serumlipide, Lupus erythematoses, Nephritis	
IA: <i>Acetylsalicylsäure, Fibrinolytika, nichtsteroidale Antiphlogistika</i> : verstärkte Wirkung (pd), <i>Cimetidin, Theophyllin, Phenazon, Phenytoin, Beruhigungsmittel, Schlafmittel</i> : erhöhte Plasmakonzentration dieser Substanzen (pk), <i>Antazida</i> : niedrigere Ticlopidinkonzentration (pk), verringerte <i>Ciclosporinkonzentration</i>	
»Vasoaktiva«	
Naftidrofuryl ↑	600 mg oral
UAW: Übelkeit, Durchfall, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris, orthostatische Dysregulation, Benommenheit, Parästhesien, Leberfunktionsstörungen	
IA: <i>Antiarrhythmika, Betarezeptorenblocker, Antihypertensiva</i> : Wirkungsverstärkung (pd)	
Pentoxifyllin ↔	1200 mg oral 600–1200 mg i. v.
UAW: Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Flush, Tachykardie, Kopfschmerzen, Blutdruckabfall, Hämorrhagien, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, cholestatische Hepatitis, allergische Hautreaktionen	
IA: <i>Antihypertensiva, Antikoagulanzen</i> : Wirkungsverstärkung (pd), <i>Insulin, Antidiabetika</i> : Wirkungsverstärkung (pd)	
Buflomedil ↔	600 mg oral 100-200 mg i. v.
UAW: Vereinzelt Kopfschmerzen, Blutdruckabfall mit Schwindelgefühl, Schlafstörungen, gastrointestinale Störungen (Magendruck, Übelkeit, Durchfall, Hautrötung)	
Prostaglandine	
Alprostadil ↑↑ (Prostaglandin E ₁ , PGE ₁)	2 x 40 µg i. v. oder 1 x 60 µg i. v. 10–20 µg i. a.
UAW: Rötung im Venenverlauf, Schweißausbrüche, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, myokardiale Dekompensation, Herzrhythmusstörungen, Gelenksbeschwerden, Verwirrheitszustände, zerebrale Krampfanfälle, Leukopenie bzw. Leukozytose, Lungenödem	
IA: <i>Antihypertensiva, Vasodilatoren</i> : Wirkungsverstärkung (pd), <i>Antikoagulanzen</i> : Wirkungsverstärkung (pd)	
Iloprost ↑↑	0,5 ng/kg KG/min i. v. initial bis max. 2,0 ng/kg KG/min i. v. über 6 Std.
UAW: Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Blutdruckabfall, Blutdruckanstieg, Durchfall, Schwindel, Fieber, Parästhesien, Arrhythmien, Unruhe, Asthma bronchiale, Lungenödem, Dekompensation einer bestehenden Herzinsuffizienz	
IA: <i>Antihypertensiva, Vasodilatoren</i> : Verstärkung der blutdrucksenkenden Wirkung, <i>Heparin, Cumarinderivate, ASS, NSAIDs</i> : Erhöhung des Blutungsrisikos (pd)	

AUF EINEN BLICK: PERIPHERE ARTERIELLE VERSCHLUSSKRANKHEIT

Tabelle 2: Kriterien für den Einsatz anzuwendender vasoaktiver Wirkstoffe (Tabelle 1) im Stadium II nach Fontaine

Ein Therapieversuch mit vasoaktiven Wirkstoffen erscheint gerechtfertigt

bei:

- gesicherter pAVK (Femoral-/Unterschenkelarterien-Knöchelarteriendruck: A. dors. ped., A. tib. post. > 60 mmHg),
- fehlender Durchführbarkeit von Gehtraining oder anderen Therapiemöglichkeiten und
- erheblicher Minderung der Lebensqualität (Reduktion der schmerzfreien Gehstrecke < 200 m).

nicht bei:

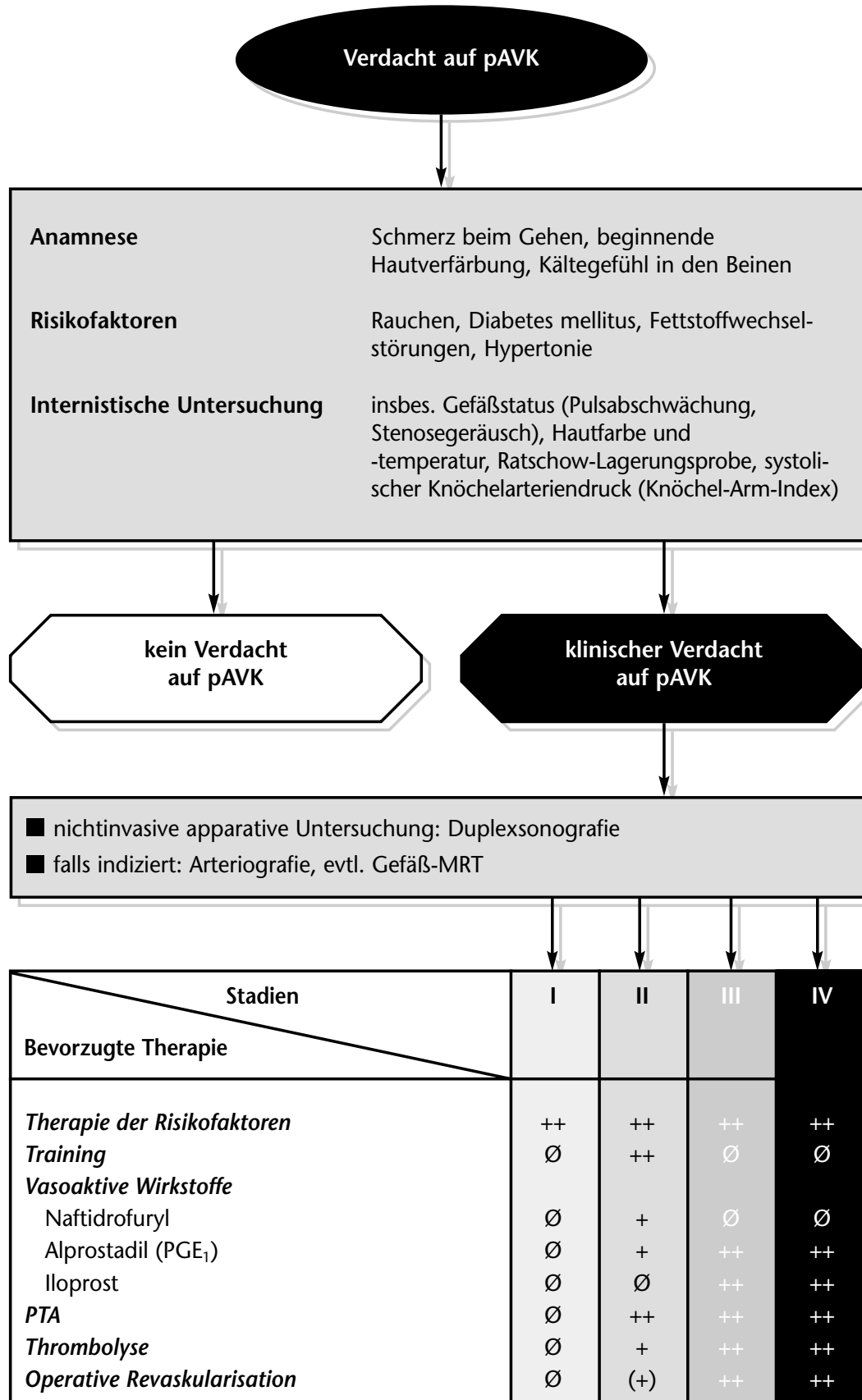
- manifester Herzinsuffizienz
- Beckenarterienverschluss

Tabelle 3: Wichtige allgemeine und lokale Maßnahmen zur Behandlung im Stadium IV nach Fontaine

- »Relative« **Bettruhe** zur Förderung der akralen Hautdurchblutung
- **Lagerung:** »freischwebende« Ferse, »Herzbett«
- **Lokalbehandlung ischämischer Defekte:** instrumentelle, medikamentöse, evtl. »biochirurgische« Wundreinigung, tägl. Verbandswechsel
- **Schmerztherapie:** Therapie von ischämischen Ruheschmerzen u. Schmerzen anderer Genese mit Nicht-Opioid-Analgetika, bei Bedarf Opioid-Analgetika, falls keine ausreichende Analgesie: Periduralanästhesie
- **Behandlung von Ödemen:** durch Beinflachlagerung (ggf. analgetisch erzwungen), Lokalbehandlung von Entzündungen
- **Antibiotika:** Bei klinischen Zeichen einer lokal massiven oder ascendierenden Infektion ist eine systemische antibiotische Therapie unter Berücksichtigung des Antibiotogramms indiziert. Die systemische Antibiotikabehandlung kann oral oder intravenös erfolgen. Die früher häufiger eingesetzte intraarterielle Gabe von Antibiotika zum Erreichen von hohen Antibiotikakonzentrationen und auch die retrograde intravenöse Applikation des Antibiotikums unter Tourniquet-Bedingungen werden heute nur noch ganz selten eingesetzt. Die lokale Anwendung von Antibiotika ist nicht indiziert!

AUF EINEN BLICK: PERIPHERE ARTERIELLE VERSCHLUSSKRANKHEIT

Abbildung 1: Synopsis zur Diagnostik und Therapie der pAVK



Udenotherapie

heilt das Gesundheitssystem!

Die am weitesten verbreitete Krankheit sei die Diagnose, schrieb einst der große Wiener Spötter Karl Kraus. In der Tat: Wie viele Fast-Gesunde wurden nicht dadurch zu Dauerpatienten? Denn die am seltensten angewandte Behandlung ist die Udenotherapie, die der große Zürcher Arzt Eugen Bleuler seinen Kollegen ebenso dringend wie erfolglos empfahl. Jetzt ist genau der richtige Zeitpunkt, sein Vorgehen der Vergessenheit zu entreißen. Es spart nämlich enorme Mittel ein, ohne den Patienten zu schaden.

Bleuler schildert das Verfahren in seinem noch immer hochaktuellen „Klassiker der Medizinkritik von innen“, dem 1919 zuerst erschienenen Buch „Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung“, das in fünfter Auflage (2000 bei Springer) noch zu haben ist. Nebenbei: Das witzig und temperamentvoll geschriebene Büchlein wird jedem Arzt Spaß machen, und zwischendurch erfährt man eine Menge über therapeutische Moden, das Verhältnis von Medizin und Quacksalberei, über Placebo und über die frühen Wurzeln von Qualitätssicherung und EbM.

„Udenotherapie“ leitet sich vom altgriechischen Wort *oudén* ab, was „durchaus nicht“ heißt. Und es bedeutet, dass der Arzt eine Behandlung unterlassen sollte, wenn sie nichts bringt; eine Empfehlung, die für das beginnende 20. Jahrhundert mit seinem unbedingten Glauben an die Allmacht der Medizin geradezu avantgardistisch erscheint. Typisch für den Arzt war ja eher die Pose des Titanen, der immer und überall das Ungeheuer Krankheit erfolgreich niederkämpft. Ins dreidimensionale Bild gesetzt hat das der Bildhauer Fritz Klimsch mit der Kalksteingruppe seines Virchow-Denkmal, das seit 1910 auf dem kleinen Karlplatz steht, dort, wo die Charitéstraße in die Luisenstraße mündet.

Dagegen nun Bleulers realistische Bescheidenheit: Wir Ärzte können längst nicht alles, möchten aber immer etwas tun in unserem Drang, den Patienten zu helfen, und fragen oft nicht nach, ob es ihm eigentlich nützt oder womöglich eher schadet. Denn unser autistisch-undiszipliniertes Denken, ein Wunschdenken, nimmt keine Rücksicht auf die Grenzen der Erfahrung und verzichtet auf eine Kontrolle der Resultate an der Wirklichkeit. Stattdessen, so Bleuler, solle man prüfen, ob eine Behandlung überhaupt sinnvoll ist, das heißt, besser, „als die Natur machen zu lassen“.

Gegen den Vorwurf des Nihilismus wehrt sich Bleuler: „Was ich aber scherzweise Udenotherapie genannt habe, ist etwas ganz anderes als der therapeutische Nihilismus, der dem faulen Fatalismus ähnlich ist. Sie will eine Therapie sein und nur das nicht machen, was nichts nützt und folglich schadet. Sie will genau prüfen, wo unsere Eingriffe etwas nützen können und da, wo nichts Gescheites zu machen ist, die Natur nicht stören, statt etwas Dummes oder, höflicher ausgedrückt, etwas Unbegündetes zu machen.“

Wie schwer die Udenotherapie Patienten zu vermitteln ist, die alle Molesten einfach beim Arzt abgeben wollen, war dem erfahrenen Psychiater sehr wohl bewusst. Nicht alle wollen ja wahrhaben, dass zum Beispiel ein Schnupfen mit Behandlung eine Woche dauert und ohne Behandlung sieben Tage. Und die Krankenversicherung gab's auch damals schon:

„Wenn man es gratis haben kann, so will man auch jedes kleine Wehwehchen behandeln lassen, solange das als etwas Gutes gilt. Und da die

kleinen Wehwehchen millionenfältig sind, kann eine solche Einstellung die ganze schöne Einrichtung der allgemeinen Krankenversicherung in eine schädliche Karikatur verwandeln, wenn nicht rechtzeitig einigermaßen festgestellt ist, wo die Behandlung nützlich, wo schädlich und wo gleichgültig ist.“

Und nun ist „die ganze schöne Einrichtung“ auch noch der Pleite nahe – weil in all den Jahrzehnten seit Bleuler kaum jemand die Warnung des hellsichtigen Arztes ernstgenommen hat. Er sah die Katastrophe kommen, die unausweichlich sei, wenn die blinde Medizinbetrieblichkeit nicht ein Ende hätte und wenn Ärzte wie Patienten ihr Denken und ihre Ansprüche nicht disziplinierten: „Außerdem kosten die meisten Eingriffe Zeit, Mühe und Geld, Dinge, die man nicht in den Tag hinein verschwenden sollte...“ Höchste Zeit also für (heute EbM genannte) Udenotherapie!

Rosemarie Stein

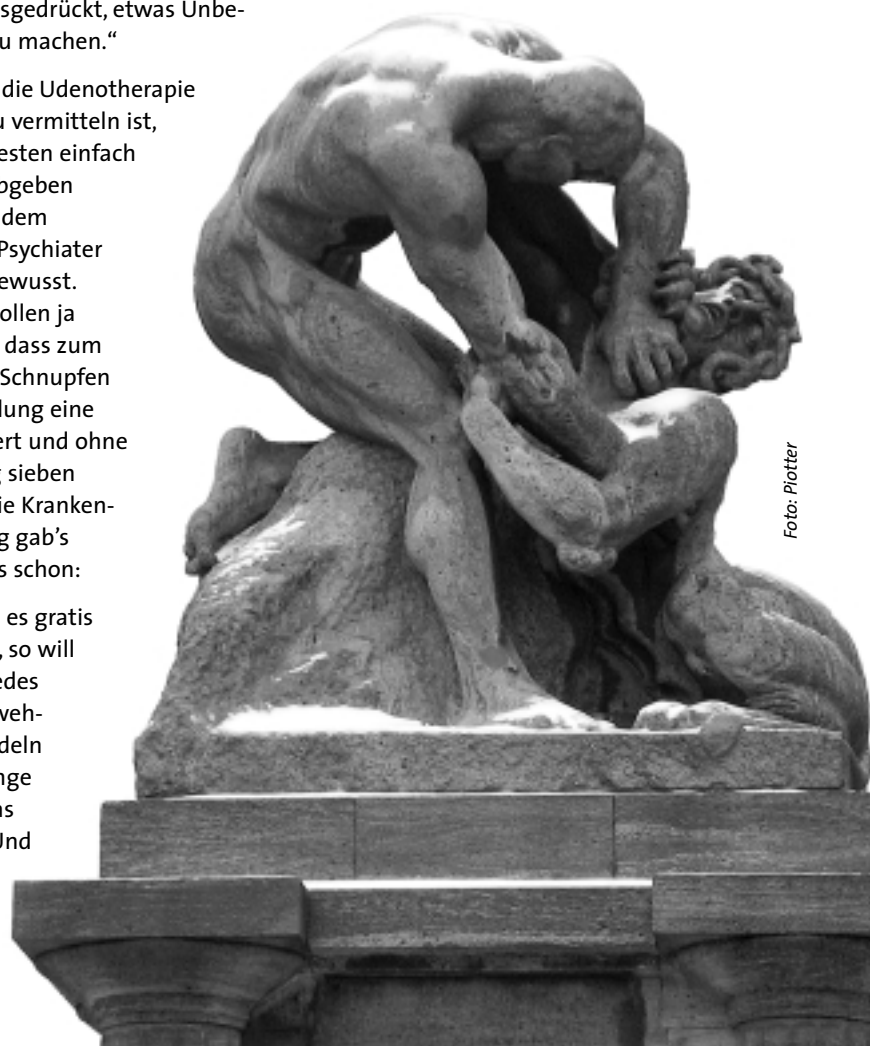


Foto: Piotter