

# Die Kunst des Ignorierens



Foto: Klaus Hemme

## Sybille Golkowski

*... ist Redakteurin der Zeitschrift BERLINER ÄRZTE und Leiterin der Öffentlichkeitsarbeit der Ärztekammer Berlin.*

**K**ürzer kann man es nicht sagen. Das T.S. Eliot-Zitat auf der Computertastatur in unserem Titelbild bringt eines unserer größten Probleme auf den Punkt: Die Fülle an Informationen, die uns täglich ungefiltert um die Ohren fliegen. Nun sollte man eigentlich meinen, dass jede zusätzliche Information nur von Segen ist, da sie uns Entscheidungen leichter macht und der Wahrheitsfindung näher bringt. Verblüffenderweise ist oft das Gegenteil der Fall. Wissen kann uns auch lähmen, es kann uns im „Einerseits/Andererseits“ gefangen halten und es uns schwerer machen, einen Standpunkt zu finden. Das mag bei philosophischen Fragestellungen kein Problem sein. Doch in der Medizin, in der schnelles Beurteilen und Handeln Leben retten kann, geht das nicht. So müssen Ärzte für sich Wege finden, das „Einerseits/Andererseits“ in Windeseile abzuschreiten und sich dann festzulegen. Bei zunehmender Ökonomisierung des Medizinbetriebs in Klinik und Praxis – in der Zeit ein knappes Gut geworden ist – gilt das umso mehr.

Gefragt sind deshalb Wege, mit deren Hilfe eine Vereinfachung von Entscheidung und Einordnung möglich ist. Der viel zitierte „klinische Blick“ ist zwar der Schlüssel, relevante Befunde und Informationen von irrelevanten zu unter-

scheiden. Wie dies systematischer als über die reine langjährige Erfahrung vonstatten gehen kann, steht im Mittelpunkt des Schwerpunktthemas unseres Juli-Heftes. Es beschäftigt sich mit so genannten „Heuristiken“, mit Methoden des Lernens und der Informationsaufnahme. Wenn sie gut sind, können sie helfen, neue Informationen schnell einer Kurzbeurteilung zu unterziehen und unwichtige Nebeninformationen erst einmal gezielt zu unterdrücken. Im ersten Beitrag zeigt der Allgemeinmediziner Norbert Donner-Banzhoff, Lehrstuhlinhaber an der Uni Marburg, wie er das Problem für sich gelöst hat. Dabei nennt er interessante Quellen, die Ärzten zur Information empfohlen seien. An dieser Stelle verweisen wir auch noch einmal auf unser Heft 5/2005, in dem wir in unserem Titelthema eine Fülle guter Informationsquellen gerade zur Arzneimitteltherapie aufgeführt haben. (Zu finden im BERLINER ÄRZTE-Archiv auf unserer Homepage [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de)).

Unser zweiter – zugegeben nicht ganz leicht verdaulicher – Beitrag nähert sich dem Thema von der lerntheoretischen Seite. Er stammt aus der Feder von Anja Dieckmann und Gerd Gigerenzer vom Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Unter dem frechen Titel „Macht Halbwissen klug?“ zeigen

sie, dass Entscheidungen oft auch dann von hoher Qualität sind, wenn der Betroffene nicht allzu viel über eine Sache weiß. Das mag überraschen, ist aber insofern richtig, als der Halbexperte unwichtige oder irritierende Nebeninformationen leichter ignorieren kann, da er sie gar nicht erst hat. Wie sie das meinen, führen Dieckmann und Gigerenzer anhand einiger Beispiele aus. Für schnelle Therapieentscheidungen empfehlen sie Entscheidungsraster, die es auch dem allseits informierten Spezialisten ermöglichen, Nebeninformationen zunächst einmal gezielt zu ignorieren.

Summa summarum zeigt sich hier mal wieder ein ironischer Nebeneffekt unserer technikunterstützten, arbeitsteiligen Welt: Wir gehen ins Fitnessstudio oder rennen durch den Park, um Bewegungen zu machen, die in unserem Alltag nicht mehr stattfinden. Und wir erfinden Entscheidungsbäume, die uns helfen, gezielt zu Ignoranten zu werden, um überhaupt noch handlungsfähig zu sein. Ein kleines Schmunzeln entlockt einem das schon.

Ihre

*Sybille Golkowski*

## EDITORIAL.....

**Die Kunst des Ignorierens**

Von Sybille Golkowski.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell* .....6**Mitteilungen aus dem Robert-Koch-Institut** .....9**Leserbriefe** .....11

## ARZT SEIN IN BERLIN....

**Eine Zierde fürs Auge**Portrait der Berliner Ärztin Gerhild König  
Von Thomas Loy .....20

## ZUM HERAUSNEHMEN...

**Die neue Berufsordnung der Ärztekammer Berlin** .....21

## BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

**Berliner Gesundheitspreis vergeben**

Fünf allgemeinmedizinische Praxen teilen sich den von AOK und Ärztekammer vergebenen Preis zur Hausarztmedizin der Zukunft.

Von Sybille Golkowski.....29

**Vermeidung von Medikationsfehlern in Klinik und Praxis**

Dieser Beitrag ergänzt unseren Themenschwerpunkt aus Heft 5/2005 zur Arzneimittelsicherheit. Was kann man tun, um Fehler bei der Verordnung



schon von vornherein auszuschließen?

Von Daniel Grandt und

Wilhelm Niebling.....32

## PERSONALIEN.....

**Zum 90. Geburtstag von Albert Schmauss**.....36**Helmut Kewitz wird 85** .....36**Zum Tode von Friedrich Wolter** .....37**Erich Saling zum 80ten** .....39

## TITELTHEMA .....

**Ärztliche Entscheidungsfindung**

Allgemeinmediziner benutzen aus Zeitgründen gern aufbereitete Quellen, um sich fachlich über Neuerungen zu informieren. Hier zeigen wir ein Vorgehen, das helfen soll, eine Quelle schnell einzuordnen und zu raschen Entscheidungen zu kommen.

Von Norbert Donner Banzhoff.....12

**Macht Halbwissen klug?**

Gerade in der Medizin ist es sinnvoll, Entscheidungen anhand vereinfachter Heuristiken zu treffen. Sie sind nicht schlechter als solche, denen komplizierte Rechenmodelle zugrunde liegen.

Von Anja Dieckmann und

Gerd Gigerenzer.....16

## FEUILLETON.....

**Wer erträgt schon zu viel Kind?**

„In meinem Kopf ist ständig Schlagzeug!“ rappt der kleine Junge mit ADHS-Syndrom. Das GRIPS-Theater – wie immer am Puls der Zeit – bringt diesen Sommer die Probleme des hyperaktiven Kindes und damit auch den Streit ums Ritalin auf die Bühne.

Von Rosemarie Stein ..... 38

**Impressum** .....46

Gewählt

## Arzt in der Parteipolitik angekommen

Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp, der Ärztliche Direktor des Unfallkrankenhauses Berlin, wurde Ende Mai in den CDU-Landesvorstand gewählt. Der im Marburger Bund engagierte Chirurg war lange Jahre Vorsitzender des Krankenhausausschusses und Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin. Mit ihm sprach Sybille Golkowski.

*Herr Prof. Ekkernkamp, als Ärztlicher Direktor des Unfallkrankenhauses Berlin haben Sie schon allerhand zu tun. Was treibt Sie in die Parteipolitik?*

Das Zukunftsthema Nummer Eins wird auch in den nächsten Jahren die Sicherung unserer sozialen Systeme sein. Wir Ärzte werden von allen Entscheidungen, die da getroffen werden, erheblich tangiert. Deshalb müssen wir die parteipolitische Richtungsdebatte darüber selbst mitgestalten, wenn sie vernünftig laufen soll.

*Wie bekommen Sie Ihre Ämter unter einen Hut? Der Tag hat doch nur 24 Stunden?*

Das werden wir schon sehen, einfach wird es nicht.

*Die Morgenpost zitiert Sie mit dem Wunsch, dass Vivantes und Charité ihre Ressourcen besser aufeinander abstimmen*



Foto: Aevermann

*sollten. Wie kann das unter Marktkonkurrenten im Haifischbecken gelingen?*

Wenn man eine Klinik vernünftig betreiben will, muss man ausreichend investive Mittel bereitstellen können. Doch das Land Berlin ist damit überfordert, sowohl Vivantes als auch die Charité so auszustatten, dass alle vernünftig aufgestellt sind. Eine Fokussierung und Abstimmung der Kräfte ist deshalb im Sinne aller unvermeidbar.

*Sie plädieren dafür, dass Vivantes lukrative Unternehmensteile verkaufen sollte. Hier kann leicht der Eindruck entstehen, Sie hätten nichts dagegen, wenn das Unternehmen abgewickelt wird.*

Achtung!

## Ärzte in der dreijährigen Weiterbildung Allgemeinmedizin sollten bis Jahresende ihre Prüfung ablegen!

Seit dem 23.4.1999 (3. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin vom 30. November 1994) ist für die Facharztqualifikation im Gebiet Allgemeinmedizin eine fünfjährige Weiterbildungszeit erforderlich.

Ärztinnen und Ärzte, die vor dem obigen Datum mit der damals noch dreijährigen Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin begonnen haben, können diese bis zum 22. 4. 2007 unter den dafür in der Weiterbildungsordnung genannten Bedingungen abschließen.

Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass gemäß § 95 a Sozialgesetzbuch V, ab dem 1. Januar 2006 als Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte die abgeschlossene fünfjährige Weiterbildung nachzuweisen ist. Diese Regelung ist bindend und kann nicht unter Hinweis auf die längeren Fristen des Weiterbildungsrechts der Ärztekammer Berlin ausgelegt werden.

Da für Ärztinnen und Ärzte mit der dreijährigen Gebietsweiterbildung eine Eintragung in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung vor dem Jahresende 2005 erfolgen muss, ist das rechtzeitige Ablegen einer entsprechenden Facharztprüfung erforderlich.

Hinsichtlich Ihrer Fragen zu Prüfungsterminen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Referates Ärztliche Weiterbildung gerne unter den im Internet angegebenen Telefonnummern zur Verfügung.

Sollten Sie Fragen zum Zulassungsrecht, insbesondere zu Zulassungsterminen, haben, wenden Sie sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin.

Nein, das Gegenteil ist der Fall! Vivantes muss sich so verschlanken können, dass es am Markt gut bestehen kann. Eine Veräußerung von Unternehmensteilen wird da unabdingbar sein. Man darf die Augen nicht davor verschließen, dass das Land nicht in der Lage ist, sich gleich stark für Vivantes und für die Charité zu enga-

gieren. Eine solche Entscheidung würde mit Sicherheit zugunsten der Charité ausfallen. Für Vivantes werden Teilverkäufe deshalb eine pure Überlebensstrategie sein. Es nützt nichts, sich da etwas vorzumachen.

*Professor Ekkernkamp, wir bedanken uns für das Gespräch.*

*Es wird höchste Zeit!*

## Einstellungstermine für Auszubildende zur Arzthelferin

Die Neueinstellung von Auszubildenden zur Arzthelferin sollte in diesem Herbst zum 1.8., 8.8. oder 15.8.2005 erfolgen, da die Schule in Berlin bereits am 8. August beginnt. Auszubildende, die nach dem 30. September 2005 eingestellt werden, werden ihre Abschlussprüfung nicht im Juli 2008 absolvieren können, da dann die vom Berufs-

bildungsgesetz vorgeschriebene Ausbildungszeit zur Prüfungsanmeldung nicht erreicht wird. Dennoch ist eine frühere Einstellung von Auszubildenden direkt nach den Sommerferien sinnvoll, da dann die Berufsschulklassen neu beginnen.

Darüber hinaus gilt, dass bei Einstellungen, die nicht zu Halbjahresbeginn erfolgen, die Berück-

sichtigung von Praxiswünschen für die Schultage schwieriger ist. Hierfür ist es am günstigsten, den Ausbildungsvertrag so früh wie möglich abzuschließen und dann bereits die Anmeldung an der Berufsschule zu veranlassen.

Bei der Einstellung von Auszubildenden sind die Änderungen des Berufsbildungsgesetzes zum 1. April dieses Jahres zu beachten, insbesondere ist es nun möglich, die Probezeit auf vier Monate festzulegen.

Entsprechende Informationen erhalten Sie mit den Unterlagen zur Einstellung von Auszubildenden von der Ärztekammer Berlin.

Ansprechpartner sind Frau Jasper Tel. 40806-2204 oder Frau Hartmann Tel. -2203.

## Suchen Sie noch eine Auszubildende?

Bei der Ärztekammer gibt es auf der Homepage seit einigen Jahren eine Ausbildungsplatzbörse für Arzthelferinnen. Neben der Praxis, dem Einstellungsdatum und einer Kontaktmöglichkeit können auch besondere Wünsche zu der potenziellen Auszubildenden angegeben werden.

Die Meldung von freien Stellen ist per Mail unter [onlineredaktion@aekb.de](mailto:onlineredaktion@aekb.de) oder telefonisch bei Frau Jasper bzw. Frau Hartmann unter 40806-2204/-2203 möglich.



## Hertha Nathorff-Preis verliehen

Den Preisträgern des von der Ärztekammer Berlin verliehenen Hertha Nathorff-Preises gratulierte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz (2. v. re.) Ende Mai auf einer Festveranstaltung an der TU. Seit 10 Jahren zeichnet die Kammer damit die drei besten Magisterarbeiten jedes Jahrgangs am Aufbaustudiengang Public Health aus. Der Preis wurde nach der jüdischen Ärztin Hertha Nathorff benannt, die in den 30er Jahren auf der Flucht vor den Nazis in die USA emigrieren musste.

Den ersten Preis im Wert 1000 € bekam die Soziologin Kerstin Schmittke (li.) für ihre Arbeit über die Lebenslagen von Berliner Sozialhilfeempfängern. In ihrer Untersuchung konnte sie zeigen, dass diese in verschiedenen Stadtvierteln erheblich voneinander abweichen.

Platz 2, dotiert mit 750 €, belegten gleich zwei Absolventen. Die am IQWiG beschäftigte Sozialpädagogin Anne Katrin Stich (re.) befragte Arbeitslose nach ihrer subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit.

Der Pädiater Dr. Christoph Klose (ebenfalls 750 €) untersuchte das Zusammenspiel

von psychosomatischer Rehabilitation und der ambulanten Psychotherapie. In einer Vollerhebung zweier Patientenjahrgänge (zusammen 1284 Personen) klärte er ab, ob psychosomatische Rehabilitation nach ambulanter Vorbehandlung auf 2 Wochen verkürzt werden kann.

### Druckfrisch

## Info-Broschüre über „Illegale“

Eine Informationsbroschüre für Ärzte zum Umgang mit Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus hat jetzt das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe herausgebracht. Die Broschüre entstand mit Unterstützung der Ärztekammer Berlin. Das Faltblatt gibt erste Orientierungshilfen zur rechtlichen Situation und bietet Tipps, wie Ärzte mit illegalen Patienten umgehen können. Solange der Vorrat reicht, kann die Broschüre – auch in größerer Stückzahl zur Verteilung unter ärztlichen Kollegen – bestellt werden bei der Ärztekammer Berlin, z. Hd. Frau Scholz, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin, E-Mail: [petra.scholz@aekb.de](mailto:petra.scholz@aekb.de), Tel. 40 80 6-1001.

## Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

**St. Marien-Krankenhaus** Dr. med. Peter Kuhly ist seit dem 1. März 2005 neuer Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin des St. Marien-Krankenhauses in Berlin-Lankwitz. Peter Kuhly war seit 1997 leitender Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie im Unfallkrankenhaus Berlin. Seine Vorgängerin, Dr. med. Irmgard Paré, ging in den Ruhestand.

**St. Gertrauden-Krankenhaus** Am 1.4.2005 hat Prof. Dr. med. Jens-Uwe Blohmer die Chefarztposition in der Abteilung Gynäkologie übernommen. Blohmer, zuvor Leiter des Brustzentrums des St. Gertrauden-Krankenhauses City, trat damit die Nachfolge von Professor Dr. med. Günter Scholtes an, der bis Ende März 2006 das Krankenhaus als Ärztlicher Direktor führen wird und sich anschließend in den Ruhestand verabschiedet.

**Charité, Virchow-Klinikum** Am 13.04.2005 verstarb Prof. Dr. Christian Hartmann, ehemaliger Chefarzt der Augenklinik am Standort Virchow-Klinikum. Die Nachfolge hat Prof. Dr. med. Karl-Heinrich Velhagen übernommen. Er war bislang Oberarzt und stellvertretender Chefarzt der ehemaligen Augenklinik Charité Mitte.

**Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg** Seit 1.5.2005 ist Dr. Andreas Weskott neuer Chefarzt der Klinik für Chirurgie, Visceral- und Unfallchirurgie. Er war bereits zuvor als Oberarzt an dieser Klinik tätig. Sein Vorgänger, Dr. med. Ulrich Kleine, verließ die Position aus gesundheitlichen Gründen.

**Elisabeth Klinik** Prof. Dr. med. Hans-Peter Berlien, bislang Chefarzt der Klinik für Lasermedizin am Vivantes Klinikum Neukölln, wechselte mit seiner Mannschaft zum 1. Juli 2005 an die Elisabeth-Klinik, die damit erstmals eine Abteilung für Lasermedizin betreibt. Die Lasermedizin am Klinikum Neukölln wurde zur Jahresmitte geschlossen.

**Krankenhaus des Maßregelvollzuges** Die 2. Forensische Abteilung (§ 63 StGB) des KMV am Olbendorfer Weg wird seit 1. Juli 2005 von Dr. med. Jens Köhler chefarztlich geleitet. Dr. Köhler, ehemals Oberarzt im Bereich KMV Suchterkrankungen (§ 64 StGB), löste Dr. med. Ulrich Giese ab, der sich in den Vorruhestand verabschiedete.

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](mailto:e.piotter@aekb.de) oder [s.golkowski@aekb.de](mailto:s.golkowski@aekb.de)



Mammografie-Screening

## Start in Berlin zum 1. Januar 2006 fraglich

Weil sich die Selbstverwaltung nicht einigen kann, hängt Berlin beim bundesweiten Programm zum Mammografie-Screening hinterher. Eigentlich sollen ab dem 1. Januar 2006 alle Frauen zwischen dem 51. und 70. Lebensjahr alle zwei Jahre Anspruch auf eine Mammografie haben. So wurde es im Juni 2002 vom Deutschen Bundestag parteiübergreifend beschlossen. Doch während in vielen anderen Bundesländern die notwendige Infrastruktur schon aufgebaut ist und das Programm beginnen könnte, sind in Berlin die Verhandlungen über die Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur ins Stocken geraten, wie Mitte April 2005 beim 1. Interdisziplinären Krebskongress bekannt wurde.

Wenn das Mammografie-Programm erst einmal läuft, werden jährlich etwa 220.000 Berlinerinnen aufgefordert, sich einer solchen Untersuchung zu unterziehen. Um diese Aufgabe organisatorisch bewältigen zu können, wurde Berlin (wie auch der Rest des Landes) in Regionen aufgeteilt, in denen sich besonders qualifizierte Radiologen für die Durchführung der Mammografien bewerben können. Dazu braucht es eine Zentralstelle. Bis zu Beginn dieses Jahres war man davon ausgegangen, dass diese Zentralstelle bei der KV angesiedelt werden würde. Nach verschiedenen Abstimmungsproblemen und Rangeleien mit den Kassen bezüglich der Besetzung und Aus-



stattung der Zentralstelle lehnte die KV jedoch dankend ab.

Sie wird zwar weiterhin das Auswahlverfahren für die Vergabe der vier regionalen Einheiten mitbestimmen, die Zentralstelle muss nun voraussichtlich vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) übernommen werden. Dies ist allerdings noch längst nicht abschließend geklärt, geschweige denn organisatorisch in die Wege geleitet. Erst wenn diese Einrichtung ihre Arbeit aufgenommen hat, können die Regionen ausgeschrieben, die Bewerber geprüft und die Patientinnen eingeladen werden. „Seit dem letzten Sommer haben wir mit den Kassen verhandelt. Die Selbstverwaltung hätte die Vorarbeit schon längst erledigen müssen“, klagt die Pressesprecherin der KV Berlin, Annette Kurth. So wird es immer unwahrscheinlicher, dass das Mammografie-Programm zum 1. Januar 2006 starten kann. *rühm*

### Korrektur

Im Heft 6/2005 haben wir bei unserem Bericht vom Deutschen Ärztetag unter das Statement der Berliner Delegierten Dr. med. Svea Keller versehentlich geschrieben, sie sei niedergelassene Augenärztin in Prenzlauer Berg. Wir möchten richtigstellen, dass Frau Dr. Keller seit dem 1.7.2003 nicht mehr niedergelassen ist. *Die Red.*

## Bei stationärer Behandlung

### Kostenübernahme durch die Krankenkassen

Die Sozialgerichte – auch das Bundessozialgericht (BSG) – haben in mehreren Urteilen die grundsätzliche Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen bei stationärer Behandlung eines Versicherten festgestellt. Sie machten deutlich, dass eine Zahlungsverweigerung an klare Regeln und Grenzen gebunden ist. Für Ärztinnen und Ärzte sind die Urteile von Bedeutung, weil sie die Eigenständigkeit und Verantwortung des behandelnden Krankenhausarztes bei der Entscheidung über Aufnahme und Verbleib eines Patienten im Krankenhaus deutlich hervorheben.

Das Sozialgericht Hannover hat im August 2003 (Az: S 4 KR 467/00) eine Krankenkasse zur Zahlung von insgesamt vier Tagen für einen Patienten mit kardiovaskulären Störungen verpflichtet, der über die Notaufnahme aufgenommen worden war. Die Krankenkasse wollte nur die ersten beiden Tage zahlen. Der wohl wesentliche Grund für das Urteil zugunsten des Krankenhauses ist ein formaler, aber nicht unbedeutender: Die Krankenkasse wollte den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) einschalten und forderte von der Klinik den Entlassungsbericht an – allerdings ohne Begründung. Das Gericht stellte fest, dass eine Begründung – also Zweifel an der Notwendigkeit der (verlängerten) Krankenhausbehandlung – unbedingt erforderlich

ist. Die Krankenkasse muss konkrete Anhaltspunkte mitteilen, die gegen eine Fortsetzung des stationären Aufenthalts sprechen – oder gesprochen hätten.

Das Gericht weist auf die Bedeutung der Einschätzung durch den behandelnden Arzt oder Ärztin hin: In diesem Fall hielt der Arzt die Verlängerung des Aufenthaltes für notwendig, da eine Versorgung des Patienten unter häuslichen Bedingungen nicht gewährleistet war. Wörtlich: „Bei den unklaren myocardialen EKG-Veränderungen habe ein beträchtliches Risiko von Spätschäden durch zu spätes Eingreifen bestanden.“ Zweifelt die Krankenkasse an der Einschätzung des behandelnden Arztes, so muss sie hierfür sehr konkrete Gründe vorbringen. Das Gericht gibt damit dem ärztlichen Urteil den Vorrang und hebt die Verantwortung hervor, die der Arzt für seine Patienten trägt.

Im zweiten Urteil geht es auch um die Kostenübernahme für eine Aufenthaltsverlängerung; allerdings handelt es sich hier um einen sehr viel längeren Krankenhausaufenthalt bei psychiatrischer Diagnose (Bundessozialgericht – Az.: B 3 KR 18/03 R). Auch hier bejaht das Gericht die Zahlungsverpflichtung des Versicherungsträgers. Die Krankenkasse hatte argumentiert, eine ambulante Weiterbehandlung sei möglich und vertretbar gewesen, weil sich der Zustand

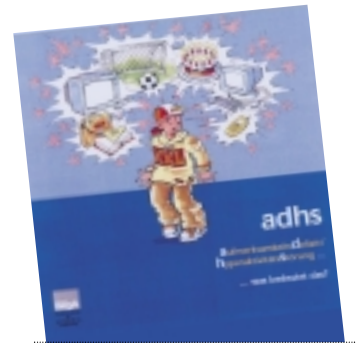
des Patienten mittlerweile stabilisiert habe. Dies sei auch durch ein Gutachten des MDK bestätigt. Dem Gericht genüge diese Begründung nicht: Die Krankenkasse hätte nicht nur theoretisch-abstrakt, sondern konkret und nachvollziehbar ambulante Behandlungsalternativen aufzeigen müssen. Erst dann könne der behandelnde Arzt einschätzen, ob eine Entlassung des Patienten zu verantworten sei.

Die Bedeutung der ärztlichen Einschätzung der Lage wird auch in diesem Urteil hervorgehoben: Das BSG betont die zivilrechtliche und strafrechtliche Verantwortung des Krankenhausarztes. Die Entscheidung des behandelnden Arztes für einen weiteren stationären Aufenthalt ist von der Krankenkasse zu akzeptieren, es sei denn, diese Entscheidung steht im Widerspruch zur „allgemeinen oder besonderen“ ärztlichen Erfahrung oder „verletzt medizinische Standards“. Insofern muss die Krankenkasse gewichtige, konkrete Gründe haben, um entgegen der ärztlichen Entscheidung die Zahlung zu verweigern. *jab*

## Behandlungszentrum

### Christian Pross geehrt

Für seine Verdienste als Mitbegründer und Leiter des Behandlungszentrums für Folteropfer, aber auch für seine Forschungen und Publikationen zur Geschichte des ehemaligen Krankenhauses Moabit wurde Dr. med. Christian Pross vom Bezirk Mitte mit der Bezirksdienstmedaille ausgezeichnet. Anfang der 80er Jahre begab er sich auf Spurensuche nach der Geschichte der jüdischen Ärzte, die bis 1933 im Krankenhaus Moabit arbeiteten. 1990 konnte er mit Hilfe des Berliner Senats und des Deutschen Roten Kreuzes ein Behandlungszentrum für Folteropfer gründen. Jährlich werden dort etwa 500 Patienten behandelt.



### Zappelphillipp

Eine Broschüre über das ADHS-Syndrom hat das Bundesinstitut für gesundheitliche Aufklärung jetzt herausgebracht. Sie erschien unter dem Titel: „Zappelphillipp und Traumsuse – Orientierung und Hilfe für Eltern“. Die Broschüre gibt Eltern und Angehörigen betroffener Kinder Informationen über Standards der Diagnosestellung und über unterschiedliche Behandlungsansätze. Inhaltlich folgt die Informationsschrift der Konsensuskonferenz aus dem Oktober 2002, bei der sich das Bundesgesundheitsministerium mit führenden Experten auf wesentliche Qualitätsstandards verständigt hat.

Sie kann kostenlos bestellt werden bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln Fax: 0221/ 8992 257, E-Mail: order@bzga.de.

## Rente für nichteheliche Lebenspartner

BERLINER ÄRZTE 6/2005

### Zum Leserbrief Cordes/Hetzler

Die Kolleginnen kann ich insofern verstehen, als es gegenüber der Ärzteversorgung durchaus attraktivere Anlageformen gibt. Mit der Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht war die Auflage verbunden, einer gleichwertigen Alterssicherung beizutreten. Diesen Schritt haben wir uns überlegt. So auch den Verzicht auf den staatlichen Sicherungsschutz. Das bedingt eine sorgfältige Anlagepolitik der Beiträge und einen behutsamen Umgang mit Leistungsansprüchen. Sicher wird jeder von uns im Bekanntenkreis Partnerschaftsverhältnisse aufbauen können, um Versorgungsansprüche weiterzureichen. Zu Ende gedacht sprengt ein solches Vorgehen das System. Das ist keine Besitzstandsfrage, sondern existenziell für den Erhalt der Ärzteversorgung und Verantwortung für künftige Ärztegenerationen. Leistungen müssen beitragsbezogen, Umverteilungsvolumen, das heißt Leistungen ohne Beitragsbezug, gering sein, soll das System funktionieren. Das schließt Ansprüche gegenüber der Ärzteversorgung aus Partnerschaften aus. Ergänzend sei erwähnt, dass Rentenansprüche keinen Almosencharakter haben. Mit jedem Beitrag entsteht ein unmittelbarer beitragsbezogener Leistungsanspruch. Eine andere Interpretation ist mit dem Versicherungsprinzip nicht vereinbar.

*Dr. med. Wolfgang Renner, 12099 Berlin*

## Inkontinenz

BERLINER ÄRZTE 6/2005

Als einer derjenigen, die sich für einen neuen Schwerpunkt Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie in unserem Fachgebiet einsetzen und der einen Teil des Berliner Marktes kennt, bin ich sehr erstaunt, ja eigentlich enttäuscht über die Zusammenstellung, die hier den Berliner Ärzten bezüglich Inkontinenz vorgesetzt wird: Skotome bei der Darstellung, selektive Wahrnehmung oder Manipulation sind die möglichen Interpretationsansätze eines solchen Artikels – sowohl im Text als auch in der Tabelle.

Ich stelle fest, dass zum Beispiel das Zentrum hier in Neukölln mit einem auf diesem Sektor habilitierten Gynäkologen nicht einmal der Erwähnung wert ist. Er ist dafür in Projekte der EG eingebunden, d.h. er ist nicht nur pekuniär interessiert, sondern auch wissenschaftlich auf dem Gebiet tätig. Dabei möchte ich nicht behaupten – dafür fehlt mir das Maß – dass hier die höchste Qualität vorgehalten wird, obwohl ich persönlich davon ausgehe, sondern dass sehr bewusst – denn er ist bekannt – ein Bogen um ein qualifiziertes Zentrum gemacht wird, vielleicht um ganz Vivantes. (...) Im Übrigen bin ich der Meinung, dass es noch mehr Zentren auf diesem Gebiet gibt, die wenigstens so gut wie die erwähnten sind. (...)

*Prof. Dr. med. Klaus Vetter, 12351 Berlin*

*Auf Anregung von Prof. Vetter hat die Redaktion noch weitere Zentren in den Übersichtskasten der Internetversion des Themenschwerpunkts eingefügt. Zensur war keinesfalls der Grund für das Fehlen – der Markt ist vielmehr intransparenter als viele denken.*  
*Die Red.*



TITELTHEMA



# Ärztliche Entscheidungsfindung

Überleben im Zeitalter  
der Information

*von Norbert Donner-Banzhoff*



**SCHNELLER ENTSCHEIDEN DURCH VEREINFACHUNG:** EINFACHE REGELN HELFEN MENSCHEN, IN KOMPLEXEN SITUATIONEN MIT VIELFÄLTIGEN, SICH TEILWEISE WIDERSPRECHENDEN ANFORDERUNGEN, ZU BESTEHEN. GERADE WENN ENTSCHEIDUNGEN SCHNELL GETROFFEN WERDEN MÜSSEN, SIND HEURISTIKEN AUF DER BASIS BEGRENZTER, LEICHT ERREICHBARER INFORMATIONEN MINDESTENS SO AUSSAGEKRÄFTIG UND VERLÄSSLICH WIE KOMPLIZIERTE UND UMFASSENDE ENTSCHEIDUNGSSYSTEME. DIES HABEN FORSCHUNGEN AUS ÖKONOMIE, PSYCHOLOGIE UND MEDIZIN GEZEIGT (U.A. GERD GIGERENZER). DIESER UND DER FOLGENDE BEITRAG BESCHÄFTIGEN SICH MIT DER MÖGLICHKEIT, SCHNELLE ENTSCHEIDUNGEN DURCH „WEGLASSEN“ ZU TREFFEN.

## HUNGER IM ÜBERFLUSS

Eine für Ärzte und ihre Patienten besonders schwierige Herausforderung stellt die Überflutung mit medizinischer Information dar. Anzeigen, Drucksachen und Firmenvertreter, eine Vielzahl von Zeitschriften (viele davon rein anzeigenfinanzierte „Streuzeitschriften“), Fachvorträge, Gespräche mit Kollegen, zunehmend auch die Recherche in web-basierten Datenbanken, all dies hinterlässt ein Gefühl der Hilflosigkeit mitten im Überfluss.

Dabei ist nicht nur die schiere Menge ein Problem, sondern auch der generelle Verdacht einer verzerrten und interessen-gesteuerten Information. Viele Kollegen resignieren und geraten in einen passiven Lern-Modus, anstatt aktiv Antworten auf die Fragen zu suchen, die sich aus ihrer eigenen Praxis ergeben.

Die Bewegung für Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist angetreten, Ärztinnen und Ärzte zu aktiven Informations-Managern zu machen. Von David Sackett wurde die klassische Abfolge postuliert: Formulierung einer beantwortbaren Frage – Recherche der besten Evidenz – Kritische Lektüre einer einschlägigen wissenschaftlichen Arbeit – Handeln entsprechend der Evidenz – Evaluation des eigenen Verhaltens. Damit soll ärztliches Handeln in möglichst hohem Maße auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, genauer: Klinischen Studien, beruhen.

Untersuchungen zeigen jedoch, dass Hausärzte nur einen geringen Teil der Fragen, die sie sich aus der Praxis heraus stellen, weiterverfolgen. Und selbst in EbM gut geschulte Ärzte können schon aus Zeitgründen nur einen Teil ihrer Fragen nach dem Sackett'schen Schema beantworten.

Sie benutzen in hohem Maße „aufbereitete Quellen“, das heißt solche, welche die wissenschaftliche Literatur in leicht zugänglicher Form darstellten. Außerdem benutzen sie „Abkürzungen“, das heißt einfache Faustregeln (Heuristiken), die zwar vorläufig und fehlerbehaftet sind, aber immerhin eine rasche Entscheidung patientenbezogener Fragen ermöglichen.

## HILFE FÜR DIE PRAXIS

Ich möchte hier eine Heuristik vorstellen, die aus lediglich drei Kriterien besteht. Sie hilft, Behauptungen kritisch zu beurteilen, beispielsweise zur Wirksamkeit einer Therapie. Dabei verbindet sie Suchregeln mit solchen der kritischen Beurteilung und erlaubt den frühzeitigen Abbruch einer Recherche. Sie ist anwendbar, wenn Ärzte aktiv nach der Antwort auf eine Frage suchen (z.B. Häufigkeit einer gravierenden Erkrankung bei einem bestimmten Patienten), aber auch wenn sie ungefragt mit Wirksamkeitsbehauptungen konfrontiert werden (z.B. beim Durchblättern einer Zeitschrift). Dabei beziehe ich mich überwiegend auf die hausärztliche Praxis, die eine besondere Schwierigkeit darstellen. Denn hier treffen

- ◆ Zeitdruck
- ◆ Probleme in großer Zahl und
- ◆ wenig differenzierter Art

zusammen. Hausärzte sind besonders herausgefordert, da sie über eine sehr große Zahl von Maßnahmen so gut Bescheid wissen müssen, dass sie ihre Patienten beraten und Entscheidungen zum Beispiel über eine Indikation treffen können, auch wenn die Maßnahmen nicht von ihnen selbst, sondern von entsprechenden Spezialisten durchgeführt werden.

## NÜTZLICHE QUELLEN

Aus Zeit- und Kostengründen besorgen wir uns nur in Ausnahmefällen eine wissenschaftliche Originalpublikation. Meist bedienen wir uns einer „aufbereiteten“ Quelle. Jeder kennt die „Rote Liste“; allerdings weiß nicht jeder Benutzer, dass diese lediglich vom jeweiligen Hersteller gelieferte Daten enthält; auch lassen nicht alle Firmen ihre Produkte dort erscheinen (kostenpflichtig für Hersteller). Die offiziellen „Fachinformationen“ der forschenden Pharmahersteller sind Fachkreisen inzwischen ebenfalls im Web zugänglich. Thematisch ähnlich ausgerichtet, aber mit einer kritischen Tendenz, ist das „Transparenz-Telegramm“. Das monatlich erscheinende „Arzneitelegramm“ sowie eine strukturierte Datenbank sind ebenfalls im Web zugänglich.

Seit einigen Jahren erscheint im Verlag des British Medical Journal das Jahrbuch „Clinical Evidence“, das die Evidenz aus systematischen Übersichtsarbeiten und kontrollierten Studien zu vielen klinisch relevanten Fragen referiert; von diesem Werk erscheint jährlich eine deutsche Übersetzung (Kompendium der Evidenz-basierten). Systematische Übersichtsarbeiten nach einem transparenten Schema hat sich die weltweite „Cochrane Collaboration“ zum Ziel gesetzt, allerdings ist der Zugang kostenpflichtig bzw. auf Universitäten und Fachgesellschaften mit einer Lizenz begrenzt. Ausgesprochen hilfreich ist PUBMED, eine öffentlich zugängliche Version der Datenbank MEDLINE, die immerhin die Abstracts von weltweit verbreiteten medizinischen Zeitschriften kostenlos zugänglich und recherchierbar macht.

## TENDENZEN UND VERFÄLSCHUNGEN

Erfahrene Benutzer wissen, dass jede dieser aufbereiteten Quellen tendenziös ist. So versuchen Hersteller, ihre Produkte in ein vorteilhaftes Licht zu rücken. Sucht man beispielsweise in der Roten Liste nach spezifischen Nebenwirkungen eines Medikaments, muss man sich mit kryptischen Verschlüsselungen auseinandersetzen. Arznei- bzw. Transparenz-Telegramm dagegen liefern umfassende

Informationen über Nebenwirkungen und stellen diese ganz in den Vordergrund. Bei jeglichen medizinischen Medien lassen sich grundsätzlich zwei Arten von Tendenzen (bzw. Verfälschung – engl. „Bias“) unterscheiden. Den einen nenne ich „Techno-Enthusiasten“-Bias (Technologie bezieht sich hier auf jede medizinische Aktivität). Den deutlichsten Bias dieser Art können wir von den Herstellern von Medikamenten oder anderen Produkten erwarten.

Mit entsprechender Vorsicht gehen wir an Werbeunterlagen, Rote Liste oder Fachinformationen heran. Aber auch von einem Kliniker, der eine Studie zu einem Medikament geleitet hat und jetzt auf einem Satelliten-Symposium (meist gesponsert vom Hersteller) das Medikament preist, können wir einen solchen Bias annehmen. Letztlich sind aber alle Ärzte „Techno-Enthusiasten“, da wir mit wirksamen Technologien unsere eigene Arbeit wirksamer machen; deshalb übergehen wir gern Hinweise auf die Fehlermöglichkeiten und Grenzen unserer Maßnahmen. Das Gegenteil stellt der „Techno-Kritiker“-Bias dar. Ihn finden wir zum Beispiel im Arznei-Telegramm und im Arzneimittelbrief, die Neuerungen im Medikamenten-Bereich sehr kritisch sehen und nur selten positive Empfehlungen aussprechen. Eine ähnliche Tendenz ist bei der Pharmakotherapie-Beratung einer KV zu erwarten.

### DIE ERSTE FRAGE



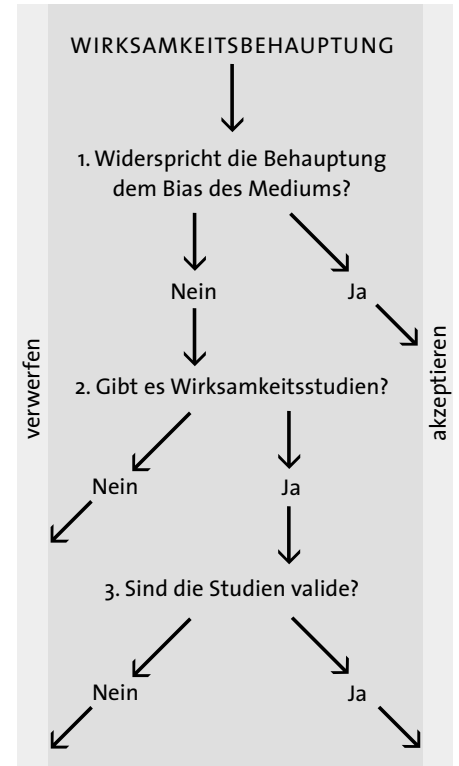
Die erste Frage (Kriterium), die wir uns im Zusammenhang mit einer Wirksamkeitsbehauptung stellen, nutzt den oben beschriebenen Bias gezielt aus.

Die Behauptung kann das Ergebnis einer Recherche in einer der zuvor genannten Quellen sein, sie mag sich aber auch zufällig bei der Lektüre ergeben. Wir fragen uns also:

### WIDERSPRICHT DIE BEHAUPTUNG DEM BIAS DES MEDIUMS?

Wenn ich zum Beispiel im Arzneimittel-Telegramm mit seinem „Techno-Kritiker“-Bias die Empfehlung für ein bestimmtes Medikament finde, nehme ich eine

Abb.: Algorithmus zur Informationssuche und -bewertung



gute Studienevidenz an und gehe von der Richtigkeit dieser Behauptung aus.

Gegenbeispiel: Ich lese in der Fachinformation (Herstellerangabe!) für den Cholesterin-Aufnahme-Hemmer Ezetimib, dass es bisher keine kontrollierten Langzeitstudien gibt, welche die Wirkung von Ezetimib bei der Vorbeugung von Komplikationen einer Arteriosklerose belegen. Es ist für dieses Präparat also nur nachgewiesen, dass es den Cholesterin-(LDL)-Spiegel senkt; ob tatsächlich Erkrankungen verhindert oder Leben verlängert wird (klinisch relevante Endpunkte), ist also unklar.

Auch diese Behauptung akzeptiere ich ohne weitere Recherche, da sie dem (Techno-enthusiastischen) Bias der Quelle widerspricht. Das Kriterium ist uns auch aus anderen Lebensbereichen vertraut, etwa politischen Äußerungen.

Sie brauchen keine Recherche durchzuführen, um die erste Frage zu beantworten; allerdings müssen Ihnen die Quellen vertraut und vor allem ihr typischer Bias bewusst sein. Häufiger ist natürlich der Fall, dass eine Behauptung auf der Linie des Bias des jeweiligen Mediums liegt; dann muss weiter recherchiert werden.

DIE ZWEITE FRAGE



Die nächste Frage lautet dann:

**GIBT ES WIRKSAMKEITS-STUDIEN?**

Wirksamkeitsstudien lassen sich am besten vom Gegenteil her verstehen: (Tier-) experimentelle Studien zur Pathophysiologie, pharmakokinetische Studien, nicht systematische Übersichtsartikel, Anwendungsbeobachtungen ohne Kontrollgruppe – all diese Studien helfen uns nicht bei der Beurteilung der Wirksamkeit.

Positiv gesagt, schließen Wirksamkeitsstudien Patienten mit der interessierenden Erkrankung ein, sie erfassen klinisch relevante Zielgrößen (Beispiel Grippe: „Viruslast“ ist nicht interessant, „Dauer der Beschwerden“ aber schon) und sie sind in der Regel kontrolliert (bei therapeutischen Fragestellungen), das heißt die Wirksamkeit der Prüftherapie wird mit einer Gruppe von Patienten verglichen, die keine bzw. eine Standardtherapie erhalten haben.

Die Frage, ob solche Studien vorliegen, kann in der Regel mit einer MEDLINE-Suche entschieden werden. Wird sie mit NEIN beantwortet, kann die Suche abgebrochen werden. Ich gehe dann davon aus, dass die Behauptung nicht belegt ist.

Beispielsweise fragte mich ein Patient, ob Noni (traditioneller polynesischer Frucht-extrakt) ein Mittel zur Krebsvorbeugung sei. Eine MEDLINE-Suche ergab tatsächlich 25 Quellen; die Überschriften der Publikationen zeigten aber, dass es sich hier ausschließlich um pharmakologische und tierexperimentelle Studien handelte. Ich konnte deshalb dem Patienten die Auskunft geben, dass eine zum Beispiel krebs-verhütende Wirkung nicht belegt sei.

Tabelle: Schnell-Kriterien zur Beurteilung der Studien-Validität

FRAGESTELLUNG	VALIDITÄTS-KRITERIEN
Therapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisiert kontrolliert</li> <li>• Relevante Zielkriterien (Endpunkte)</li> <li>• Sinnvolle Kontroll-Therapie</li> <li>• Externe Validität</li> <li>• Follow-up: Ausmaß und Vorgehen bei der Auswertung</li> </ul>
Diagnostischer Test	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsekutive Patienten</li> <li>• Externe Validität</li> <li>• Referenz-Test (Goldstandard) bei allen Patienten</li> <li>• Unabhängige Beurteilung (Verblindung)</li> </ul>
Screening/Früherkennung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevante Erkrankung</li> <li>• Valider, reliabler, praktikabler Test</li> <li>• Gesichert wirksame Intervention für Erkrankung</li> </ul>
Ätiologie/Risikofaktor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valider Studientyp</li> <li>• Relevanter Nutzen zusätzlich zu bekannten Risikofaktoren</li> </ul>

DIE DRITTE FRAGE



Ist es uns jedoch gelungen, Hinweise auf Wirksamkeitsstudien zu finden, müssen wir uns fragen:

**SIND DIE STUDIEN VALIDE?**

In der Tabelle sind „Schnell-Kriterien“ genannt, mit denen sich erfahrungsgemäß valide von nicht validen Studien grob unterscheiden lassen. Zur Beantwortung der Frage ziehe ich zunächst nur die Zusammenfassung (z.B. Abstract in MEDLINE) heran, was in der Regel ausreicht.

Weitere Erläuterungen zu den in der Tabelle genannten Kriterien finden sich in Standard-Lehrbüchern der Evidenz-basierten Medizin. Wenn in einem Stu-

dienabstract ein bestimmtes Kriterium nicht genannt wird (z.B. randomisierte Zuteilung), ist grundsätzlich davon auszugehen, dass es nicht erfüllt ist.

Sobald Autoren ein negatives Ergebnis berichten (Prüftherapie ist der Kontroll-Behandlung nicht überlegen), greift wieder Regel 1. Denn Gruppen, die klinische Studien durchführen, sind in der Regel zu den „Enthusiasten“ zu rechnen. Es entfällt eine weitere methodische Prüfung.

**VORSICHTS MASSREGELN**

Allerdings sind bei der Übernahme dieser Strategie einige Einschränkungen zu machen. Heuristiken - wie die vorgeschlagene - sind idiosynkratisch, das heißt, sie dürften von verschiedenen Ärz-

ten in unterschiedlichem Maße als passend, handhabbar und überzeugend empfunden werden. Sie funktionieren vielleicht auch in der hausärztlichen Praxis besser als anderswo, da hier Behauptungen aus Grenzbereichen zu unorthodoxen oder gar obskuren Systemen zu beurteilen sind. Das zweite Kriterium – die Existenz von Wirksamkeitsstudien – ist hier deshalb ausgesprochen aussagekräftig.

Die kurze Beurteilung einer Studie gemäß der dritten Frage ist natürlich gegenüber der gründlichen Diskussion einer Originalpublikation mit Fehlern behaftet. Bei modernen Studien sind die Schwächen (Gefahr eines Bias) oft nur in für Experten verständlichen Passagen versteckt. Einen solchen Fehler müssen wir allerdings riskieren, wenn wir in begrenzter Zeit eine begrenzte Suche durchführen wollen.

Wieweit die hier dargelegte Heuristik zum Erfolg führt, hängt natürlich auch von persönliche Erfahrungen im Umgang mit Datenbanken und Kenntnissen in evidenzbasierter Medizin ab. Ich möchte aber dazu ermutigen, die oben aufgeführten Quellen aktiv und regelmäßig zu nutzen. Ärzte müssen Strategien entwickeln, die Fragen zu recherchieren, die ihnen tatsächlich unter den Nägeln brennen. Ich würde mich freuen, wenn diese Heuristik dazu eine Hilfe liefert.

*Literatur in der Internet-Version dieses Beitrags unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de)*

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff,  
MHSc, Arzt für Allgemeinmedizin  
Abteilung für Allgemeinmedizin,  
Rehabilitative und Präventive Medizin  
Universität Marburg  
35033 Marburg  
Tel.: 06421-28-65120  
Fax: 06421-28-65121  
E-Mail: [norbert@med.uni-marburg.de](mailto:norbert@med.uni-marburg.de)

*Interessenkonflikte:*

*Der Autor ist Mitherausgeber des „Kompendiums Evidenzbasierte Medizin“ (dt. Ausgabe von Clinical Evidence), erschienen im Hans Huber Verlag*

# MACHT HALB WISSEN KLUG

Von Anja Dieckmann  
und Gerd Gigerenzer

IST MEHR INFORMATION  
IMMER BESSER?

ODER IST ES MÖGLICH,  
MIT BEGRENZTEM  
WISSEN UND EINFACHEN  
ENTSCHEIDUNGSREGELN  
(HEURISTIKEN) BESSERE  
ENTSCHEIDUNGEN ZU TREFFEN?

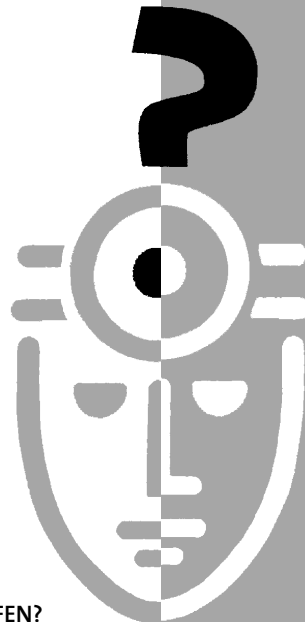
DASS DAS IGNORIEREN VON INFORMATION OFT KEINEN SCHADEN VERURSACHT, MAG JA NOCH EINLEUCHTEN. DIE BEHAUPTUNG, DASS HALBWISSEN ZU BESSEREN ENTSCHEIDUNGEN FÜHREN KANN ALS EINE AUFWÄNDIGE INTEGRATION EINER VIELZAHL AN INFORMATIONEN SCHEINT DAGEGEN SEHR GEWAGT. DIE AUTOREN LEITEN ANHAND VON BEISPIELEN AUS DER ENTSCHEIDUNGSFORSCHUNG HER, DASS GENAU DIES DER FALL SEIN KANN. GERADE IN DER MEDIZIN IST ES SINNVOLL, ENTSCHEIDUNGEN ANHAND VEREINFACHENDER HEURISTIKEN ZU TREFFEN. SIE MÜSSEN NICHT SCHLECHTER SEIN ALS SOLCHE, DENEN KOMPLIZIERTE RECHENMODELLE ZUGRUNDE LIEGEN.

**HALB** wissen kann zum Erfolg führen. Das kann man in jedem Fußballspiel beobachten. Die „Blickheuristik“, von der hier die Rede ist, wurde zwar zunächst bei Kricketspielern untersucht; sie ist aber auch eine gute Strategie im Fußball, um bei einem Eckball in Richtung Strafraum den Ball für einen gezielten Kopfstoß zu treffen.

Geworfene Bälle haben parabolische Flugbahnen. Es gibt viele Einflussfaktoren auf die Flugbahn eines Balles. Um die richtige Parabel auszurechnen, müsste ein Spieler die Entfernung des Abwurfpunktes, die Geschwindigkeit des

Balls sowie den Abwurfwinkel messen. Hinzu kommt, dass eine Parabel eine Idealbeschreibung der Flugbahn darstellt – in der Realität (z.B. im Freien) müssten zusätzliche Faktoren wie Windrichtung und -geschwindigkeit berücksichtigt werden.

Ein solches Vorgehen übersteigt die geistigen Fähigkeiten bei weitem. Allerdings sind Menschen, insbesondere geübte Ballspieler, recht gut im Fangen von Bällen. Wie schaffen sie das? Studien haben mehrere Heuristiken aufgedeckt. Eine davon ist die Blickheuristik (siehe Abbildung 1). Wenn ein Ball von oben auf einen Spieler zukommt, fixiert



er ihn und fängt an zu laufen. Die Laufgeschwindigkeit wird so angepasst, dass der Blickwinkel zwischen Auge und Ball zur Ebene konstant bleibt. Eine einzige Variable, der Blickwinkel, beinhaltet alle relevanten Informationen.

Eine genaue Vorhersage des Landepunktes ist also gar nicht notwendig, das Entscheidende ist, an der richtigen Stelle zu sein, wenn der Ball landet. Das Ignorieren von vorhandenen Informationen (Fluggeschwindigkeit, Abwurfwinkel, Windrichtung) muss nicht zu schlechteren Leistungen führen. Im Gegenteil, eine explizite Berücksichtigung aller Informationen würde wohl kaum zum erwünschten Ergebnis führen. Aber auch bei Wissensfragen kann weniger mehr sein. Stellen Sie sich vor, Sie sind als Kandidat im Fernsehquiz „Wer wird Millionär“ bei der letzten Frage angekommen, und sollen angeben, welche von vier US-amerikanischen Städten die meisten Einwohner hat. Dafür haben Sie Ihren letzten, den 50:50 Joker eingesetzt, und stehen nun vor den Alternativen San Diego und San Antonio. Geographie ist nicht gerade Ihr Spezialgebiet und Sie geraten ins Schwitzen. Sie haben noch nie von San Antonio gehört. San Diego kennen Sie dem Namen nach, mehr wissen Sie aber nicht über diese Stadt. Aber würde ihnen mehr Wissen bei der Beantwortung der Frage nützen? Nicht wenn es nach einer Studie von Goldstein und Gigerenzer geht. Auf die Frage „Welche Stadt hat mehr Einwohner: San Diego oder San Antonio?“ gaben 62 Prozent der befragten amerikanischen Studenten die korrekte Antwort, San Diego. Von den deutschen Studenten, die viel weniger über amerikanische Städte wussten, gab jeder die korrekte Antwort.

Wie kann das möglich sein? Vielleicht hatten die amerikanischen Studenten zu viel gewusst, und konnten daher die Rekognitionsheuristik nicht anwenden. Diese Heuristik empfiehlt folgendes Vorgehen: Wenn von zwei Objekten eines wiedererkannt wird und das andere nicht, dann ziehe den Schluss, dass das wiedererkannte Objekt den höheren Kriteriumswert hat. Da die meisten amerikanischen Studenten sowohl von San

Diego als auch von San Antonio gehört hatten, waren sie für die Anwendung der Rekognitionsheuristik nicht „ignorant“ genug. Dagegen hatten alle deutschen Studenten schon von San Diego, aber viele noch nie von San Antonio gehört. Sie mussten – und konnten – sich daher auf ihre Wiedererkennung verlassen. Die Rekognitionsheuristik ist also nicht nur in der Lage, bei unvollständigem Wissen zu arbeiten, sie ist sogar auf ein gesundes Maß an Ignoranz angewiesen. Wann immer Rekognition mit einem Kriterium korreliert ist, kann das „Nicht-Kennen“ einer von zwei vorgegebenen Alternativen von Vorteil sein.

## WAS GENAU

### SIND „EINFACHE HEURISTIKEN“?

Einfache Heuristiken, wie sie von der ABC-Forschungsgruppe in ihrem Buch „Simple Heuristics that make us smart“ untersucht werden, vereinen zwei scheinbar widersprüchliche Eigenschaften: Einfachheit und hohe Genauigkeit. Sie zeichnen sich durch folgende Qualitäten aus:

- ◆ **TRANSPARENZ:** Einfache Heuristiken sind in jedem ihrer einzelnen Schritte transparent und nachvollziehbar beschrieben.
- ◆ **SCHNELLIGKEIT UND EINFACHHEIT:** Die einzelnen Schritte sind schnell und einfach, also ohne mathematisch aufwändige Berechnungen anzuwenden.
- ◆ **FRUGALITÄT:** Einfache Heuristiken sind genügsam. Sie kommen mit einem Bruchteil der möglichen Informationen aus.
- ◆ **ROBUSTHEIT:** Fokussierung auf das Wesentliche macht einfache Heuristiken robuster gegenüber Umweltschwankungen.

Damit sind einfache Heuristiken plausible Modelle für menschliche Entscheidungen, die unter begrenzter Zeit, begrenztem Wissen und begrenzter Verarbeitungskapazität getroffen werden. Aber können auch medizinische Entscheidungen schnell und sparsam sein?

## EINFACHE

### ENTSCHEIDUNGSBÄUME IN DER MEDIZIN

Ein Mann wird mit Blaulicht ins Krankenhaus gefahren. Er klagt über starke Schmerzen in der Brust. Die Ärzte müssen entscheiden, ob der Patient auf die kardiologische Intensivstation eingeliefert werden soll, oder ihm ein reguläres Krankbett zugewiesen wird. Stellen Sie sich vor, dass dabei folgende Hinweise, oder Cues, verwendet werden können:

1. Erhöhtes ST-Segment im EKG.
2. Schmerzen in der Brust als wichtigstes selbstberichtetes Symptom.
3. Herzinfarkt(e) in der Vergangenheit.
4. Einnahme von Nitroglycerin zur Behandlung von Schmerzen in der Brust.
5. Schmerzen in der Brust oder im linken Arm.
6. ST-Segment mit Balken im EKG.
7. T-Wellen mit Scheitelwert oder Einstülpung im EKG.

Diese Informationen können auf unterschiedliche Weise verwendet werden, um zu einer Entscheidung zu gelangen.



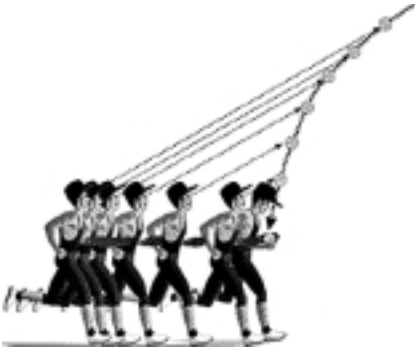


Abb. 1: Illustration der Blickheuristik

Ziel, ein auf logistischer Regression beruhendes Klassifikationsinstrument, das alle sieben Cues als Prädiktoren verwendete, in einem Krankenhaus zu implementieren. Logistische Regressionsmodelle sind statistische Werkzeuge, auf denen viele Expertensysteme in der medizinischen Diagnostik beruhen. Die Studie ergab, dass die Ärzte bei der Benutzung des komplizierten Klassifikationsinstruments schnell die wichtigsten diagnostischen Cues herausfanden. So konnten sie auch ohne die notwendigen Hilfsinstrumente, zum Beispiel einer Tabelle mit den Beta-Gewichten der Regressionsgleichung, ihr Leistungsniveau aufrechterhalten. Dieser Befund inspirierte Green und Mehr zur Konstruktion eines einfachen Entscheidungsbaums. Bei einem einfachen Entscheidungsbaum ermöglicht eine der zwei Cue-Ausprägungen eine Entscheidung hin-

sichtlich des Kriteriums, „kardiologische Intensivstation oder reguläres Krankentbett“. Green und Mehr reduzierten die sieben Cues auf drei Fragen, und schlugen so den Baum aus Abbildung 2 vor.

Wie gut schneidet dieser einfache Entscheidungsbaum ab im Vergleich zu rechnerisch viel aufwändigeren Regressionsmodellen? Im medizinischen Kontext werden die unterschiedlichen Fehlertypen unterschiedlich gewichtet: Am wichtigsten ist die Vermeidung von Versäumnissen, so genannter falsch-negativer Testergebnisse. Daher ist ein Baum einem anderen überlegen, wenn er zu weniger Versäumnissen führt. Ist die Anzahl an Versäumnissen gleich, wird als zweites Kriterium die Anzahl falscher Alarme, also falsch-positiver Testergebnisse, herangezogen. Ein Baum, der weniger falsche Alarme auslöst als ein anderer (bei gleicher Anzahl an Versäumnissen), wird als überlegen gewertet. Es wurde ein logistisches Modell an die Daten von insgesamt 89 Patienten angepasst, das nur auf den drei Prädiktoren beruht, die vom Green-und-Mehr-Baum verwendet werden, und ein Modell, das alle sieben Cues verwendet. Es zeigte sich, dass der einfache Entscheidungsbaum genauso gut ist wie eine logistische Regression maximal sein kann, die auf den gleichen drei Cues beruht. Nur das Regressionsmo-

dell mit sieben Cues zeigt leicht bessere Leistungen. Wie der einfache Entscheidungsbaum erreicht es maximale Sensitivität (keine Versäumnisse), erzielt aber gleichzeitig etwas höhere Spezifität (zwei falsche Alarme weniger). Dieses Ergebnis gilt allerdings nur für die nachträgliche Anpassung an bereits vorliegende Daten, und sagt nichts darüber aus, wie gut die Modelle bei Vorhersagen abschneiden würden, also bei der Generalisierung auf neue Daten. Einfachere Modelle erweisen sich dabei in der Regel als robuster, wie das folgende Beispiel zeigt.

## DIE

## TAKE THE BEST

## HEURISTIK

Bei der Heuristik Take The Best handelt es sich wiederum um eine Heuristik für die Entscheidung, welche von zwei Alternativen den höheren Wert auf einem Kriterium hat. Die zur Auswahl stehenden Alternativen sind dabei durch eine Reihe binärer Cues beschrieben, die die Werte 0 (Cue vorhanden) oder 1 (Cue nicht vorhanden) annehmen können. Take The Best setzt sich aus drei expliziten Regeln zusammen. Diese Regeln sollen realen Entscheidungsprozessen genüge tun, bei denen meist nicht alle möglichen Informationen vorliegen, sondern erst gesucht werden müssen:

(1) SUCHREGEL: Take The Best sucht Cues in der Reihenfolge ihrer Vorhersagegüte. Interaktionen werden außer Acht gelassen, die optimale Reihenfolge wird nicht bestimmt.

(2) STOPPREGEL: Wenn eine Alternative einen positiven Wert und die andere keinen positiven Wert hat, dann wird die Suche abgebrochen. Hier zeigt sich die Frugalität der Heuristik: Sobald ein einziger Cue gefunden wurde, der zwischen den Alternativen unterscheidet, wird auf das Einholen weiterer Informationen verzichtet.

(3) ENTSCHEIDUNGSREGEL: Take The Best entscheidet sich für die Alternative, auf die der erste diskriminierende Cue hinweist. Eine rechnerisch aufwän-

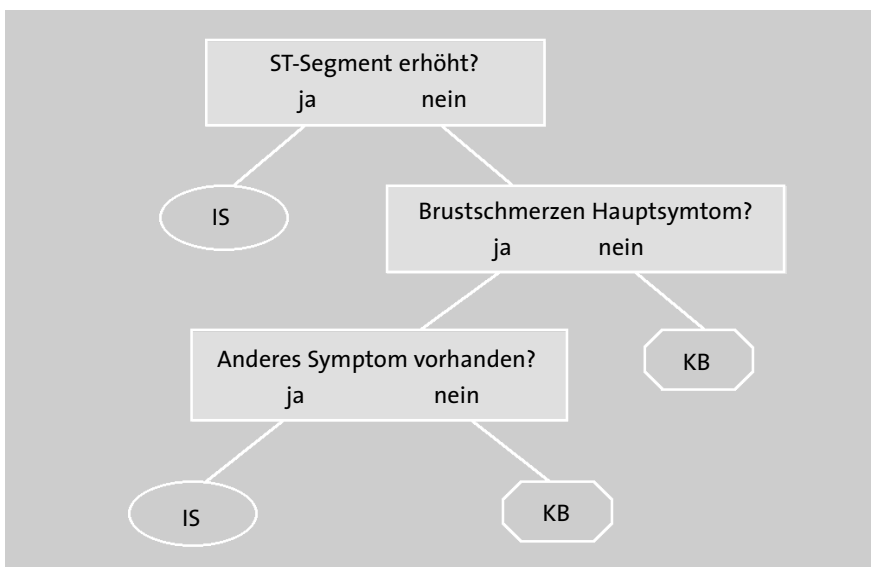


Abb. 2: Entscheidungsbaum von Green und Mehr zur Zuweisung von Patienten zur kardiologischen Intensivstation (IS) oder einem regulären Krankentbett (KB)



dige Gewichtung und Integration aller verfügbaren Informationen wird so vermieden.

Im Vergleich zu mathematischen Vorhersagemodellen, wie zum Beispiel der multiplen Regression, ist Take The Best offensichtlich eine einfache Heuristik. Kann man sich aber auch auf ihre Vorhersagen verlassen? In Computersimulationen mit einer Vielzahl realer Datensätze wurde Take The Best mit rechnerisch aufwändigen Standard-Algorithmen der Statistik verglichen. Obwohl Take The Best weniger als ein Drittel der vorhandenen Information benutzte, erzielte diese einfache Heuristik bei der Generalisierung im Durchschnitt mehr korrekte Vorhersagen als multiple Regression (71 % vs. 68 %). Wie ist es möglich, dass Take The Best häufiger richtig liegt als eine einschlägige statistische Methode, die mehr Informationen berücksichtigt und mehr Berechnungen durchführt?

Ein Grund dafür liegt in der Robustheit von Take The Best, die sich in Situationen mit begrenztem Wissen bezahlt macht, wie etwa bei der Generalisierung auf neue Daten. Nur ein Teil der in einer bestimmten Situation verfügbaren Informationen lässt sich auf eine

neue Situation übertragen. Um gute Entscheidungen unter Unsicherheit treffen zu können, muss man einen Teil der vorhandenen Informationen ignorieren. Die Kunst besteht darin, den Teil zu finden, der sich verallgemeinern lässt. Da Take The Best nur auf den aussagekräftigsten Prädiktor baut, sind die Chancen hoch, dass diese Heuristik die weniger robuste Information ignoriert.

## FAZIT

Einfache Heuristiken liegen nicht immer richtig. Post hoc wird man häufig komplexe Modelle aufstellen können, die eine bessere Übereinstimmung mit den vorliegenden Daten aufweisen. Ziel vieler medizinischer Entscheidungen ist aber nicht, möglichst gute Übereinstimmung mit vorhandenen Daten zu erreichen, sondern gute Vorhersagen zu treffen über noch ungewisse Ausgänge. Meist gilt es, möglichst zutreffende Prognosen zu stellen und nicht erst später herauszufinden, welche Behandlung denn die beste gewesen wäre. Dieser Beitrag zeigt, dass in einer Vielzahl von realen Umwelten weniger oft mehr ist. Entscheidend ist, die relevanten, zuverlässigen Informationen herauszufinden. Wenn man sich auf diese Hinweise konzentriert und einen Teil der vorhandenen Informa-

tionen ignoriert, lässt sich oft ein Zugewinn an Robustheit erreichen.

Höhere Robustheit ist nicht der einzige Vorteil einfacher Heuristiken gegenüber komplexeren Modellen. Breiman und Kollegen haben einen sehr effektiven, einfachen Entscheidungsbaum zur Klassifizierung von Personen mit akutem Herzanfall aufgestellt, ähnlich dem in Abbildung 2. Die generelle Reaktion der Ärzte, mit denen die Forscher zusammenarbeiteten, war, dass der einfache Entscheidungsbaum dem natürlichen Problemverständnis entspricht und daher intuitiv einleuchtet. Somit können einfache Strategien von Vorteil sein, um Medizinstudenten Expertenwissen auf eine transparente, leicht im Gedächtnis zu behaltende Weise zu vermitteln. In der Realität müssen Entscheidungen oft mit begrenztem Wissen und in begrenzter Zeit getroffen werden. Das gilt auch für die Medizin, wo schnelles Handeln oft unabdingbar, und die umfassende Ausschöpfung des diagnostischen Instrumentariums oft unmöglich ist. Die Herausforderung liegt darin, passende Entscheidungsstrategien für verschiedene medizinische Probleme zu finden. Die hier zusammengefassten Befunde zeigen: Ein Repertoire an Heuristiken ähnlich einer „adaptiven Werkzeugkiste“ erlaubt gute Entscheidungen in einer Vielzahl von Situationen, ohne überhöhte Anforderungen an den kognitiven Apparat zu stellen.

*Literatur in der Internet-Version dieses Beitrags unter*  
[www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de)

Anschrift der Verfasser:  
Anja Dieckmann  
Prof. Dr. Gerd Gigerenzer  
Max-Planck-Institut für  
Bildungsforschung  
Lentzeallee 94, 14195 Berlin  
Telefon: 030/82406-339  
E-Mail: [dieckmann@mpib-berlin.mpg.de](mailto:dieckmann@mpib-berlin.mpg.de)



Foto: Loy

Gerhild König

## Eine Zierde fürs Auge

Es sticht ins Auge, dieses Rot. Feuerwehrrotes Gummisofa, roter Riesengummibär, rote Osterdekoration, dunkelroter Lippenstift. Dazu noch der Weiß-Kontrast. Brilliantweißes Shirt mit rotem Einstecktuch, spitz zulaufende Pumps in Rot, darüber lange Beine, darüber weißer Rock. Über allem weißer Stuck. Gerhild König und ihre Praxis sind eins. Farblich betrachtet. Auffallend, fast kapriziös. „Rot ist vielleicht meine Lieblingsfarbe.“ Frau König, Augenärztin, möchte nichts in die Farbgestaltung hineinprojizieren. Die kleinen Patienten finden es lustig, hupsen auf dem aufblasbaren Sofa herum. Und sie fühlt sich wohl. Rot-Weiß fördert die Fröhlichkeit im Menschen. Rot ist die erste Farbe, die das Auge des Neugeborenen wahrnimmt.

Gerhild König hat sich etwas zurückgezogen aus der „aktiven Politik“. Sie sei ja altersmäßig bereits im „Vorruhestand“. Dennoch: So eine Aktion am Brandenburger Tor, alle Überweisungsscheine öffentlich zerschreddern, das hätte schon seinen Reiz. Gerhild König hat sich an Protestaktionen gegen diverse Gesundheitsreformen beteiligt und für die Angleichung der Honorare in Ost und West gekämpft. Bürokratie heißt ihr ärgster Feind. Wenn alle so wären wie sie, sagt ein Kollege, dann stünde der Berufsstand besser da.

Aber die meisten Augenärzte haben eben still erduldet, was von weiter oben auf sie herniederkam. „Eine Zierde ihres Fachs“ sei sie, sagt der Kollege, auch, weil sie Hausbesuche macht und in Altersheime geht. Das ist belastend, nicht nur fürs Budget. Das mit der Zierde fände sie natürlich furchtbar übertrieben. Bevor sich

Gerhild König zur Medizin entschloss, wollte sie Chemieingenieurin werden. Davor Friseurin oder Kosmetikerin. In der achten Klasse ihrer Fürstenwalder Schule wurden die ersten Weichen gestellt: Für Friseurin und verwandte Fachrichtungen sind Deine Noten zu gut, entschied der Vater, ein Lehrer für Biologie und Deutsch. Gerhild kam auf die EOS, die Erweiterte Oberstufe, das Ost-Pendant zum Gymnasium. Parallel zum Unterricht machte jeder Schüler eine Facharbeiter-Ausbildung. Gerhild lernte im „VEB Reifenwerk Pneumat“. Danach wusste sie, dass sie so was nicht machen will. Gegen Ende der Schulzeit rief der Direktor die Schüler in sein Zimmer und hielt einen kurzen Vortrag über die Vorzüge einer Mitgliedschaft in der SED. Gerhild hörte sich das an und fragte, ob man denn auch wieder austreten könnte, wenn es einem in der SED nicht gefällt. Damit war das Werbegespräch beendet. Auf dem Heimweg dachte Gerhild: Jetzt habe ich alles vermasselt. Den Studienplatz in Medizin bekam sie trotzdem.

Warum eigentlich Medizin? „Ich glaube, Zahnarzt fand ich gut. Diese Schmerzen beim Bohren, das musste unbedingt anders werden.“ Sie lacht. So richtig weiß sie es nicht mehr. Das Fragen nach persönlichen Motiven wurde in der DDR nicht kultiviert. Das Medizinstudium war zunächst eher auf Abschreckung ausgerichtet. Das erste Vierteljahr musste Gerhild König in der Charité-Kantine schuften, das nächste Dreivierteljahr als Pflegehelferin auf Station. Betten schieben, Labor putzen, Verbände wechseln. Viele sprangen ab, Gerhild machte weiter. In ihrem Studienjahr war auch Frank Mielke, der Sohn vom Stasi-Chef. „Der durfte immer mit dem Auto in die Charité fahren.“

Gegen Ende des Studiums war Gerhild klar, dass sie etwas mit Kindern machen wollte. Sie hatte selbst gerade eine Familie gegründet. Von der „Studienjahreslenkungskommission“ wurde sie nach Frankfurt (Oder) geschickt. Sie interviewte, schrieb Briefe an den Magistrat und landete schließlich zur fachärztlichen Weiterbildung in der Pankower Augenklinik. Es war ein Aha-Erlebnis. Widerspruch kann sich lohnen, auch wenn er aussichtslos erscheint.

In der Augenklinik ging es rustikal und ohne Fahrstuhl zu. Die Katarakt-Patienten mussten nach der OP im Erdgeschoss selbstständig die Treppe in den ersten Stock schaffen. Schiel-Patienten wurden die Treppe hoch getragen. Ging auch. Solche Erfahrungen konnte Gerhild König später in die Debatte um ambulantes Operieren einbringen.

Die Wende kam ihr gerade recht. Dr. König fühlte sich etwas unterfordert auf ihrem Arbeitsplatz in einer Poliklinik. „Endlich passierte wieder was.“ Schneller als andere ergriff sie die Chance, sich eine eigene Praxis aufzubauen. Endlich unabhängig, dachte sie. 15 Jahre später beschleicht sie das Gefühl, betrogen worden zu sein. „In der DDR wurden die Patienten abgefertigt. Nach der Wende hatten wir die Hoffnung, endlich behandeln zu können. Heute sind wir wieder bei der Abfertigung.“

Thomas Loy

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

# Berufsordnung der Ärztekammer Berlin

Vom 30. Mai 2005 (Amtsblatt für Berlin S. 1883)

## GELÖBNIS

Für jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis: „Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.“

## A. Präambel

Die auf der Grundlage der Kammer- und Heilberufsgesetze beschlossene Berufsordnung stellt die Überzeugung der Ärzteschaft zum Verhalten von Ärzten gegenüber den Patienten, den Kollegen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Dafür geben sich die Berliner Ärztinnen und Ärzte die nachstehende Berufsordnung, in deren Text die Berufsbezeichnung „Arzt“ („Ärzte“) einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet wird. Mit der Festlegung von Berufspflichten der Ärzte dient die Berufsordnung zugleich dem Ziel

- das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu erhalten und zu fördern,
- die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen,
- die Freiheit und das Ansehen des Arztberufes zu wahren,
- berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

## B. Regeln zur Berufsausübung

### I. Grundsätze

#### § 1 – Aufgaben des Arztes

- (1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.
- (2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu

lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

#### § 2 – Allgemeine ärztliche Berufspflichten

- (1) Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.
- (2) Der Arzt hat seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.
- (3) Zur gewissenhaften Berufsausübung gehören auch die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung in Kapitel C.
- (4) Der Arzt darf hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.
- (5) Der Arzt ist verpflichtet, sich stets über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten und sie zu beachten.
- (6) Unbeschadet der in den nachfolgenden Vorschriften geregelten besonderen Auskunft- und Anzeigepflichten hat der Arzt auf Anfragen der Ärztekammer, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben bei der Berufsaufsicht an den Arzt richtet, in angemessener Frist zu antworten.

#### § 3 – Unvereinbarkeiten

- (1) Dem Arzt ist neben der Ausübung seines Berufes die Ausübung einer anderen Tätigkeit untersagt, welche mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufes nicht vereinbar ist. Dem Arzt ist auch verboten, seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke herzugeben. Ebenso wenig darf er zulassen, dass von seinem Namen oder vom beruflichen Ansehen des Arztes in solcher Weise Gebrauch gemacht wird.
- (2) Dem Arzt ist untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.

#### § 4 – Fortbildung

- (1) Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung

und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

- (2) Der Arzt muss seine Fortbildung nach Abs. 1 gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.

### § 5 – Qualitätssicherung

Der Arzt ist verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung zur Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

### § 6 – Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Der Arzt ist verpflichtet, die ihm aus seiner ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen oder verfälschende Auswirkungen von Diagnostika auf Untersuchungsergebnisse der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen (Fachausschuss der Bundesärztekammer).

## II. Pflichten gegenüber Patienten

### § 7 – Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

- (1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte des Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.
- (2) Der Arzt achtet das Recht seiner Patienten, den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln. Andererseits ist von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen auch der Arzt frei, eine Behandlung abzulehnen. Den begründeten Wunsch des Patienten, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.
- (3) Der Arzt darf individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, weder ausschließlich brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikationsnetze durchführen.
- (4) Angehörige von Patienten und andere Personen dürfen bei der Untersuchung und Behandlung anwesend sein, wenn der verantwortliche Arzt und der Patient zustimmen.

### § 8 – Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedarf der Arzt der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen.

### § 9 – Schweigepflicht

- (1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeich-

nungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

- (2) Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht des Arztes einschränken, soll der Arzt den Patienten darüber unterrichten.
- (3) Der Arzt hat seine Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.
- (4) Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

### § 10 – Dokumentationspflicht

- (1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.
- (2) Der Arzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes enthalten. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.
- (3) Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.
- (4) Nach Aufgabe der Praxis hat der Arzt seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde gemäß Abs. 3 aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Der Arzt, dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, muss diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten und darf sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben.
- (5) Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Der Arzt hat hierbei die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten.

### § 11 – Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- (1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichtet sich der Arzt dem Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

- (2) Der ärztliche Berufsauftrag verbietet es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten anzuwenden. Unzulässig ist es auch, Heilerfolge, insbesondere bei nicht heilbaren Krankheiten, als gewiss zuzusichern.

#### § 12 – Honorar und Vergütungsabsprachen

- (1) Die Honorarforderung muss angemessen sein. Für die Bemessung ist die Amtliche Gebührenordnung (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Der Arzt darf die Sätze nach der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung hat der Arzt auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.
- (2) Der Arzt kann Verwandten, Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.
- (3) Auf Antrag eines Beteiligten gibt die Ärztekammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab.

### III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

#### § 13 – Besondere medizinische Verfahren

- (1) Bei speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die Ärztekammer Empfehlungen zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, hat der Arzt die Empfehlungen zu beachten.
- (2) Soweit es die Ärztekammer verlangt, hat der Arzt die Anwendung solcher Maßnahmen oder Verfahren der Ärztekammer anzuzeigen.

#### § 14 – Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch

- (1) Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Der Arzt kann nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen oder ihn zu unterlassen.
- (2) Der Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch durchführt oder eine Fehlgeburt betreut, hat dafür Sorge zu tragen, dass die tote Leibesfrucht keiner missbräuchlichen Verwendung zugeführt wird.

#### § 15 – Forschung

- (1) Der Arzt muss sich sowohl vor der Durchführung biomedizinischer Forschung am Menschen als auch vor dem Beginn von epidemiologischen Untersuchungen mit personenbezogenen Daten durch eine bei der Ärztekammer oder bei einer Medizinischen Fakultät gebildeten Ethik-Kommission über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethi-

schen und berufsrechtlichen Fragen beraten lassen. Dasselbe gilt vor der Durchführung gesetzlich zugelassener Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe.

- (2) Zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen der Schweigepflicht unterliegende Tatsachen und Befunde grundsätzlich nur soweit offenbart werden, als dabei die Anonymität des Patienten und/oder Probanden gesichert ist oder dieser ausdrücklich zustimmt.
- (3) In Publikationen von Forschungsergebnissen sind die Beziehungen des Arztes zum Auftraggeber und dessen Interessen offen zu legen.
- (4) Der Arzt beachtet bei der Forschung am Menschen die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.

#### § 16 – Beistand für den Sterbenden – Patientenverfügung (Patiententestament)

- (1) Der Arzt darf – unter Vorrang des Willens des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen. Er darf weder sein eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen.
- (2) Eine Patientenverfügung (Patiententestament) mit Selbstbestimmung im Vorfeld des Todes, die der Patient im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte verfasst hat, ist für den Arzt verbindlich, es sei denn, es sind konkrete Anzeichen erkennbar, dass der Wille des Patienten sich geändert haben könnte. Soweit möglich soll der Arzt Erklärungen von Bezugspersonen berücksichtigen. Unbeachtlich sind Verfügungen und Erklärungen, die
  - dem Arzt ein rechtswidriges Verhalten zumuten oder
  - den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen verlangen, obwohl der Zustand des Patienten nach allgemeiner Erfahrung eine Besserung im Sinne eines umweltbezogenen Lebens, die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und ein Wiedererstarken des Lebenswillens erwarten lässt.

### IV. Berufliches Verhalten

#### 1. Berufsausübung

#### § 17 – Niederlassung und Ausübung der Praxis

- (1) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.
- (2) Dem Arzt ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Der Arzt hat an jedem



Ort seiner Tätigkeiten seine Patienten ordnungsgemäß zu versorgen.

- (3) Der Praxissitz ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen. Der Arzt hat auf seinem Praxisschild
  - die (Fach-)Arztbezeichnung,
  - den Namen,
  - die Sprechzeiten sowie
  - ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft gemäß § 18 a anzugeben. Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihres Praxissitzes durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen.
- (4) Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeiten am Praxissitz sowie die Aufnahme weiterer Tätigkeiten und jede Veränderung hat der Arzt der Ärztekammer unverzüglich mitzuteilen.

#### § 18 – Berufliche Kooperation

- (1) Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zu Organisationsgemeinschaften, zu medizinischen Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbünden zusammenschließen.
- (2) Ärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Bei beruflicher Zusammenarbeit, gleich in welcher Form, hat jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden.
- (3) Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften ist zulässig. Die Berufsausübungsgemeinschaft erfordert einen gemeinsamen Praxissitz. Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxissitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist.
- (4) Bei allen Formen der ärztlichen Kooperation muss die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.
- (5) Alle Zusammenschlüsse nach Abs. 1 sowie deren Änderung und Beendigung sind der zuständigen Ärztekammer anzuzeigen. Sind für die beteiligten Ärzte mehrere Ärztekammern zuständig, so ist jeder Arzt verpflichtet, die für ihn zuständige Kammer auf alle am Zusammenschluss beteiligten Ärzte hinzuweisen.

#### § 18 a – Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstige Kooperationen

- (1) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärzte sowie die Rechtsform anzukündigen. Bei mehreren Praxissitzen ist jeder Praxissitz gesondert anzukündigen. § 19 Abs. 3 gilt entsprechend. Die Fortführung des Namens eines nicht mehr

berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist unzulässig.

- (2) Bei Kooperation gemäß § 23 b muss sich der Arzt in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen.
- (3) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen angekündigt werden. Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund gemäß § 23 d kann durch Hinzufügen des Namens des Verbundes angekündigt werden.

#### § 19 – Beschäftigung angestellter Praxisärzte

- (1) Der Arzt muss die Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiter in der Praxis setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus. Der Arzt hat die Beschäftigung der ärztlichen Mitarbeiter der Ärztekammer anzuzeigen.
- (2) Ärzte dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden. Angemessen sind insbesondere Bedingungen, die dem beschäftigten Arzt eine angemessene Vergütung gewähren sowie angemessene Zeit zur Fortbildung einräumen und bei der Vereinbarung von Wettbewerbsverboten eine angemessene Ausgleichszahlung vorsehen.
- (3) Über die in der Praxis tätigen angestellten Ärzte müssen die Patienten in geeigneter Weise informiert werden.

#### § 20 – Vertreter

- (1) Niedergelassene Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurückzuüberweisen. Der Arzt darf sich grundsätzlich nur durch einen Facharzt desselben Fachgebiets vertreten lassen.
- (2) Die Beschäftigung eines Vertreters in der Praxis ist der Ärztekammer anzuzeigen, wenn die Vertretung in der Praxisausübung insgesamt länger als drei Monate innerhalb von zwölf Monaten dauert.
- (3) Die Praxis eines verstorbenen Arztes kann zu Gunsten der Erben in der Regel bis zur Dauer von drei Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Tod eingetreten ist, durch einen anderen Arzt fortgesetzt werden.

#### § 21 – Haftpflichtversicherung

Der Arzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.

#### § 22

(aufgehoben)

#### § 23 – Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

- (1) Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.
- (2) Auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis darf ein Arzt eine Vergütung für seine ärztliche Tätigkeit nicht dahin-

gehend vereinbaren, dass die Vergütung den Arzt in der Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt.

### **§ 23 a – Ärztegesellschaften** (nicht genehmigt)

### **§ 23 b – Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe**

- (1) Ärzte können sich auch mit selbstständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sowie anderen Naturwissenschaftlern und Mitarbeitern sozialpädagogischer Berufe – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische Kooperationsgemeinschaft). Die Kooperation ist in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz oder aufgrund eines schriftlichen Vertrages über die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts gestattet. Dem Arzt ist ein solcher Zusammenschluss im Einzelnen nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, dass diese in ihrer Verbindung mit dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiete der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können. Darüber hinaus muss der Kooperationsvertrag gewährleisten, dass
  - a) die eigenverantwortliche und selbstständige Berufsausübung des Arztes gewahrt ist,
  - b) die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patienten getrennt bleiben,
  - c) medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich der Arzt trifft, sofern nicht der Arzt nach seinem Berufsrecht den in der Gemeinschaft selbstständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufes solche Entscheidungen überlassen darf,
  - d) der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt,
  - e) der behandelnde Arzt zur Unterstützung in seinen diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen kann,
  - f) die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen der Ärzte, insbesondere die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der berufswidrigen Werbung und die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung, von den übrigen Partnern beachtet wird,
  - g) sich die medizinische Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, im Rechtsverkehr die Namen aller Partner und ihre Berufsbezeichnungen anzugeben und – sofern es

sich um eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft handelt – den Zusatz „Partnerschaft“ zu führen.

- (2) Die für die Mitwirkung des Arztes zulässige berufliche Zusammensetzung der Kooperation im Einzelnen richtet sich nach dem Gebot des Abs. 1 Satz 3; es ist erfüllt, wenn Angehörige aus den vorgenannten Berufsgruppen kooperieren, die mit dem Arzt entsprechend seinem Fachgebiet einen gemeinschaftlich erreichbaren medizinischen Zweck nach der Art ihrer beruflichen Kompetenz zielbezogen erfüllen können.

### **§ 23 c – frei**

### **§ 23 d – Praxisverbund**

- (1) Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrages oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist. Die Teilnahme soll allen dazu bereiten Ärzten ermöglicht werden; soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, z. B. durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offen gelegt werden. Ärzte in einer zulässigen Kooperation dürfen die medizinisch gebotene oder vom Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Verbund zugehörige Ärzte nicht behindern.
- (2) Die Bedingungen der Kooperation nach Abs. 1 müssen in einem schriftlichen Vertrag niedergelegt werden, der der Ärztekammer auf Verlangen vorgelegt werden muss.
- (3) In eine Kooperation nach Abs. 1 können auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und Angehörige anderer Gesundheitsberufe nach § 23 b einbezogen werden, wenn die Grundsätze nach § 23 b gewahrt sind.

### **§ 24 – Verträge über ärztliche Tätigkeit**

Der Arzt soll alle Verträge über seine ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluss der Ärztekammer vorlegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind.

### **§ 25 – Ärztliche Gutachten und Zeugnisse**

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben. Zeugnisse über Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

## § 26 – Ärztlicher Notfalldienst

- (1) Der niedergelassene Arzt ist verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Auf Antrag eines Arztes kann aus schwerwiegenden Gründen eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden. Dies gilt insbesondere:
  - wenn er wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist,
  - wenn ihm aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,
  - wenn er an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung teilnimmt,
  - für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monaten nach der Entbindung sowie für weitere 24 Monate, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet,
  - für Ärzte ab dem Tag der Geburt des Kindes für einen Zeitraum von 36 Monaten, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet,
  - für Ärzte über 65 Jahre.
- (2) Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im Einzelnen sind die von der Ärztekammer erlassenen Richtlinien maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst gilt für den festgelegten Notfalldienstbereich.
- (3) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.
- (4) Der Arzt hat sich auch für den Notfalldienst fortzubilden, wenn er gemäß Abs. 1 nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit ist.

### 2. Berufliche Kommunikation

## § 27 – Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

- (1) Zweck der nachstehenden Vorschriften der Berufsordnung ist die Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufes.
- (2) Auf dieser Grundlage sind dem Arzt sachliche berufsbezogene Informationen gestattet.
- (3) Berufswidrige Werbung ist dem Arzt untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.
- (4) Der Arzt kann
  1. nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen,
  2. nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,
  3. als solche gekennzeichnete „Spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ und

4. organisatorische Hinweise ankündigen.

Die nach Nr. 1 erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt und können mit dem Zusatz „Zum Führen berechtigt“ zusammen mit der unter der Nr. 30323787 beim Deutschen Patent- und Markenamt eingetragenen Marke wie folgt gekennzeichnet werden:

„Zum Führen berechtigt:



ÄRZTEKAMMER BERLIN  
Körperschaft des öffentlichen Rechts“

Andere Qualifikationen und „Spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen nach geregelter Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können.

- (5) Die Angaben nach Abs. 4, Satz 1, Nr. 1 bis 3 sind nur zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.
- (6) Die Ärzte haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.

## § 28 – Verzeichnisse

Ärzte dürfen sich in Verzeichnisse eintragen lassen, wenn diese folgenden Anforderungen gerecht werden:

1. Sie müssen allen Ärzten, die die Kriterien des Verzeichnisses erfüllen, zu denselben Bedingungen gleichermaßen mit einem kostenfreien Grundeintrag offen stehen,
2. die Eintragungen müssen sich auf die ankündigungsfähigen Informationen beschränken und
3. die Systematik muss zwischen den nach der Weiterbildungsordnung und nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbenen Qualifikationen einerseits und „Speziellen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ andererseits unterscheiden.

### 3. Berufliche Zusammenarbeit mit Ärzten

## § 29 – Kollegiale Zusammenarbeit

- (1) Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten. Die Verpflichtung des Arztes, in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise eines anderen Arztes betrifft, nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen eines Arztes

sowie herabsetzende Äußerungen über dessen Person sind berufsunwürdig.

- (2) Es ist berufsunwürdig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen. Es ist insbesondere berufsunwürdig, wenn ein Arzt sich innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ohne Zustimmung des Praxisinhabers im Einzugsbereich derjenigen Praxis niederlässt, in welcher er in der Aus- oder Weiterbildung mindestens drei Monate tätig war. Ebenso ist es berufsunwürdig, in unlauterer Weise einen Kollegen ohne angemessene Vergütung oder unentgeltlich zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu bewirken oder zu dulden.
- (3) Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, sind verpflichtet, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren. Erbringen angestellte Ärzte für einen liquidationsberechtigten Arzt abrechnungsfähige Leistungen, so ist der Ertrag aus diesen Leistungen in geeigneter Form an die beteiligten Mitarbeiter abzuführen.
- (4) In Gegenwart von Patienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch für Ärzte als Vorgesetzte und Untergebene und für den Dienst in den Krankenhäusern.
- (5) Der zur Weiterbildung befugte Arzt hat im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten einen ärztlichen Mitarbeiter unbeschadet dessen Pflicht, sich selbst um eine Weiterbildung zu bemühen, in dem gewählten Weiterbildungsangang nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung weiterzubilden.

#### *4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten*

### **§ 30 – Zusammenarbeit des Arztes mit Dritten**

- (1) Die nachstehenden Vorschriften dienen dem Patientenschutz durch Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit gegenüber Dritten.
- (2) Dem Arzt ist nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem medizinischen Assistenzberuf befinden.
- (3) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche des Arztes und des Angehörigen des Gesundheitsberufes klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

### **§ 31 – Unerlaubte Zuweisung von Patienten gegen Entgelt**

Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

### **§ 32 – Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen**

Dem Arzt ist es nicht gestattet, im Zusammenhang mit seiner Berufsausübung von Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern, sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn nicht der Wert des Geschenkes oder des anderen Vorteils geringfügig ist.

### **§ 33 – Arzt und Industrie**

- (1) Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten erbringen (z. B. bei der Entwicklung, Erprobung und Begutachtung), muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Verträge über die Zusammenarbeit sind schriftlich abzuschließen und auf Verlangen der Ärztekammer vorzulegen.
- (2) Die Annahme von Werbegaben oder anderen Vorteilen ist untersagt, sofern der Wert nicht geringfügig ist.
- (3) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für den Bezug der in Abs. 1 genannten Produkte Geschenke oder andere Vorteile für sich oder einen Dritten zu fordern. Diese darf er auch nicht sich oder Dritten versprechen lassen oder annehmen, es sei denn, der Wert ist geringfügig.
- (4) Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe für die Teilnahme an wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen ist nicht berufswidrig. Der Vorteil ist unangemessen, wenn er die Kosten der Teilnahme (notwendige Reisekosten, Tagungsgebühren) des Arztes an der Fortbildungsveranstaltung übersteigt oder der Zweck der Fortbildung nicht im Vordergrund steht. Satz 1 und 2 gelten für berufsbezogene Informationsveranstaltungen von Herstellern entsprechend.

### **§ 34 – Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln**

- (1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten eine Vergütung oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern, sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen.
- (2) Der Arzt darf Ärztemuster nicht gegen Entgelt weitergeben.
- (3) Dem Arzt ist es nicht gestattet, über Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Körperpflegemittel oder ähnliche Waren Werbevorträge zu halten oder zur Werbung bestimmte Gutachten zu erstellen.
- (4) Der Arzt darf einer missbräuchlichen Anwendung seiner Verschreibung keinen Vorschub leisten.
- (5) Dem Arzt ist nicht gestattet, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen zu verweisen.

### **§ 35 – Fortbildungsveranstaltungen und Sponsoring**

Werden Art, Inhalt und Präsentation von Fortbildungsveranstaltungen allein von einem ärztlichen Veranstalter bestimmt,

so ist die Annahme von Beiträgen Dritter (Sponsoring) für Veranstaltungskosten in angemessenem Umfang erlaubt. Beziehungen zum Sponsor sind bei der Ankündigung und Durchführung offen darzulegen.

**C. Verhaltensregeln  
(Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung)**

**Nr. 1 - Umgang mit Patienten**

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt, dass der Arzt beim Umgang mit Patienten ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht respektiert,

- ihre Privatsphäre achtet,
- über die beabsichtigte Diagnostik und Therapie, gegebenenfalls über ihre Alternativen und über seine Beurteilung des Gesundheitszustandes in für den Patienten verständlicher und angemessener Weise informiert und insbesondere auch das Recht, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, respektiert,
- Rücksicht auf die Situation des Patienten nimmt,
- auch bei Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt bleibt,
- den Mitteilungen des Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegenbringt und einer Patientenkritik sachlich begegnet.

**Nr. 2 – Behandlungsgrundsätze**

Übernahme und Durchführung der Behandlung erfordern die gewissenhafte Ausführung der gebotenen medizinischen Maßnahmen nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Dazu gehört auch

- rechtzeitig andere Ärzte hinzuzuziehen, wenn die eigene Kompetenz zur Lösung der diagnostischen und therapeutischen Aufgabe nicht ausreicht,
- rechtzeitig den Patienten an andere Ärzte zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen,
- dem Wunsch von Patienten nach Einholung einer Zweitmeinung sich nicht zu widersetzen,
- für die mit- oder weiterbehandelnden Ärzte die erforderlichen Patientenberichte zeitgerecht zu erstellen.

**Nr. 3 – Umgang mit nichtärztlichen Mitarbeitern**

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt auch, dass der Arzt bei der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit nichtärztliche Mitarbeiter nicht diskriminiert und insbesondere die arbeitsrechtlichen Bestimmungen beachtet.

**D. Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten**

I.

**Nr. 1-5**  
(aufgehoben)

**Nr. 6**  
(aufgehoben)

II.

**Nr. 7-11**  
(aufgehoben)

*III. Pflichten bei grenzüberschreitender ärztlicher Tätigkeit*

**Nr. 12 – Praxen deutscher Ärzte in anderen EU-Mitgliedstaaten**

Führt ein Arzt neben seiner Niederlassung oder neben seiner ärztlichen Berufstätigkeit im Geltungsbereich dieser Berufsordnung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union eine Praxis oder übt er dort eine weitere ärztliche Berufstätigkeit aus, so hat er dies der Ärztekammer anzuzeigen. Der Arzt hat Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten am Ort seiner Berufsausübung im Geltungsbereich dieser Berufsordnung während seiner Tätigkeit in den anderen Mitgliedstaaten zu treffen. Die Ärztekammer kann verlangen, dass der Arzt die Zulässigkeit der Eröffnung der weiteren Praxis nach dem Recht des betreffenden Mitgliedstaates der Europäischen Union nachweist.

**Nr. 13 – Grenzüberschreitende ärztliche Tätigkeit von Ärzten aus anderen EU-Mitgliedstaaten**

Wird ein Arzt, der in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassen ist oder dort seine berufliche Tätigkeit entfaltet, vorübergehend im Geltungsbereich dieser Berufsordnung grenzüberschreitend ärztlich tätig, ohne eine Niederlassung zu begründen, so hat er die Vorschriften dieser Berufsordnung zu beachten. Dies gilt auch, wenn der Arzt sich darauf beschränken will, im Geltungsbereich dieser Berufsordnung auf seine Tätigkeit aufmerksam zu machen: Die Ankündigung seiner Tätigkeit ist ihm nur in dem Umfang gestattet, als sie nach dieser Berufsordnung erlaubt ist.

*IV. Pflichten in besonderen medizinischen Situationen*

**Nr. 14 – Schutz des menschlichen Embryos**

Die Erzeugung von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken sowie der Gentransfer in Embryonen und die Forschung an menschlichen Embryonen und totipotenten Zellen sind verboten. Verboten sind diagnostische Maßnahmen an Embryonen vor dem Transfer in die weiblichen Organe; es sei denn, es handelt sich um Maßnahmen zum Ausschluss schwerwiegender geschlechtsgebundener Erkrankungen im Sinne des § 3 Embryonenschutzgesetz.

**Nr. 15**  
(aufgehoben)

**E. (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)**



# Berliner Gesundheitspreis vergeben

Wann passiert es einem Hausarzt schon einmal, dass einem so offen und von vielen Seiten Anerkennung für die eigene Arbeit ausgesprochen wird. Keine Frage: zu selten! Die ansteckende Freude unserer Preisträger ist deshalb echt und nur allzu verständlich. Fünf Hausarztpraxen bzw. -modelle aus ganz Deutschland teilen sich in diesem Jahr den Berliner Gesundheitspreis, der von AOK Bundesverband, Ärztekammer Berlin und AOK Berlin gemeinsam ausgeschrieben wurde. Im Jahre 10 seines Bestehens hat sich der Preis zum wichtigsten und bekanntesten Gesundheitspreis der Bundesrepublik gemausert. Am 2. Mai 2005 wurde er auf einer feierlichen Preisverleihung in den Räumen der Landesvertretung Sachsen-Anhalt in Mitte vergeben. Mit von der Partie war auch Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die die Laudatio für den 1. Preis hielt. Hier stellen wir Ihnen die Preisträgerpraxen vor – unter denen diesmal leider keine aus Berlin zu finden ist.

Mit dem Thema „Innovative Hausärztliche Versorgung“ hatten die Initiatoren des Gesundheitspreises Praxen im Blick, sie sich einer kontinuierlichen und systematischen Qualitätsverbesserung ihrer Arbeit verpflichtet fühlen und ihre Arbeitsergebnisse dokumentieren. Eine gezielte Zusammenarbeit mit anderen

Einrichtungen des Gesundheitswesens war genauso ausschlaggebend wie eine gute Patientenführung und problemgruppenbezogene Angebote (z.B. für alte Menschen, Chroniker, Übergewichtige, Patienten mit Rückenleiden, Raucher). Eine gleichzeitige wirtschaftliche Versorgung wurde ebenfalls berücksichtigt. Selbstverständlich

spielte auch das Praxismanagement – zum Beispiel eine gute Dokumentation, ein systematisches Fehlermanagement, eine effiziente Sprechstundenorganisation und ein gutes Wiedereinbestellsystem – eine große Rolle bei der Preisvergabe. Aus insgesamt 46 Einsendungen wählte eine 12-köpfige Fachjury die besten fünf Projekte aus. Hier stellen wir die Preisträgerpraxen vor.

## 1. Preis: 20.000 €

**Gemeinschaftspraxis Kirchberg**

**Dr. med. Wolfgang Blank**

**Dr. med. Thomas Oldenburg**

**Jörg Schüren**

**Fachärzte für Allgemeinmedizin**

**Ferdinand Neumaier-Str. 6**

**94259 Kirchberg**

**info@gemeinschaftspraxis-kirchberg.de**

**www.gemeinschaftspraxis-kirchberg.de**

Abseits großer Verkehrswege und städtischer Ballungsräume liegt im Osten Bayerns die kleine Gemeinde Kirchberg. Das 4300-Seelen-Dorf im Landkreis Regen liegt in der Ferienregion „Bayerischer Wald“. Vor acht Jahren übernahm Dr. Wolfgang Blank, damals 31 Jahre alt, hier eine Landarztpraxis. Gemeinsam mit seinen Kollegen Dr. Thomas Oldenburg und Jörg Schüren baute er das zunächst allein begonnene Projekt zur Gemeinschaftspraxis aus. Neben den Ärzten arbeiten heute noch drei Vollzeit- und zwei Teilzeit-Arztshelferinnen mit im Team.

Von Anfang an stützte sich die Arbeit der Allgemeinmediziner auf evidenzbasierte praxisinterne Leitlinien. Sie beruhen zum großen Teil auf den Empfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Das Angebot ist – auch wegen der isolierten Lage der Praxis – weit gefächert. Elektrokardiogramm, Sonographie sowie Rektoskopie und Proktoskopie zählen ebenso wie die Audiometrie, der Sehtest und das kleine Labor zum Angebot. Von der Tumornachsorge bis zur medizinischen Notfallversorgung sowie die gezielte gemeinsame Schulung besonderer Patientengruppen (Asthmatiker, Diabetiker, Hypertoniker, Raucher) wird alles direkt in Kirchberg erledigt.



*Preisträgerpraxis 1: Gemeinschaftspraxis Kirchberg/Bayern. Unser Foto zeigt den Gründer Dr. med. Wolfgang Blank (4. v. re.) mit seinen Kollegen Dr. med. Thomas Oldenburg und Jörg Schüren, ihren Arzthelferinnen und Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (2. v. re.).*



Einen breiten Raum nehmen – Landarzt-typisch – Hausbesuche ein.

Das seit mehreren Jahren laufende Qualitätsmanagement wird regelmäßig vorangetrieben und evaluiert. Nachweislich sind die Impfraten in der Praxis Kirchberg um 22 Prozent höher als im Durchschnitt der bayerischen Allgemeinpraxen, die Teilnahme an Jugendgesundheitsuntersuchungen konnte in Kooperation mit benachbarten Schulen um 15 Prozent gesteigert werden. Vor rund drei Jahren wurde die Patientendokumentation auf elektronische Karteikarten umgestellt. Hier werden sowohl die Behandlungsabläufe vor Ort gespeichert als auch Fremdbefunde eingescannt und bei notwendigen Überweisungen zum Facharzt den weiterbehandelnden Medizinern zur Verfügung gestellt. Die Praxis ist Lehrpraxis der TU München – regelmäßig hospitieren hier Medizinstudenten.

## 2. Preis: 12.000 €

**Familienpraxis Nordertor**  
**Dr. med. Ralf Rohde-Kampmann**  
**Facharzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren**  
**Große Str. 4**  
**27299 Verden**  
**ralf.rohde-kampmann@t-online.de**

Zwischen Bremen und Hannover liegt das Städtchen Verden an der Aller. Hier

ist die allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis Nordertor zu Hause. Zeit für Patienten und trotzdem früher Feierabend, das war das Ziel, das das Praxis-Team um Dr. med. Ralf-Rohde Kampmann, seine Frau Dr. med. Barbara Rohde und Kollege Hartmut Kehmann hatten. Mit Qualitätsmanagement – der Chef absolvierte nach dem Medizinstudium noch ein Zusatzstudium in dieser Disziplin – haben sie's geschafft. Immer mit dabei: Die acht Arzthelferinnen, die gezielt in alle Qualitätsverbesserungen und organisatorischen Lösungen einbezogen werden. Mit einem raffinierten Bestell- und Durchlauf-System wurde die Terminvergabe individuellen Patientenbesonderheiten angepasst. Kurze Wartezeiten und reibungslose Abläufe ohne Stocken sind der Lohn für diese Mühen. Seit Jahren beteiligt sich die Praxis am Europäischen Praxisassessmentsystem, einem von der Bertelsmann-Stiftung unterstützten Qualitätssicherungssystem. Auch ein Fehler- und Beschwerdemanagement wurde mittlerweile in die Qualitätsoffensive integriert. Viel haben die Inhaber in die Mitarbeiterfortbildung investiert. Die Schulungen haben sich gelohnt, seither hat sich der Praxisgewinn um etwa 20.000 Euro erhöht. Einem ähnlichen „Empowerment-Gedanken“ entspringt auch der Umgang mit den Patienten: „Wir investieren viel in Patientenschulung und

stellen uns immer wieder die Frage, was die Leute wissen müssen, damit sie besser mit ihrer Krankheit umgehen können“, sagt Chef Rohde-Kampmann. Mit chronisch Kranken werden individuelle Gesundheitsziele vereinbart und auf Wunsch mit Hilfe eines

von den Helferinnen gesteuerten Recall-Systems kontrolliert. Hierzu gehören zum Beispiel die Senkung des Blutdrucks oder des Gewichts um einen definierten Wert in einer bestimmten Frist. Für bestimmte Patientengruppen wurden Sondersprechstunden eingerichtet und Präventionsmaßnahmen angeboten.

## 3. Preis: 10.000 €

**Hausärztliche Gemeinschaftspraxis**  
**Günther Egidi und Holger Schelp**  
**Huchtinger Heerstr. 41**  
**28259 Bremen**  
**familie-egidi@nord-com.net**  
**www.nord-com.net/egidi-schelp**

Huchting ist ein traditioneller Arbeitervorort im Westen der Hansestadt Bremen; mit allen Strukturproblemen, die Arbeitervororte heute haben: Die Arbeitslosenquote liegt bei 17 Prozent, jeder zehnte Huchtinger lebt von Sozialhilfe – und auch der Anteil ausländischer Einwohner liegt mit fast 14 Prozent vergleichsweise hoch. Seit dem Jahr 2000 betreiben Günther Egidi und Holger Schelp hier ihre Gemeinschaftspraxis. Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und – auch hier – das Patienten-Empowerment sind die beiden groß geschriebenen Gedanken in dieser Praxis. Gemeinsam mit der Uni Marburg wurde hier das System „Arriba“ erprobt, mit dessen Hilfe medizinische Laien unter ärztlicher Anleitung errechnen können, wie hoch ihr Risiko ist, zum Beispiel in den nächsten fünf Jahren am Herzinfarkt zu erkranken oder einen Schlaganfall zu erleiden. Zudem wird aufgeklärt, wie Patienten diese Risiken positiv reduzieren können – etwa indem sie sich das Rauchen abgewöhnen, mehr Sport treiben oder das Gewicht reduzieren.

Auch wenn die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin neue Leitlinien erprobt, ist die Praxis in Bremen Huchting mit dabei. Besonders stolz ist man auf das neu entwickelte Fehlermanagement. Fehler, Beinahe-Fehler und Patientenbeschwerden werden in das „Arbeits-Buch“ eingetragen und in den regelmäßigen Praxisteam-Besprechun-



Preisträgerpraxis 2: Die Praxis Nordertor aus Verden an der Aller. Unser Bild zeigt Chef Dr. med. Ralf Rohde-Kampmann mit einer Praxismitarbeiterin. Es gratuliert Laudator Dr. Hans-Georg Faust (MDP, Mitglied des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages)

Fotos: Tom Melzer

gen diskutiert und ausgewertet. Daraus erwachsen Verbesserungsvorschläge für Praxisabläufe, damit Ähnliches künftig nicht mehr passiert. Auch an der internationalen Studie der Universität Kiel zu Fehlern in der Hausarztpraxis sind die beiden

Bremer beteiligt. Für ältere Patienten werden Programme vorgehalten, um ein möglicherweise bestehendes Sturzrisiko, eine vorliegende Depression oder eine Demenz zu erkennen. Mit einer praxiseigenen Positivliste gelang den Bremern ein überdurchschnittlicher und systematischer Umstieg auf billige Generika. Ihr Verordnungsvolumen ist dadurch vorbildlich niedrig.

**Anerkennungspreis  
Praxis für Allgemeinmedizin  
der Johann-Christina-Reil gGmbH  
Dr. med. Josephine Reeg  
Reilstr. 129 a, 06114 Halle  
j.reeg@poli-reil.de  
www.poli-reil.de**



*Preisträger 3: Günther Egidi und Holger Schelp aus der Bremer Hausarztpraxis. Es gratuliert Laudatorin Prof. Dr. Vittoria Braun von der Ärztekammer Berlin.*

Mit der Poli-Reil gGmbH wurde ein Polikliniken-Konzept prämiert. Die Ärzte des Gesundheitszentrums Poli-Reil in Halle sind nicht mit Managementaufgaben belastet, diesen Geschäftsbereich betreuen zwei Geschäftsführer und eine Prokuristin.

Die drei Allgemeinmedizinerinnen der Hausarztpraxis sind wie die übrigen Fachkollegen auch bei der Trägergesellschaft angestellt.

Befreit von lästigen Verwaltungsarbeiten können sich die Ärztinnen voll den Patienten widmen. Sie kümmern sich um Primärdiagnostik und Vorsorge und koordinieren die Weiterbehandlung bei den im Haus ansässigen Fachärzten aus insgesamt 12 Fachgebieten. Zudem be-

treibt die Trägergesellschaft im Hause eine Kurzzeitpflegestation, die ebenfalls von den Hausärztinnen mitversorgt wird.

Als Lehrpraxis der Universität Halle bietet die Poli-Reil gGmbH auch Praktikumsplätze für Medizinstudenten an.



*Anerkennungspreis: Dr. med. Josephine Reeg von der Praxis für Allgemeinmedizin der Poli-Reil gGmbH aus Halle*

**Anerkennungspreis  
Mannheimer Ärztenetz Qu@linet e.V.  
Modell in der hausärztlichen Versorgung  
Dr. med. Werner Besier  
Liebfrauenstr. 21  
68259 Mannheim  
werner.besier@dgn.de  
www.qualinet.org**

Das Mannheimer Ärztenetz Qu@linet beruht auf einem Vertrag zwischen der AOK Baden-Württemberg und der KV Nordbaden. 100 Allgemeinmediziner sowie elf Kinderärzte arbeiten hier zusammen, Vorsitzender ist der Allgemeinmediziner Dr. Werner Besier.

Alle Praxen erfüllen besondere Qualitätsanforderungen, was sowohl die Ausstattung als auch die Bereitschaft zur Teilnahme an Qualitätszirkeln und Netzkonferenzen angeht. Zentraler Bestandteil des Netzes ist eine Patientenakte. In ihr archiviert der Patient selbst alle behandlungsrelevanten Befunde. Diese stehen dann allen Leistungserbringern zur Verfügung, falls der Patient dies wünscht.

Mit Hilfe individueller Präventionspläne erhalten chronisch Kranke aber auch gesunde Versicherte kontinuierliche Unterstützung dabei, ihren Gesundheitszustand zu erhalten oder neue Gesundheitsziele zu erreichen. Den Patienten stehen auf Leitlinien basierende Chronikerprogramme zur Verfügung. SyGo



*Anerkennungspreis: Dr. med. Werner Besier (li.) und Dr. Manfred Mayer von Qu@linet e.V. aus Mannheim*

# Vermeidung von Medikationsfehlern in Klinik und Praxis

Im letzten Heft BERLINER ÄRZTE haben wir uns ausführlich mit der Arzneimittelsicherheit beschäftigt. Ein Aspekt, auf den wir nicht näher eingingen, waren konkrete Hinweise, wie man seine Verordnungen in Klinik und Praxis sicherer machen kann. Wir baten zwei Experten um Tipps.

Von Daniel Grandt und Wilhelm Niebling

19.491 verschreibungspflichtige Arzneimittel mit 1.819 verschreibungspflichtigen Wirkstoffen sowie 54.364 apothekenpflichtige Arzneimittel sind in Deutschland zugelassen. Jährlich kommen durchschnittlich 45 neue Wirkstoffe hinzu. Ist es realistisch anzunehmen, dass der Arzt die ordnungsrelevanten Informationen zu allen vom Patienten eingenommenen Medikamenten bei jeder Verschreibung kennen und berücksichtigen kann? Offensichtlich nicht: Trotz ärztlicher Kompetenz und Sorgfalt treten inadäquate Verordnungen auf. Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, dass diese Medikationsfehler größtenteils vermeidbar sind, wenn ihre Ursachen nicht in persönlichem Verschulden, sondern in der Organisation des Medikationsprozesses gesucht werden.

## Die Dimension des Problems

Häufigste Ursache vermeidbarer UAW sind inadäquate Verordnungen. Eine

Untersuchung am Hammersmith Hospital London fand heraus, dass 1,9 % der Arzneverordnungen im Krankenhaus fehlerhaft waren, und dokumentierte durchschnittlich 34 potenziell gefährliche Fehler pro Woche für das 550 Betten Krankenhaus (10). Eine amerikanische Studie zeigte, dass bei 6,5 % der Patienten im Krankenhaus vermeidbare UAW auftreten (2). Diese verlängern den stationären Aufenthalt um durchschnittlich 4,6 Tage und erhöhen die Kosten um 5857 US-Dollar. (1999) (4). Eine niederländische Untersuchung ermittelt hierfür jährliche Kosten von 72.000 €/100 Betten (21).

Aber nicht nur bei stationären Patienten treten vermeidbare UAW auf. Eine Studie ambulanter Notfallpatienten in 10 Krankenhäusern in Frankreich verdeutlicht die Dimension: 21 % der Notfallpatienten, die mindestens ein Medikament einnahmen, stellten sich wegen UAW vor. 38 % der UAW wurden als vermeidbar eingestuft,

da Kontraindikationen oder Warnhinweise nicht beachtet worden waren (20).

Eine aktuelle prospektive Studie aus England mit 18.820 Patienten zeigt, dass 5,2 % der stationären Aufnahmen aufgrund von UAW erfolgten und zu zwei Dritteln vermeidbar waren (19). An den Folgen bei stationärer Aufnahme bestehender UAW sterben nach dieser Studie jährlich 5700 Patienten in England, das entspricht 0,15 % aller stationär aufgenommenen Patienten.

Nicht nur für den Betroffenen, auch für das Gesundheitssystem ist das Problem relevant: In England sind durch Aufnahmen wegen UAW kontinuierlich bis zu 5600 Krankenhausbetten belegt, es entstehen Kosten von 702 Mio. € jährlich (19). Eine Studie am Universitätsklinikum Erlangen findet bei 3,8 % internistischer Patienten UAW als Aufnahmegrund, zu 44 % vermeidbar (11). Dies entspräche allein jährlich 88.000 stationären Aufnahmen in der Inneren Medizin in Deutschland.

Da 70 % der schweren UAW auf eine falsche Ordnungsentscheidung zurückzuführen sind, sind Strategien zur Vermeidung von Ordnungsfehlern hoch sinnvoll – für den Patienten, wie auch für das Krankenhaus. Hierbei muss man sich bewusst machen, dass mehr als die Hälfte der Ordnungsfehler Dosierungsfehler sind (10).

## Realität der Arzneimitteltherapie im Krankenhaus

### • Rahmenbedingungen

Für Arzt und Ärztin ist Arzneverordnung ein unter Zeitdruck ablaufender Prozess. Ständige und unkoordiniert wachsende Dokumentationspflichten dürfen nicht dazu führen, dass medizinische Qualität und Patientensicherheit in Ermangelung der dazu

aufzubringenden Zeit auf der Strecke bleiben.

### • Juristische Anforderungen

Jede Verordnung muss dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen und Patientenfaktoren wie zum Beispiel Nierenfunktion oder

andere eingenommene Medikamente berücksichtigen. Auch setzt sie die Einwilligung des Patienten nach adäquater Aufklärung voraus. Wie klären Sie auf?

### • Kenntnis der Medikation des Patienten

Kennt der Patient seine Medikation? Nur 30 % der Patienten über 65 Jahren, die bis zu 8 Medikamente erhalten, konnten die verordnete Dosis ihrer Medikamente benennen (16).

- **Berücksichtigung anerkannter Verordnungsregeln**

Die Menge der zu berücksichtigenden Verordnungsregeln ist unüberschaubar: Von erfahrenen Krankenhausärzten in Kalifornien wurde nur jede zweite kontraindizierte Medikamentenkombination und nur jede zweite relevante Interaktion erkannt (14).

- **Werden Nebenwirkungen der Medikation adäquat erfasst?**

In einer deutschen Studie erkannte der aufnehmende Arzt nur jede zweite UAW (19); häufig werden UAW mit einem weiteren Medikament behandelt.

## Was ist zu tun?

- **Problembewusstsein bei Patient und Arzt schaffen**

In Kliniken muss ein systematisches Fehlermanagement der Arzneitherapie aufgebaut werden. Nicht nur dem Patienten, sondern auch dem Arzt ist das Risiko der Arzneitherapie häufig nicht ausreichend bewusst.

- **„Own the problem“**

Nur wenn Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie Priorität auch bei der Geschäftsführung genießt, kann sie verbessert werden. Sie haben sicher einen „Gerätebeauftragten“. Haben Sie auch einen „Patientensicherheitsbeauftragten“?

- **Analyse und Optimierung des Verordnungsprozesses**

Eine interdisziplinäre Analyse des Medikationsprozesses ist erforderlich. Nicht nur Verordnung, auch Verteilung und Applikation sind fehleranfällig.

- **Berechnung der Nierenfunktion bei allen Patienten ab 65 Jahren**

Eine durchgängige Berechnung der Nierenfunktion bei allen Patienten ab 65 Jahren zur Anpassung der Dosis nierenfunktionsabhängiger Medikamente ist zwingend erforderlich. Eine aktuelle skandinavische Studie zeigt, dass 68 % der geriatrischen Patienten

eine moderate und 17 % eine schwere Niereninsuffizienz aufweisen. Diese wird allerdings nur erkannt, wenn die Nierenfunktion nicht allein anhand des Kreatinins beurteilt, sondern zum Beispiel mit der Cockcroft-Gault Formel berechnet wird. Wie berechnen Sie die Nierenfunktion? Gibt es eine allgemein zugängliche Liste anzupassender Medikamente?

- **Definition von Hochrisiko-Medikamenten**

Kennen alle Mitarbeiter die Medikamente, die ein besonders hohes Risiko von vermeidbaren UAW haben? Gibt es Protokolle für Verordnung und Anwendung dieser Medikamente?

- **Elektronische statt handschriftliche Verordnungen**

Die Einführung elektronischer statt handschriftlicher Verordnungen wird von einer amerikanischen Experten-Gruppe als eine zentrale Voraussetzung für die Verbesserung der Medikations-sicherheit bezeichnet. In Dänemark ist ab 2006 die Computererfassung der Medikation jedes Patienten im Krankenhaus gesetzlich vorgeschrieben (6). In Deutschland soll die elektronische Verordnung mit der Gesundheitskarte 2006 im ambulanten Bereich Realität werden.

- **Elektronische Verordnungsunterstützung in der Klinik**

Studien belegen, dass elektronische Verordnungsunterstützung die Häufigkeit von Verordnungsfehlern und UAW verringern kann (3). Bei der Antibiotikatherapie konnte eine Verringerung inadäquater Verordnungen, eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer

und eine Senkung von Medikamenten- und Gesamtkosten gezeigt werden (12).

Computerunterstützung bei der Verordnung überwiegend renal ausgeschiedener Medikamente reduziert die Häufigkeit von Überdosierung und Nebenwirkungen sowie die Behandlungskosten (13). Im Brigham and Women's Hospital in Boston (USA) erfolgt die Medikamentenverordnung seit 1992 ausschließlich mit elektronischer Verordnungsunterstützung über den PC. Dies hat die Häufigkeit von Verordnungsfehlern um 81 % reduziert (15).

Auf Fachinformationen beruhende pharmakologische Datenbanken generieren einen hohen Anteil irrelevanter Warnungen, so dass 88 % der Hinweise vom Arzt ignoriert werden (14). Nur Systeme die sich an der ärztlichen Einschätzung klinischer Relevanz von Risiken orientieren, finden Akzeptanz (18).

Ein Beispiel elektronischer Verordnungsunterstützung ist die am Klinikum Saarbrücken eingesetzte Software RpDoc®. Diese überprüft Medikationsempfehlungen auf klinisch relevante Interaktionen, ungewöhnliche Dosierung oder Applikationsfrequenz und weist auch auf die Notwendigkeit einer Dosisanpassung bei älteren Patienten und bei Niereninsuffizienz hin, wobei eine Berechnung der Nierenfunktion mit der Cockcroft-Gault-Formel erfolgt (www.rpdDoc.de) (8, 17).

Softwareprogramme in Krankenhäusern müssen nicht nur unter verwaltungs- und abrechnungstechnischen Aspekten, sondern gleichermaßen unter dem Aspekt der Verbesserung der Arzneimittelsicherheit geprüft werden.

## Arzneimittelsicherheit in der Praxis

Arzneimittelsicherheit bedingt Patientensicherheit, beides ist ohne Kommunikation und Kooperation zwischen Arzt und Patient nicht möglich. Voraussetzung dafür sind verlässliche Informationen. Als Erinnerungshilfe kann beispielsweise ein „Patientenausweis“ (Kunststofftasche im Format eines Reisepasses) eingesetzt werden. Er enthält Informationen zu Hauptdiagnosen, Allergien, durchgeführten Impfungen, Laborparametern und zum aktuellen Stand der Medikamenteneinnahme einschließlich Fremdverordnungen und Selbstmedikation. Die Einteilung kann so konzipiert werden, dass die entsprechenden Felder auch mit einem Ausdruck aus der elektronischen Karteikarte bestückt werden können.

Neben der Beschränkung auf eine überschaubare Zahl von Medikamenten, deren Hauptindikation, Kontraindikationen, Dosierung und Nebenwirkungen geläufig sein sollen und der Zurückhaltung bei neu eingeführten Medikamenten (wünschenswert: Kennzeichnungspflicht) hat sich die EDV-gestützte Dokumentation von Arzneimittelverordnungen als wesentlicher Aspekt der Arzneimittelsicherheit in der Praxis bewährt.

Dies gilt jedoch nur bei strikter „Verordnungsdisziplin“ (keine Rezepte von Hand) mit Erfassung der abgegebenen Arzneimittelmuster und der Einnahmenvorschrift (Dosisabhängigkeit der UAW!). Alle gängigen Praxis-Systeme ermöglichen inzwischen eine statistische Auswertung der Arzneimittelverordnung nicht nur unter quantitativen, sondern auch qualitativen Gesichtspunkten, zum Beispiel bei der Erstellung von Patientenlisten mit risikobehafteten Arzneimitteln.

### Elektronische Verordnungsunterstützung in der Praxis

Am Angebot herrscht kein Mangel. Die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Systeme ist beachtlich, der resultieren-

de Nutzen hält sich jedoch noch in Grenzen (und ist bislang wenig untersucht). Was sind die Gründe?

Entscheidend ist die Praxistauglichkeit und Benutzerfreundlichkeit eines Systems. Diese strapazierten Begriffe werden von den Anwendern höchst unterschiedlich definiert. Legt ein Arzt Wert darauf bei der Verordnung aller Medikamente nur über schwerwiegende Nebenwirkungen, häufige Interaktionen und wichtige Anwendungsrisiken informiert zu werden (grobes Raster), so will ein anderer bei der Verordnung eines einzigen bislang wenig eingesetzten Medikamentes möglichst umfangreiche und in die Tiefe gehende Informationen (feines Raster), ein weiterer wünscht eine „individualisierte und flexible“ Auswertung.

Die häufig eingesetzten Systeme wie AMIS, Scholz-Datenbank oder Ifap-Index erfüllen Anforderungen wie Interaktionsanalysen, Hinweise zu Schwangerschaft und Stillzeit, Wechselwirkungen oder Anmerkungen zum Einsatz bei Säuglingen und Kindern. Eine Integration in die Praxis-EDV ist in unterschiedlichem Maße möglich. Meist sind die Arzneimittel-Rohdaten der ABDA

(Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände) hinterlegt. Die vom ABDA-Pharma-Daten-Service, einem Unternehmensbereich der Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH erstellten Daten werden den unterschiedlichen Systemhäusern zur Verfügung gestellt, die ihr Produkt kostenpflichtig an die Praxen vertreiben.

Nicht verschwiegen werden soll hier ein unterschiedliches Ausmaß an „industrieller Kontamination“. Seien es Textleisten, die bei der Anwahl eines Medikamentes auf ein wirkstoffgleiches der Firma X hinweisen oder der von Zauberhand gesteuerte Cursor, der „zufällig“ immer zuerst auf Präparaten der Firma Y landet - für mich ein stetes Ärgernis, welches nach jedem Update erst umständlich aus der Software eliminiert werden muss.

Diese Nachteile finden sich bei der atd-Arzneimitteldatenbank (für Abonnenten des arznei-telegramms mit kostenpflichtiger Lizenz) nicht. Nachteil dieses Systems ist jedoch, dass es nicht in den Verordnungsablauf integriert werden kann. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion leistet ein von W. Haefeli betreutes Softwareprogramm der Universitätsklinik Heidelberg ([www.dosing.de](http://www.dosing.de)) gute Dienste.

## Arzneimittelsicherheit Online

### Online-Datenbanken

- AMIS – Arzneimittelinformationssystem des ZI: [www.zi-berlin.de](http://www.zi-berlin.de)
- atd – arznei-telegramm Arzneimitteldatenbank: [www.arznei-telegramm.de](http://www.arznei-telegramm.de)
- ifap index PRAXIS: [www.ifap.de](http://www.ifap.de)
- Scholz-Datenbank: [www.scholz-datenbank.de](http://www.scholz-datenbank.de)

### UAW-Meldungen

- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (UAW-Berichtsbogen): [www.akdae.de](http://www.akdae.de)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte BfArM (UAW-Meldebogen): [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)
- Paul-Ehrlich-Institut PEI (Meldung von Impfkomplikationen, meldepflichtig gemäß Impfschutzgesetz!): [www.pei.de](http://www.pei.de)
- Internetbasierte (Beinahe-) Fehlermeldesysteme: [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de) (Hausärztliches Fehlerberichts- und Meldesystem) [www.cirsmedical.ch](http://www.cirsmedical.ch) (seit kurzem in Kooperation mit der KBV)

Nach Anwahl des verordneten Medikamentes und Eingabe von Patientendaten (Alter, Körpergewicht und Serumkreatinin) werden nach Berechnung der aktuellen Nierenfunktion Hinweise zu einer eventuell notwendigen Dosisreduktion oder Verlängerung des Applikationsintervalls gegeben.

Eine von der Universitätsapotheke Tübingen betreute Datenbank ([www.pharmatrix.de](http://www.pharmatrix.de)) gibt Hinweise zur Applikation von Peroralia im Zusammenhang mit Mahlzeiten, der Teilbarkeit und Sondengängigkeit.

Arzneimittelfachinformationen schließlich sind passwortgeschützt (DocCheck) unter [www.fachinfo.de](http://www.fachinfo.de) abrufbar.

### Wünsche ...

- Ärztliche Selbstverwaltung, Politik und EDV-Industrie sind gefordert, die Entwicklung und den Einsatz computergestützter Verordnungssysteme im ambulanten und stationären Bereich voranzutreiben.
- Die Integration dieser Systeme in die Praxissoftware sollte einfach, anwenderfreundlich und ohne industrielle „Kontamination“ möglich sein.
- Arzneimitteldaten sollten aktuell, vollständig, valide und frei von Herstellerinteressen sein.
- Verbesserung des Spontanmeldesystems für UAW mit einfachem Zugang für Ärzte und Patienten (z.B. gebührenfreie Hotline).

- Einfacher Zugang zu einem internet-basierten, anonymisierten Fehlerberichtssystem.
- Integration von Prinzipien der Pharmakovigilanz in die Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Verfasser:

Priv. Doz. Dr. Daniel Grandt  
Chefarzt Medizinische Klinik 1  
Klinikum Saarbrücken  
Winterberg 1, 66130 Saarbrücken  
E-Mail: [dgrandt@klinikum-saarbruecken.de](mailto:dgrandt@klinikum-saarbruecken.de)

Prof. Dr. med. Wilhelm Niebling  
Scheuerlenstr. 2  
79822 Titisee/Neustadt

Literaturverzeichnis in der  
Internetversion dieses Beitrags  
unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de)



## Zum 90. Geburtstag von Albert Schmauss

Foto: privat



**P**rof. Dr. med. Albert Schmauss, der frühere Chef-arzt der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses im Friedrichshain, feiert am

25. Juli seinen 90sten Geburtstag. Geboren in Viechtach/Niederbayern, verbrachte er dort seine Kindheit, besuchte in Passau das Gymnasium und studierte in München Medizin.

Nach dem Staatsexamen folgte schon am 1. August 1939 die Einberufung und der Dienst in einer Gebirgsjägerformation bis Ende des Krieges. Nach Viechtach zurückgekehrt und nach einer zweijährigen Tätigkeit im Heimatkrankenhaus begann er 1948 mit der chirurgischen Ausbildung bei Prof. Hasslinger in Potsdam, die er 1950 an der Charité bei Prof. Felix fortsetzte. Bis 1962 war dann die Charité sein chirurgisches und

wissenschaftliches Betätigungsfeld, wo er auch 1951 die Promotions- und 1959 die Habilitationsleistungen erbrachte.

Es folgte 1962 die Leitungsübernahme der Chirurgischen Poliklinik an der Universitätsklinik Greifswald. 1963 wurde Albert Schmauss Chefarzt der Chirurgischen Klinik im Krankenhaus im Friedrichshain in Berlin. Diese Klinik war das bekannteste und bestens ausgerüstete städtische Krankenhaus in Ostberlin. Bis zu seinem altersbedingten Ausscheiden 1981 war sie nicht nur die treu umsorgte Arbeitsstätte, hier fand auch sein fachliches Können und seine wissenschaftliche Tätigkeit ihre Erfüllung. Es entstand eine moderne chirurgische Behandlungsstätte, die sich in der Akut- und Viszeralchirurgie auszeichnete und ein Zentrum für schwere chirurgische Infektionen war. Als Lehrkrankenhaus der Charité wurden die Aufgaben der studentischen Ausbildung ebenso vorbildlich wahrgenommen wie die chirurgische Weiterbildung.

Neben dem großen Arbeitspensum in seinem Krankenhaus hat Albert Schmauss uneigennützig ärztliche Hilfe in Krisengebieten geleistet. Dazu gehörten Aufenthalte in Belgisch-Kongo im Auftrag der WHO, in China und Kambodscha. In Vietnam gestaltete er von 1956 bis 1958 den Aufbau der chirurgischen Universitätsklinik Hanoi und des Vietnamesisch-Deutschen Krankenhauses in Hanoi mit. Eine enge Freundschaft blieb bis heute erhalten. Hervorzuheben ist sein Engagement für die Entwicklung der Chirurgie, der Weiter- und Fortbildung, der Spezialisierung, der Ausstattung und dem Bau von Krankenhäusern und vieles andere mehr. Auch sein Eintreten für eine disziplinierte Facharztweiterbildung, bei hohen fachlichen Ansprüchen, hat das fachliche Niveau der Chirurgie wesentlich mitbestimmt.

Durch sein fachliches Können, seine Wissenschaftlichkeit und sein großes Engagement hat Albert Schmauss eine leistungsfähige Chirurgie für die Menschen in dem durch den Krieg abgetrennten Teil Deutschlands mitgestaltet; dafür verdient er Anerkennung. Es begleiten ihn unsere besten Wünsche.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff

## Helmut Kewitz wird 85

Foto: Plotter



**W**enn man im Internet „Klinische Pharmakologie“ anklickt, erscheinen für Berlin nicht mehr als drei Namen. Einer davon ist der

von Prof. Dr. med. Helmut Kewitz. Am 25.7.2005 begeht er seinen 85. Geburtstag.

Seine wissenschaftliche Leistung, seine Verdienste – vor allem um die Entwicklung der Klinischen Pharmakologie –,

sind zu Recht vielfach gewürdigt worden. Der geborene Berliner begann nach dem Medizinstudium seine berufliche Laufbahn bei dem hoch angesehenen, von den Studenten aber auch gefürchteten Pharmakologen Prof. Wolfgang Heibner, der sicherlich maßgeblichen Einfluss auf seine Entwicklung hatte. Der Habilitation 1955 folgte ein einjähriger Studienaufenthalt an der Columbia-Universität in New York, dem sich eine sechsjährige Tätigkeit als Ordinarius für Veterinärpharmakologie an der Freien Universität Berlin anschloss.

1969 erhielt Helmut Kewitz den ersten Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie

in der Bundesrepublik Deutschland an der Freien Universität Berlin. Neben der systematischen Aufbauarbeit in dem damals noch neuen Fachgebiet hat er sich viele Jahre hindurch in zahlreichen Gremien betätigt und dafür vielfältige Ehrungen, darunter das große Bundesverdienstkreuz, empfangen. Dass Organisieren und Koordinieren logistische Aufgaben allerersten Ranges sind – ein Ausspruch des Jubilars – konnte er als Direktor des Universitätsklinikums Benjamin Franklin durch die Tat beweisen.

Viele Jahre lang war Helmut Kewitz Mitglied der Ethik-Kommission der Ärztekammer Berlin. Er leitete einen ihrer Pharmaausschüsse, wobei ihm seine umfangreiche Erfahrung bei der Durch-

führung großer Arzneimittelstudien sehr zugute kam. Diesen vielfältigen Verpflichtungen ist er stets trotz mancherlei gesundheitlicher Belastungen mit unermüdlichem Einsatz gewissenhaft nachgekommen. Sein großes Wissen macht ihn bis heute zu

einem stets anregenden, wenn auch nicht immer einfachen Gesprächspartner, der seine einmal gebildete Meinung, die immer gut begründet ist, unerbittlich und geradlinig vertritt. Er kann mit Genugtuung auf sein Lebenswerk zurückblicken.

Mögen die kommenden Jahre ihm Gesundheit und Zufriedenheit schenken. Wir wünschen ihm von Herzen einen schönen, geruhsamen Lebensabend im Kreise der Seinen.

Prof. Dr. med. Ruth Mattheis

## Zum Tode von Friedrich Wolter



Foto: privat

**D**er pensionierte Chefarzt der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Wilmersdorf,

Friedrich Wolter, ist am 21. April 2005 im 94. Lebensjahr verstorben.

Geboren am 12. Dezember 1911 in Jeschewo, Kreis Schwetz, Regierungsbezirk Marienburg, einem Ort mit 1500 Einwohnern in Westpreußen, erlebte er seine Kindheit und Jugend im Schatten des deutsch-polnischen Volkstumskampfes. Er studierte an den Universitäten Posen und Königsberg. 1938 legte er in Posen das polnische medizinische Staatsexamen ab und durchlief ein Jahr Medizinalpraktikantenzeit, um im Frühjahr 1939 die polnische Approbation als Arzt zu erhalten. Er wurde Assistent an der Universitäts-Frauenklinik in Posen,

die 1918-1939 von Bronnleslaw Kowalski († 1945) und von 1939-1942 von Hans Fuchs (1873-1942) geleitet wurde. Dort durchlief er die Facharztweiterbildung, die er nach Kriegsende in Leipzig bei Robert Schröder (1884-1959) fortsetzte. Die Facharztanerkennung erhielt er im Januar 1948 in Dresden.

Zum 1. Mai 1948 wurde ihm zunächst die Oberarztstelle der Frauenabteilung des Oskar-Ziethen-Krankenhauses (OZK) in Berlin-Lichtenberg übertragen. Wolter konnte beim Aufbau der Abteilung unter fachlichen Gesichtspunkten viele Reformen in der Klinik durchsetzen, trotz der sich verschärfenden politischen Beeinflussung des Krankenhausbetriebes. Zunächst wohnte der Chefarzt im Krankenhaus. Die Familie bekam jedoch wegen der angestrebten bürgerlichen Bildung der Kinder immer größere Schwierigkeiten und zog deshalb nach Mahlsdorf. Bis 1961 konnte sich Wolter in seiner Stellung behaupten. Nach dem Mauerbau wurde für ihn die Situation immer unerträglicher, so

dass er sich zur Flucht nach Westberlin entschloss. Dort konnte er wegen der allgemeinen Flüchtlingssituation nicht bleiben, so dass die Familie nach Niedersachsen „ausgeflogen“ wurde.

Im Städtischen Krankenhaus Wilmersdorf (Albrecht-Achilles-Strasse) wurde kurz darauf die Chefarztstelle der Frauenabteilung vakant. Deren Bezirks-Gesundheitsstadtrat, Dr. med. Erwin Forst, setzte sich für den aus Lichtenberg geflüchteten Chefarzt ein, so dass Wolter schon nach kurzer Zeit als Leiter der Frauenklinik dieses in der City gelegenen kommunalen Krankenhauses seine Arbeit fortsetzen konnte.

Wolter hat eine Reihe insbesondere kasuistischer Studien, sowohl aus der Geburtshilfe als auch aus der Gynäkologie, publiziert. Nach Erreichung der Altersgrenze wurde er in den Ruhestand versetzt und hat bis ins hohe Alter mit Interesse die Entwicklung seines Fachgebietes, auch nachdem „seine Klinik“ geschlossen war, verfolgt.

Dr. phil. Dr. med. Manfred Stürzbecher

## ADHS im Grips-Theater

## „Wer erträgt schon zuviel Kind?“

In der Pause rennen Zappelphilipp und -philippine ausgelassen die Rampe rauf und runter. Aber der Handlung folgen Groß und Klein gleich fasziniert, solange die Grips-Leute auf der Bühne stehen. „Bühne“?, „Stehen“? Dies hier ist eher eine Arena, alle sind in Bewegung, und zwar virtuos. In den zwei Jahren, in denen sie das ADHS-Stück „Die Faxen dicke“ („ein Theaterstück für Menschen ab 8 von Christian Giese“) theoretisch und praktisch vorbereiteten, trainierte die ganze Truppe Akrobatik.

Also beginnt und endet die Geschichte mit fulminanten Szenen im Kindermitmach-Zirkus. Der steht für das Gegenteil des Frontalunterrichts alter Schule: Für kindgerechtes, bewegungsfreudiges Lernen – aber mit Disziplin. Zirkustrainer Laszlo: „Wenn du glaubst, Zirkus ist nur Faxen machen, dann bist du hier falsch. Das Training ist eine ernste Sache.“ Und Klassenclown Dennis macht am Ende konzentriert auf dem Einrad mit.

Erst war der Tunichtgut rausgefliegen, jetzt mischt er in der neuen Klasse die Stunde auf und treibt die Lehrerin genauso zur Verzweiflung wie seine Familie. Nicht aus Bosheit. In einem der mitreißenden Songs rappt der Racker: „In meinem Kopf ist ständig Schlagzeug, ob ich will oder nicht./Ich kriege den Strom nicht abgestellt, bei mir ist immer Licht.“ Dennis ist (wenn man starke Nerven hat) durchaus liebenswert, auch intelligent und sehr phantasievoll. „Die Ferien waren schön“, diktiert die Lehrerin. Er fand sie aber

dooooof, – „mit fünf O's“. Während die anderen brav schreiben: „Nun freuen sich die Kinder auf die Schule“, saust er als „Robot 17“ imaginär durch den Weltraum und stürzt ab. Die Lehrerin sieht ihn nur plötzlich fallen: „Was ist pas-



Daniel Jeroma als hyperaktiver Dennis in „Die Faxen dicke“

Foto: David Balter/ZENIT

siert? Ist alles in Ordnung mit dir?“ – „Entschuldigung. Ich bin mit dreifacher Lichtgeschwindigkeit gegen den Mond gebettet.“

Die Leitsymptome von ADHS stecken schon im Namen: Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. Das Begleitheft für die Pädagogen nennt auch noch mangelnde Impulskontrolle und Wahrnehmungsstörungen. Sie alle spielt Daniel Jeroma als Dennis überzeugend und mit Bravour. Aber sind es

eigentlich „Symptome“? Der Freiburger Medizinhistoriker Eduard Seidler sagte auf dem Experten-Treffen „The Future of ADHS-Research“ (nachzulesen im Deutschen Ärzteblatt 5/2004 S. A239), man müsse „weit zurückgehen, um eine vergleichbar heftige Kontroverse ... zu finden“. Er skizzierte die beiden Grundpositionen, zunächst die der Somatiker: „Unter der Annahme einer möglicherweise genetisch regulierten Störung im Neurotransmitter-Stoffwechsel ... werden

multimodale Therapiemaßnahmen mit Methylphenidat oder DL-Amphetamin als zwingend indiziert angesehen.“ Die Gegenseite aber klagt: „Eine ganze Generation wird krankgeschrieben“ und argumentiert, die betroffenen Kinder seien in ihrem Kern völlig normale und gesunde menschliche Wesen, deren Verhaltensauffälligkeiten in Wahrheit aktive Reaktionen eines Kindes auf soziale, emotionale und erzieherische Missstände seien.

Dieser Wissenschaftszwist (vereinfacht: für oder gegen Ritalin) wird im Begleitheft durch klug zusammengestellte kontroverse Texte gespiegelt und im Stück hübsch ironisch durch den Weißkittel-Chor der Ärzte und Psychologen dargestellt. Der endet: „So süß wie sie als Säugling sind – /Wer erträgt schon zuviel Kind?“

Die Mutter erkennt ihren wilden Jungen nicht wieder, als der, medikamentös angepasst, still und brav seine Schularbeiten macht. Trainer Laszlo aber will keine „Drogen“ im Zirkus. Er schafft es auch so. Das utopische Happy End: Die Lehrerin engagiert ihn, damit einmal pro Woche Mathe mit Spaß und Bewegung stattfindet. Hier wird also der Unterricht den Kindern angepasst. – Ach wenn's doch so wäre!

Rosemarie Stein

# Erich Saling zum 80sten

Foto: privat



Am 21. Juli 2005 wird Prof. Dr. med. Erich Saling, der Vater der pränatalen Medizin, 80 Jahre alt. Nach dem Medizinstudium in Jena

und Berlin erhielt er seine Facharztweiterbildung von 1952 bis 1958 an der Städtischen Frauenklinik Berlin Neukölln. Habilitiert wurde er 1963 mit der Schrift: „Die Blutgasverhältnisse des Säure-Basenhaushaltes des Feten bei ungestörtem Geburtsablauf.“ Der weitere Werdegang: 1968 außerplanmäßiger Professor der Freien Universität Berlin, 1976 Chefarzt der neu gebildeten Abteilung für Geburtsmedizin der Frauenklinik Berlin-Neukölln, Universitätsprofessor für Perinatale Medizin und Leiter des Institutes für Perinatale

Medizin der Freien Universität Berlin. Ende 1990 Entpflichtung.

Die Diagnostik des deprimierten Neugeborenen und seine Behandlung bildeten den Ausgangspunkt für das wissenschaftliche Interesse von Erich Saling. Seine ersten Veröffentlichungen datieren aus den Jahren 1958 und 1959. Dies ist das Leitmotiv der klinisch-wissenschaftlichen Arbeit: Diagnostik und Konsequenzen bei intrauterinem Sauerstoffmangel, Vermeidung der Frühgeburt und Mangelgeburt, Behandlung der Beckenendlage, Prävention der ascendierenden Infektion und Frühgeburt. Das Herausragende an der wissenschaftlichen Leistung ist die „Entdeckung des ungeborenen Kindes“. Mit seiner Arbeit verwandelte Saling die Geburtshilfe zur Geburtsmedizin, mit ihm begann die vor-

*Nicht jene, die streiten sind zu fürchten, sondern jene, die ausweichen.*

*Marie von Ebner-Eschenbach (1830-1916)*

geburtliche Medizin (pränatale Medizin). Saling hat sein Engagement über den wissenschaftlichen Wissensgewinn hinaus als öffentliches „zu Wort melden“ des engagierten Arztes verstanden. Überholt empfundene Strukturen waren Ziel seiner Kritik und konstruktiven Vorschläge. Die Einrichtung einer wissenschaftlich begründeten Geburtsmedizin zu einer gleichberechtigten Säule der Frauenheilkunde war und ist ein wichtiges Ziel Saling'scher Bemühungen. Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin und ihrer internationalen Ableger sowie die Gründung des „Journal of Perinatal Medicine“ waren Meilensteine in der internationalen Kooperation zwischen Geburtshilfe und Kinderheilkunde im Interesse und zum Wohl des Kindes.

Salings Leben ist reich an Erfolgen. Er erfuhr Ehrungen und Anerkennungen von allen Seiten. Freunde, Schüler und Wegbegleiter wünschen ihm Kraft und Resonanz für die kommenden Jahre.

Joachim W. Dudenhausen, Berlin

# BERLINER ÄRZTE

7/2005 42. JAHRGANG

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

**Herausgeber:**

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

**Redaktion:**

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

**Redaktionsbeirat:**

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

**Anschrift der Redaktion:**

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

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

**Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:**

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

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

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

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

ISSN: 0939-5784