

Großer Andrang im Ärztehaus Unterfranken

Mehr als 800 Besucher kamen Ende Juli beim ersten Tag der offenen Tür der Bezirksstelle Unterfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) in das Ärztehaus nach Würzburg. Der interessierten Bevölkerung wurde ein vielseitiges Angebot an kostenlosen Informationen und Tests aus den verschiedensten medizinischen Bereichen geboten. Die Nachfrage war teilweise so groß, dass sich an einigen Ständen Warteschlangen bildeten. In Gesprächen mit den Verantwortlichen der Bezirksstelle konnten sich die Interessierten über die Aufgaben der KVB und deren Service- und Dienstleistungen für die Bevölkerung informieren und die vielseitigen Online-Angebote der KVB demonstrieren lassen.

„Wir waren positiv überrascht von der großen Resonanz“, resümierte Dr. Eberhard Laas, Vorsitzender der KVB-Bezirksstelle Unterfranken, „obwohl wir als Beginn zehn Uhr angegeben haben, waren bereits eine Stunde früher viele Interessierte gekommen und warteten geduldig auf die gewünschten Tests. Die große Inanspruchnahme zeigt, dass das Interesse der Bevölkerung an unserer Organisation und an der kompetenten medizinischen Beratung unserer Ärzte und Psychotherapeuten sehr groß ist. Wir leisten mit unseren Informationen einen Beitrag zur besseren gesundheitlichen Vorsorge und stärken die gemeinsame Verantwortung von Ärzten und Patienten. Auch in Zukunft werden wir derartige



Dr. Natascha Kißling (vorne links), praktische Ärztin aus Würzburg, erklärt Besuchern den Lungenfunktions-test.

Aktionen für die Bevölkerung durchführen und unsere Informationsangebote noch erweitern.“

Schon seit Jahren bietet die KVB der Bevölkerung in Unterfranken Informationsveranstaltungen zu medizinischen Themen an, beispielsweise während der Würzburger Gesundheitstage oder durch regelmäßige Patientenseminare. Allein in diesem Jahr wurden schon sieben Patientenseminare durchgeführt, die wie der Tag der offenen Tür sehr gut besucht waren. Auch die nächsten Akti-

vitäten der KVB-Bezirksstelle Unterfranken stehen schon fest: Für den Herbst sind zwei Patientenseminare zu den Themen „Alterskrankheiten und Demenz“ und „Angsterkrankungen (Phobien)“ geplant. Außerdem wird die KVB in diesem Jahr erstmals auf der Mainfranken-Messe, der großen Verbrauchermesse in Unterfranken, neun Tage lang mit Informationen und medizinischen Tests präsent sein.

Reinhold Muth (KVB)

Organspende und Transplantation in Bayern – Hohe Zustimmung im Freistaat

Zum Titelthema von Dr. Detlef Bösebeck in Heft 6/2003, Seite 292 ff.

Ihr informativer Beitrag über die positive Entwicklung der Organspende in Bayern verdient allgemeine Beachtung. Wir teilen insbesondere auch Ihre Feststellung, dass es hierbei auf das engagierte Handeln und die kontinuierliche Kooperation aller Partner entscheidend ankommt. Es darf nicht hingegenommen werden, dass Kliniken ihrer Verpflichtung zur Meldung potenzieller Spender nicht in ausreichendem Maß nachkommen.

Leider wird die Hornhauttransplantation in Ihrem Artikel mit keinem Wort erwähnt. Möglicherweise ist Ihnen nicht bekannt, dass es sich hierbei um die älteste (1905 Zirm) und am häufigsten durchgeführte Transplan-

tation weltweit handelt. Entsprechend einer Erhebung, die wir seit Jahren im Auftrag der Vereinigung Ophthalmologischer Lehrstuhlinhaber (VOL) durchführen („Deutsches Keratoplastik Register“), erfolgten im Jahr 2001 in Deutschland 4849 Hornhauttransplantationen und damit mehr als alle anderen Transplantationen zusammen (etwa 3800). Der Bedarf an Hornhautspendergewebe dürfte in Anbetracht der langen Wartelisten in allen deutschen Kliniken mit Kornea-Spezifikation bei 5000 bis 6000 pro Jahr liegen. Allein in Erlangen führen wir pro Jahr etwa 300 Keratoplastiken durch und haben dennoch seit Jahren eine Warteliste von mehr als 100 Patienten (www.kornea.org).

Die Tatsache, dass die Hornhauttransplantation in Beiträgen zur Transplantationsmedizin regelmäßig vergessen wird, behindert und erschwert die Gewinnung von transplantierbarem Hornhautgewebe. Besonders betont

werden muss in diesem Zusammenhang die grundlegende Besonderheit der Kornea-Spende: Prinzipiell besteht keine Altersbegrenzung und die Gewebe können noch mindestens 48 Stunden nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand entnommen werden. Die so genannte „Hirntod-Problematik“ spielt also hier keine Rolle!

Professor Dr. Berthold Seitz, Leiter der Kornea-Bank, 91054 Erlangen

Stellungnahme von Dr. Detlef Bösebeck

Professor Seitz betont zu recht, dass auch im Bereich der Hornhautspende der Bedarf nicht gedeckt werden kann. Dies trifft übrigens auch für andere Gewebe (zum Beispiel Herzklappen) zu. Mein Artikel befasste sich mit der Situation der Organspende.

Leserforum

Die Gewebespende ist – im Gegensatz zur postmortalen Organspende – nicht durch das Transplantationsgesetz rechtlich und organisatorisch klar geregelt.

Sie basiert zurzeit auf der Zusammenarbeit einzelner transplantierender Institute mit Krankenhäusern. Die Gewinnung von Geweben und die Zuteilung an Patienten über eine unabhängige Vermittlungsstelle gibt es ebenso wenig wie eine mit der postmortalen Organspende vergleichbare Koordinierungsstelle.

Dieses Defizit erkennend, hat die Deutsche Stiftung Organtransplantation für Deutschland eine Tochter gegründet (DSO-gemeinnützige Gesellschaft für Gewebetransplantation). Voraussetzung ist jedoch wie bei der postmortalen Organspende eine klare gesetzliche Regelung zur Entnahme, Aufbereitung und Bereitstellung, damit die Entnahme in allen Krankenhäusern zu jeder Zeit in gleich bleibender Qualität gesichert sind.

Kitzbüheler Erklärung

Zum Artikel von Dr. Axel Munte und Dr. Wolfgang Hoppenthaler in Heft 6/2003, Seite 299 ff.

Wenn der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) als größte kassenärztliche Körperschaft in Deutschland in einem Positionspapier zur Weiterentwicklung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der Reformierung des Gesundheitswesens Stellung bezieht, ist diesem Papier hohe Bedeutung in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion beizumessen. Dieses Papier hat Eingang gefunden in die beratenden Gespräche zwischen dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Partei- und Regierungsorganen. Der beratende Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung der Vertreterversammlung der KVB und die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände Bayern (GFB) haben mit Erstaunen von dieser Erklärung in der ärztlichen Presse Kenntnis erhalten und nehmen hierzu Stellung.

Begrüßenswert sind die Forderungen nach einem entschlossenen und gemeinsamen Eingreifen der Kassenärztlichen Vereinigungen:

Zu Leserbriefen – Leserbriefe sind uns willkommen. Sie geben die Meinung des Briefschreibers wieder und nicht die der Redaktion. Leider sind die Veröffentlichungsmöglichkeiten begrenzt, sodass die Redaktion eine Auswahl treffen und auch kürzen muss.

Leserbriefe müssen sich auf einen veröffentlichten Beitrag in einem der vorhergegangenen Hefte beziehen.

- die Patienten in den Mittelpunkt der Reforminteressen zu halten,

- Freiheit der Arztwahl,

- Diskussion von leistungsadäquaten Tarifmodellen

- Definition der Leistungen der einzelnen Versorgungsebenen,

- Weiterentwicklung der Arbeitsteilung zwischen den Versorgungsebenen,

- Intelligente Steuerungssysteme zwischen den Versorgungsebenen

- Fortbildung zur Kompetenzerhaltung,

- Vorrang für Qualität in der Patientenversorgung.

Die Definition eines hausarztzentrierten Versorgungsmodells wirft allerdings viele Fragen nach der zukünftigen Struktur der ambulanten Versorgung auf, die in der bayerischen Ärzteschaft zu einer kontroversen Diskussion geführt haben. Für die Fachärzteschaft stellt sich die Frage, wie die Strukturen der Zukunft tatsächlich aussehen sollen und ob damit den Patientenbedürfnissen einerseits und dem sparsamen Umgang mit knappen Ressourcen andererseits Rechnung getragen wird. Der Fachausschuss fachärztliche Versorgung und der Vorstand der GFB Bayern geben folgende Stellungnahme ab:

- Im Zentrum aller gesundheitspolitischen Überlegungen steht ohne Einschränkung der eigenverantwortliche und mündige Patient.

- Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten sind gleichwertige Teampartner für die Patientenversorgung.

- Die Teamärzte bringen sich entsprechend ihrer Weiterbildung, ihrer fachlichen Kompetenz und Qualifikation in die Patientenversorgung nach gemeinsam entwickelten Abläufen ein.

- Die Teamarzt-Struktur gewährleistet eine partnerschaftliche Nutzung der fachspezifischen Ressourcen und optimiert die wohnortnahe Versorgung des Patienten.

- Die Teamarzt-Struktur bietet die Möglichkeit, ärztliche Kompetenz kostengünstig zu nutzen und unnötige stationäre Einweisungen zu vermeiden. Wir fordern gleiche Wettbewerbsbedingungen auf allen Versorgungsebenen.

- Transparenz der Leistung und Qualitätsmanagement sind unverzichtbare Bestandteile für die Teamversorgung und schaffen die un-

erlässlichen Voraussetzungen für eine echte Eigenverantwortung des Patienten.

- Das Teamarzt-System erfüllt im Gegensatz zum Primärarztssystem diese Zielvorgaben im Interesse einer qualifizierten Versorgung des Patienten.

Aus humanitären, fachlichen und wirtschaftlichen Überlegungen bietet allein das Teamarzt-System einen schlüssigen und überzeugenden Ansatz zur Lösung der aktuellen Probleme im Gesundheits- und Sozialwesen.

Dr. Ulrich Schwiwersch (Vorsitzender), Dr. Bernhard Wiegel (Stv. Vorsitzender), Dr. Siegfried Götte, Dr. Hannes Lutz, Dr. Pedro Schmelz, Dr. Peter Schmied, Dr. Gerhard Türk und Vorstand der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände Bayern (GFB)

Gender Mainstreaming – ein neues Unwort?

Zum Leserbrief von Professor Dr. Detlef Kunze in Heft 6/2003, Seite 347

Es kann sich bei Professor Kunze nur um ein Gender-Problem handeln! Wie sonst wäre es zu erklären, dass er so zornig und polemisch reagiert, anstatt wohlwollend zu erkennen, dass Gender Mainstreaming ein neues, vielschichtiges, facettenreiches und wissenschaftlich hochinteressantes Thema ist. Einen „Gastkommentar“, bei dem dieser Begriff auf einer einzigen Seite erläutert werden sollte, ein Terminus technicus, welcher Politik, Gesellschaft und auch die Medizin maßgeblich beeinflusst und bei dem allein die medizinischen Arbeiten in zwischen Bücherwände füllen, diesen Versuch einer Übersicht nun als unwissenschaftlich zu kritisieren, halte ich für eine unfreundliche Verkennung der gestellten Aufgabe. Schließlich ging es darum, den Begriff Gender Mainstreaming zu erklären, die darin enthaltene Themenvielfalt anzudeuten und entsprechende Fragen in den Raum zu stellen. Dass mein Kommentar parteipolitische Tendenzen habe und die Behauptung über unser angeblich schlechtes Gesundheitswesen wiederhole, kann ich mir nur als zwar nachvollziehbare Frustrationen eines Berufspolitikers erklären, die beim Thema Gender Mainstreaming aber nicht das Geringste zu suchen haben. Abschließend darf ich sagen, dass mich bis auf diese eine, viele und nur positive Reaktionen erreicht haben mit dem Tenor: Nun habe ich endlich verstanden, was mit dem Terminus Gender Mainstreaming gemeint ist – und genau das war mein Ziel!

Dr. Waltraud Diekhaus, Allgemeinärztin – Sportmedizin, Generalsekretärin der Medical Women's International Organisation, 44265 Dortmund

Primär- und Sekundärprävention des Schlaganfalls

Zum Titelthema von Professor Dr. Frank Erbguth in Heft 7/2003, Seite 360 ff.

In seiner Übersichtsarbeit beschreibt der Autor Ursachen, Risiken und mögliche präventive Maßnahmen des Schlaganfalls. Grundlage für Empfehlungen sind die Ergebnisse internationaler Studien. Die Aussage über den Stellenwert der operativen Schlaganfallprophylaxe durch Karotisendarteriektomie (TEA) basiert jedoch nicht auf objektiven harten Studiendaten. Die Überlegenheit der TEA bei symptomatischen Karotisstenosen wurde nicht nur für eine „70- bis 80%ige Stenose“ bewiesen, sondern auch für Stenosen von 50 bis 69 %. Selbst bei diesen mittelgradigen Stenosen reduziert der operative Eingriff das Risiko eines schweren (!) Schlaganfalls um 27 %. Die „number needed to treat“ (NNT) beträgt 21. So zumindest sieht es die Cochrane Collaboration, deren Statements bekanntlich nicht auf der Ansicht Einzelner oder einzelner Berufsgruppen beruhen, sondern ausschließlich auf beweisbaren Fakten.

Bei der Besprechung der Behandlung von asymptomatischen Karotisstenosen haben sich einige kleine Fehler eingeschlichen. Richtig ist, dass nach der zitierten ACAS-Studie das Schlaganfallrisiko durch eine TEA um mehr als die Hälfte gesenkt wird (selbstverständlich sind die Komplikationen der Operation bereits berücksichtigt).

Die Angabe einer „jährlichen“ NNT ist für eine medikamentöse Behandlung geläufig, da Medikamente eben nur so lange einen Schutz bieten, solange man sie einnimmt. Eine jährliche NNT für einen definitiven operativen Eingriff anzugeben, war bisher nicht üblich. Der Vorteil einer Karotis-TEA hält nachweislich mindestens fünf Jahre an (wahrscheinlich wesentlich länger). In der Übersichtsarbeit wird für die TEA eine NNT von „ca. 90 bis 100“ angegeben, in der Originalpublikation der ACAS-Studie dagegen eine NNT von 19.

Die im Fragenkatalog implizierte Empfehlung, bei einer 70%igen asymptomatischen Stenose einen Thrombozytenfunktionshemmer zu geben, erweckt den Anschein, als ob damit Schlaganfallprävention betrieben würde. Tatsächlich hat sich ASS in einer prospektiven randomisierten und doppelblinden Studie bei asymptomatischen Karotisstenosen als wirkungslos in der Prävention von Schlaganfällen erwiesen. Auch die Progredienz der Stenose kann mit ASS nicht verhindert werden (Cote R et al, Ann Intern Med. 1995; 23, 649). Damit ist bis heute die TEA die einzige bekannte Möglichkeit, das Schlaganfallrisiko bei asymptomatischen Karotisstenosen zu reduzieren.

Die American Heart Association (AHA) hat aufgrund der eindeutigen Datenlage die TEA einer asymptomatischen Karotisstenose als „bewiesene Indikation“ klassifiziert („This designation ... strongly implies that to withhold surgery in the presence of this indication would be inappropriate under normal circumstances.“)

Es geht nicht darum, jedem Patienten mit 60- bis 70%iger asymptomatischer Karotisstenose die Operation zu empfehlen. Es kann aber nicht angehen, in einem Übersichtsartikel im *Bayerischen Ärzteblatt* die Datenlage quasi auf den Kopf zu stellen, eine evidenzbasierte Therapie als wenig empfehlenswert anzusehen und statt dessen ein für die Schlaganfallprophylaxe bei asymptomatischen Stenosen nicht wirksames Medikament als Standardtherapie vorzugeben. Entscheidet man sich unter Abwägung der Umstände für eine konservative Behandlungsstrategie (was in vielen Fällen sinnvoll ist), ist die Aufklärung des Patienten über die Möglichkeit einer TEA unabdingbar. Wie würde sich wohl ein 60-jähriger Patient mit 80%iger asymptomatischer Karotisstenose verhalten, wenn er unter der Einnahme von ASS einen schweren Schlaganfall erleidet und erst hinterher erfährt, dass eine wirksame Behandlungsmethode zur Verfügung gestanden hätte?

Professor Dr. Hans Schweiger, Rhön-Klinikum, Herz- und Gefäß-Klinik, 97616 Bad Neustadt, Dr. Piotr Kasprzak, Chirurgische Klinik der Universität, 93053 Regensburg, Professor Dr. Bernd Steckmeier, Klinikum Innenstadt der LMU, 80336 München

Stellungnahme von Professor Dr. Frank Erbguth

Es wundert schon, wie viel vermeintliche Missgunst der Karotischirurgie (TEA) gegenüber die Diskutanten meinen fünf Sätzen zum Thema entnehmen, die sich doch inhaltlich und in der Formulierung nicht von dem unterscheiden, was man in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (zusammen mit Gefäßchirurgen verfasst), der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie, der American Heart Association (AHA), in den Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und der European Stroke Initiative sowie in gefäßchirurgischen Übersichtsartikeln, zum Beispiel Eckstein 1999 (*Der Chirurg*) und 2003 (*Nervenheilkunde*), lesen kann. Zu den Fakten:

1. Symptomatische Stenosen: Die Diskutanten erwecken den Eindruck, ich hätte eine Indikationsgruppe für die TEA, nämlich die der 50- bis 69%igen Stenosen, unterschlagen. Dabei wissen die Autoren sehr wohl, dass die Stenosegrade in den beiden relevanten Studien NASCET und ECST unterschiedlich

gemessen wurden. Die erwähnte 27%ige Risikoreduktion bei einem Stenosegrad von 50 bis 69 % bezieht sich auf den „distalen“ Stenosegrad der NASCET-Studie, der einem „lokalen“ Stenosegrad in der europäischen Studie von 70 bis 79 % entspricht. Darauf bezieht sich meine Aussage und nichts anderes sagt auch die Cochrane-Analyse. Die AHA hält die TEA bei 50- bis 69%iger Stenose (NASCET-Kriterien) für „akzeptabel“ – im Gegensatz zu „bewiesen“ bei über 70%igen Stenosen. Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie spricht dementsprechend von einer klaren Indikation nur bei „hochgradigen“ Stenosen.

2. Asymptomatische Stenosen: Die Angabe einer NNT für operative Eingriffe ist nicht so ungewöhnlich und findet sich in der von mir verwendeten Weise beispielsweise auch in den oben zitierten gefäßchirurgischen Übersichtsartikeln. Das Problem bei der ACAS-Studie war eben, dass die Ergebnisse von einer mittleren Beobachtungsdauer von 2,7 Jahren auf fünf Jahre hochgerechnet wurden, was kontrovers beurteilt wird. Den Diskutanten ist zuzustimmen, dass die Datenbasis für ASS bei asymptomatischen Stenosen erstaunlich gering ist. In der zitierten für ASS negativen Studie von Cote et al. war die Fallzahl mit 188 in der Verumgruppe allerdings ungeeignet, das Thema definitiv zu klären. Auch in der ACAS-Studie ist die TEA mit ASS als Alternativtherapie verglichen worden und die amerikanische Zulassungsbehörde lässt keine OP-Studien gegen Placebo zu, sodass auch in dieser Situation immer gegen ASS geprüft werden muss. An ASS oder einem anderen Thrombozytenfunktionshemmer kommt man also nicht vorbei. Dass ich die Datenlage mit meiner Formulierung auf den Kopf gestellt hätte, vermag ich nun gar nicht zu erkennen: Auch Gefäßchirurgen bewerten die Datenlage der ACAS identisch und sprechen von „geringen Vorteilen im Vergleich zur medikamentösen Prophylaxe“ und die Indikation gilt laut AHA bewiesenermaßen als „akzeptabel“, wenn das OP-Risiko <3 % ist. Wichtiger als Zahlenspiele mit Stenosegraden ist also die Qualität des OP-Teams. Auch die Bewertung des Cochrane-Reviews entspricht meiner Formulierung: „There is some (!) evidence favouring CEA for asymptomatic carotid stenosis, but the effect is at best barely significant and extremely small in terms of absolute risk reduction“. Das abschließende Patientenbeispiel ist nun leider nicht in der Lage, irgendetwas zur Klärung der Sache beizutragen: Bei jeder präventiven alternativen Intervention, die ein Risiko nicht auf Null senken kann, wird es rein logisch und rechnerisch trotz ihres Einsatzes zu den Ereignissen kommen, die man vermeiden will. Das passiert auch bei Patienten, denen man indiziert zur TEA rät und die perioperativ einen Hirninfarkt erleiden. Da würde ich auch hinterher

nicht die Indikation zur OP attackieren: Statistisch war die Entscheidung richtig – aber eben nicht im Einzelfall. Selbstverständlich sind Patienten mit asymptomatischen Stenosen über die Möglichkeit der TEA in etwa so aufzuklären: „Von 100 Personen, die eine asymptomatische Stenose haben, erleiden innerhalb der nächsten fünf Jahre 25 einen schweren Schlaganfall oder sterben. Nach einer Operation bei den 100 kommt es (die OP-Komplikationen eingerechnet) nur noch zu 21 schweren Schlaganfällen oder Tod.“

Die aus den Ausführungen meiner Kritiker herauszulesende Befürchtung, aufgrund neurologischen Kritikastertums würden vielleicht zu viele TEAs unterbleiben, ist sicher unberechtigt. Das Gegenteil ist der Fall: Es werden immer noch zu viele unindizierte TEAs durchgeführt wie Halm et al. in einer aktuellen Untersuchung in den USA (*Stroke* 2003) zeigen konnten. 10,6 % der TEAs beruhten auf einer unangemessenen Indikationsstellung. Neurologen müssen auf ihren Stroke-Units immer wieder Patienten nach TEA mit einem perioperativen Hirninfarkt erklären, warum sie bei einer niedriggradigen asymptomatischen Stenose eigentlich operiert werden mussten. Vielleicht sollten die Diskutanten ihre kritische Energie aus der längst geklärten TEA-Diskussion mit den Neurologen abziehen und gemeinsam mit diesen dem in einer wissenschaftlichen Grauzone und vor Erarbeitung evidenzbasierter Empfehlungen betriebenen Wildwuchs perkutaner angioplastischer Verfahren an der Karotis entgegentreten. Für diese sollten die Qualitätsmaßnahmen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie vorbildhaft sein.

Kreuzworträtsel

Zum Kreuzworträtsel in Heft 7/2003, Seite 385

Manchmal löse ich Kreuzworträtsel. Selten genug. Aber hin und wieder stoße ich in Fachzeitschriften auf eins; immer von Frau oder Herrn Dr. Özgür Yaldizli aus dem Rheinland.

Diese Spezialität hat es mir angetan: Sie stachelt meinen kleinen Ehrgeiz an, den Rest-Ehrgeiz des Feierabends, wenn nichts anderes mehr geht. Meist ist es so spät, dass es eigentlich besser wäre, schlafen zu gehen. Aber an solchen Abenden ist das Weinglas noch nicht leer, der Blick fällt auf etwas, das man zu wissen glaubt, und schon ist man gefangen. Die Erinnerung trägt zurück zu Examenzeiten, in denen ebenfalls Nächte mit Grübeleien und Streben nach Fachwissen vergingen. Damals noch war Unwissen vermeintlich besiegt, heute erscheint es mir unvermeidbar, aber unangenehm und beschämend, etwas nicht (mehr?) zu wissen.

Diese(r) Özgür Yaldizli! Wer verbirgt sich hinter diesem Namen? Ein Medizinjournalist, der sein Examenswissen fortschreibt, mit einer eminent hypertrophierten Großhirnrinde protzt und im Blätterwald der Medizin-journale sein (Un)Wesen treibt? Eine emeritierte Professorin der Medizingeschichte oder eine Fachkraft der angloamerikanischen Spezialausdrücke? Oder nur ein verspielter Mitarbeiter des de Gruyter-Verlages (*Pschyrembel*)? Sind diese Rätsel Nebenprodukte einer hauptberuflichen Tätigkeit? Oder Selbstzweck? Oder nackter Zwang zum Broterwerb in einer Landschaft arbeitsloser Ärzte?

Es gelang mir noch nie, eines dieser Rätsel vollständig zu lösen. Immer bleiben Fragen offen, auch *Roche* und *Pschyrembel* geben nicht alle Antworten. Ich finde dies ärgerlich. Ich beginne, mein Augenmerk mit gewissem sadomasochistischem Trieb auf die noch ungelesenen Zeitschriften zu richten, auf dass ich sie wenigstens auf Yaldizli-Spuren durchsuche, bevor sie unberührt in den Papiercontainern wandern ...

Eins aber muss ich den Yaldizli-Rätseln attestieren: Fast in jedem entdeckte ich bisher einen Fehler, der das Lösen erschwert. In dieses, mein vorläufig letztes Kreuzworträtsel, hat jemand zweimal die Nummer 25 waagrecht hineingebracht: Soll sich doch der Leser (Läser) damit herumschlagen. Soll er wirklich? Dies fragt sich Ihr Löser zu später Stunde.

Dr. Winfried Bauer, Allgemeinarzt,
85560 Ebersberg

Fachgebietsgrenzen

Zum Artikel von Rechtsanwalt Dr. Herbert Schiller in Heft 7/2003, Seite 393 ff.

Mit großem Interesse habe ich Ihren Artikel gelesen. Leider aber finde ich einen Aspekt, der unseren Praxisalltag betrifft, darin nicht erwähnt: den allgemeinen kassenärztlichen Bereitschaftsdienst.

Bekanntlich werden – wie auch in unserer Region – alle Vertragsärzte, sofern sie nicht einen fachspezifischen Dienst leisten, zum allgemeinen Bereitschaftsdienst herangezogen.

Wie stellt sich nun die Rechtslage dar in folgendem Beispielfall, in dem ich als diensthabender Bereitschaftsdienstarzt (Dermatologe) zu einem Patienten mit akuter Herz-Kreislauf-Symptomatik gerufen werde? In diesem Fall bewege ich mich gewiss außerhalb meiner Fachgebietsgrenzen. Nun kann es ja durchaus von entscheidender Bedeutung sein, welche Sofortmaßnahmen hier getroffen oder unterlassen werden, die ich gegebenenfalls auch juristisch verantworten müsste. Bin ich in diesem Beispielfall und im allgemeinen

Bereitschafts-/Notfalldienst überhaupt rechtlich abgesichert, sofern ich mich nicht in meinen dermatologischen Fachgebietsgrenzen bewege? Ist meine Annahme richtig, dass ich mich hier generell auf haftungsrechtlich höchst unsicherem Terrain bewege?

Dr. Wolfgang Ullmann, Hautarzt,
94032 Passau

Stellungnahme von Rechtsanwalt Dr. Herbert Schiller

Sie sprechen in Ihrem Leserbrief die Teilnahme am allgemeinen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst an, zu der der niedergelassene Arzt bereits aufgrund berufsrechtlicher Bestimmungen verpflichtet ist (Artikel 18 Absatz 1 Nr. 2 Absatz 3 Heilberufe-Kammergesetz in Verbindung mit § 26 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns). In der genannten Bestimmung der Berufsordnung ist auch geregelt, dass sich der Arzt für den Notfalldienst fortzubilden hat, wenn er nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit ist.

Bezogen auf die Teilnahmeverpflichtung von Vertragsärzten an dem vertragsärztlichen Notfall-/Bereitschaftsdienst ist das Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung der Auffassung, dass ein Arzt, der nach Erlangung der Approbation und Erfüllen der sonstigen Voraussetzungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen darf, in aller Regel auch für den Notfalldienst geeignet ist. Das gelte – wie das BSG wiederholt bestätigt hat – nicht nur für praktische Ärzte und Allgemeinärzte, sondern auch für Fachärzte.

In diesem Zusammenhang ist bedeutsam, dass das BSG entschieden hat, dass im Rahmen des Notfalldienstes keine optimale, nicht einmal eine normale ärztliche Versorgung erwartet werden könne; der Notfalldienst müsse nur den typischen Notfallsituationen gewachsen sein und wenigstens durch Sofortmaßnahmen die Zeit bis zum Einsetzen einer normalen Versorgung überbrücken können (BSGE 44, 252, 257).

Eventuelle fachliche Defizite könne der Vertragsarzt – so das BSG – ggf. durch die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen abbauen. Sie stellen jedenfalls keine Grundlage dafür dar, dass der Vertragsarzt vom Notfalldienst auf Dauer zu befreien wäre.

Für die so beschriebene Tätigkeit im Notfalldienst besteht demzufolge keine Bindung an die Fachgebietsgrenzen. Es handelt sich hier um einen Unterfall zu dem von mir in diesem Zusammenhang unter der Überschrift „Ausnahmen vom Grundsatz der Fachgebietsbeschränkung angeführten ‘Notfall’“.