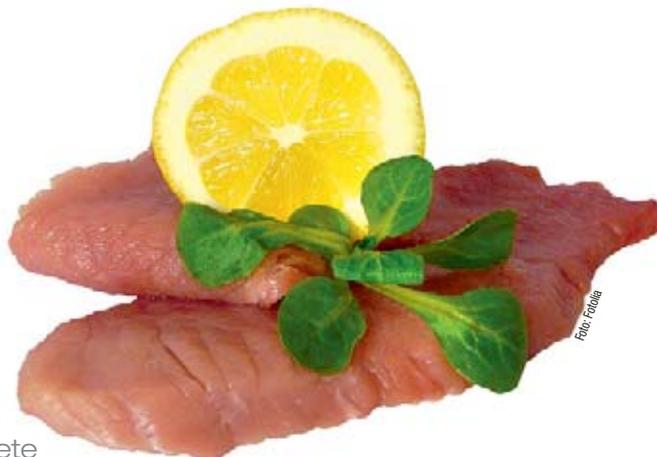


BRIEF AN DEN CHEFARZT EINES KRANKENHAUSES

Bitte um die Würde eines Schnitzels

Ein authentischer und anonymisierter Brief einer Patientin, die – bereits entkleidet – eine Stunde lang in einem Durchgangszimmer auf ihre Behandlung wartete



Sehr geehrter Herr Dr. Wichtig,

ich möchte Ihnen kurz meine Eindrücke zur gestrigen ambulanten Konsultation Ihrer Abteilung VOR Ihrem Erscheinen mitteilen:

Nach den Anmeldeformalitäten wurde ich um 10.40 Uhr in den kleinen, abgedunkelten Raum gebeten, in dem dann später - v i e l später - die Sonografie stattfand. Dort wurde ich fachgerecht präpariert, das heißt, ich hatte mich halbnackt mit Hose runter, bauchfrei und allerlei Lätzchen behängt auf dem Tisch zu platzieren. Bis dahin hatte ich noch mit keinem Arzt gesprochen.

Ab 10.45 Uhr lag ich also fertig präpariert parat. Da ich ja nun nichts anderes zu tun hatte, verlegte ich mich darauf, den extremen Durchgangsverkehr durch diesen kleinen Raum einmal statistisch zu bearbeiten. Nachdem mehr als zehn verschiedene Personen 45-mal durch das Räumchen mit der entwürdigt daliegenden Patientin huschten, wurde ich des Zählens müde und überlegte schon, ob ich nicht ganz gehen sollte. Stattdessen richtete ich mich eigenmächtig auf und holte mir meinen Pullover, weil mir inzwischen auch derb kalt geworden war. Nach einer weiteren Viertelstunde war mir auch das zu blöd, ich stand auf und setzte mich mit meinem Buch in die Umkleidekabine, um dort - inzwischen schon recht gespannt - den weiteren Verlauf dieser denkwürdigen Konsultation zu erwarten.

Vom Zählen befreit, wandte ich mich nun den Gesprächen der Mitarbeiter untereinander zu. Faszinierend: Gut 95 Prozent der Inhalte zentrierten um den Begriff „der Chef“ - wann dieser nun komme, was dieser wohl meine und überhaupt, wie man die Abläufe noch effizienter zum Wohlgefallen des Chefs gestalten könne. Der Ton dabei war mehr als ehrfurchtsvoll. Was aber war die Bot-

RECHTSREPORT

„Männerarzt“ ohne Zusatzinformationen ist irreführend

Die Bezeichnung „Männerarzt“ täuscht die Öffentlichkeit über die Kompetenz eines Arztes auf dem Gebiet typischer Männererkrankungen. Es werden auch diejenigen Patienten irreführend, die die Bezeichnung „Männerarzt“ mit der Bezeichnung Androloge verwechseln, weil sie darin lediglich eine Eindeutschung dieses Fremdworts sehen. Darauf hat das Oberlandesgericht (OLG) Hamm in einem Urteil hingewiesen.

Das OLG hat damit ein entsprechendes erstinstanzliches Urteil bestätigt. Danach wertet die Öffentlichkeit die Bezeichnung „Männer-

arzt“ als Pendant zum Frauenarzt und damit als eine Facharztbezeichnung. Allein durch die Tatsache, dass sich der beklagte Arzt als „Männerarzt (CMI)“ bezeichnet und damit auf die Teilnahme an einer zertifizierten Fortbildungsmaßnahme des „CMI-Instituts für Zertifizierte medizinische Informationen und Fortbildungen e.V.“ hinweist, wird diese Irreführung nicht verhindert.

Denn dieses Kürzel ist Laien unbekannt. Sie sehen darin lediglich eine Abkürzung der verleihenden Stelle oder des Landes, aus dem die Facharztbezeichnung hergeleitet wird.

Damit liegt neben wettbewerbswidrigem Handeln auch ein Verstoß gegen die ärztliche Berufsordnung vor. Danach dürfen Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen nach geregelter Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können. Demnach ist es einem Arzt verboten, sich als „Männerarzt (CMI)“ zu bezeichnen, ohne diese Bezeichnung näher zu erläutern.

Unbenommen bleibt es einem Arzt hingegen, auf Fortbildungsmaßnahmen hinzuweisen, auch wenn dort die Bezeichnung „Männerarzt“ auftauchen mag. (Urteil vom 24. Juli 2008, Az.: 4 U 82/08)

RA Barbara Berner

schaft für mich (nicht für mich persönlich, sondern eher für mich als anonymisiertes Patientenmuster)? Es geht um den Chef – und nicht um den Patienten! Wie sonst kann es auch sein, dass keiner der mehr als zehn durch den Raum hetzenden Personen irgendeine Form von Interesse, Zuwendung oder Vertröstung der „präparierten Leber“ spendeten. Eine derartige Hose-runter-Bauch-frei-Präsentation für einen De-facto-Zeitraum von einer Stunde scheint Standard zu sein.

Der Vormittag strebte dem Höhepunkt zu: Der sooo sehnsüchtig erwartete „Chef“ betrat die Bühne beziehungsweise den Halbdunkelraum. Inzwischen wieder brav liegend, Bauch frei, Hose runter, die Oberkörpersehne gerade noch durch einen BH verhüllt, war ich begierig, einen Blick auf IHN, den so innig Erwarteten, zu erhaschen – was mir zugegebenermaßen in der horizontalen Position, kopfseits hinter dem Sonografiegerät liegend, schwerfiel.

Erwartungshaltungen aus dem Bereich gängiger Umgangsformen, wie die, zunächst per Handschlag und Face-to-face-Kommunikation begrüßt zu werden, hatte ich nach den Erfahrungen der vorausgegangenen Stunde ohnehin schon kreiert. Richtig! Und es kam noch noch besser: In einem halben Meter Entfernung von mir, ich bei vollem Bewusstsein mit intaktem Sprachzentrum, fragt „der Chef“ die Schwester: „Wie alt ist die Patientin?“ – Sagenhaft!!! Ab diesem Zeitpunkt war ich eigentlich nur noch auf den Pluralis Majestatis und das Reden von mir in der dritten Person eingestellt. Dass der Rest der Veranstaltung, die eigentliche Untersuchung und das bikinikurze Gespräch zwischen uns, dann im Großen und Ganzen formkorrekt verlief, ehrlich, Chef, das war die totale Überraschung für mich! Und weil Ihre fachliche Kompetenz und die entlastende Diagnose mein Leben etwas schöner machen, gewichten Anlass und Inhalt dieses Schreibens ganz besonders schwer.

Ich hoffe, dass man in Ihrem Hause, Ihrer Abteilung vielleicht doch einen Weg finden wird, die Abläufe dergestalt umzuformen, dass Patienten mindestens die Würde eines Schnitzels zugemessen wird. Diese Metapher aus dem hauswirtschaftlichen Bereich zumindest biete ich Ihnen zur Motivation Ihrer Mitarbeiterinnen an, die sicherlich zu Hause ein zu panierendes Schnitzel auch nicht eine Stunde lang bar und nackt auf dem Tresen liegen lassen, bevor das Fleisch weiter bearbeitet wird.

Mit freundlichen Grüßen

GOÄ-RATGEBER

Videüberwachung bei idiopathischem Parkinsonsyndrom

Die medikamentöse Einstellung Parkinsonkranker stellt eine Herausforderung für jeden Arzt dar. Die Gabe von L-Dopa oder Dopaminagonisten im Stationsablauf einer Klinik entfaltet oft erst nach der Entlassung ihr volles Wirkungsspektrum, sodass die erforderliche exakte Klassifikation, Quantifizierung und Dokumentation von motorischen Fluktuationen unter Umständen ausbleibt. Vor allem die Lebensqualität betroffener Patienten kann durch eine kontinuierliche Betreuung und jederzeit mögliche Dokumentation von Problemen in dieser sensiblen Behandlungsphase gesteigert werden.

Eine Langzeitbehandlung des idiopathischen Parkinsonsyndroms unter häuslichen Bedingungen muss dem neuronalen Zelltod vorbeugen und zentralnervöse Nebenwirkungen wie Dyskinesien, On-/Off-Phänomene oder

eventuell auch psychotische Symptome auf ein Minimum beschränken.

Mit diesem Ziel entwickelten Neurologen ein ambulantes Videomonitoring: Der Patient erhält zu Hause eine Videokamera, die mit einer Aufnahmeeinheit gekoppelt ist. Vier- bis sechsmal nimmt der Patient sich selbst etwa zwei Minuten lang auf, wobei er seine motorischen Fähigkeiten nach einem festgelegten Schema durchexerziert. Nachts werden die Daten auf den Auswerterechner des behandelnden Arztes übertragen.

Die videogestützte Beobachtung sollte in einem zusammenhängenden Beobachtungszeitraum über 30 Tage stattfinden. Voraussetzung ist, dass innerhalb von fünf Beobachtungstagen ein Ansprechen auf die Medikation verifiziert werden kann. In einem gesamten Beobach-

tungszeitraum von 30 Tagen müssen die Befunde von mindestens 15 Tagen dokumentiert werden. Das schließt die Rückmeldungen per Fax, Telefon oder Voicemail an den Patienten ein.

Das Videomonitoring bei Patienten mit Parkinsonsyndrom ist einmal pro Tag, maximal 30-mal im einem Kalenderjahr berechnungsfähig und sollte grundsätzlich nicht länger als zwei Tage unterbrochen werden. Pro Sitzung ist die Nr. 827 analog nach § 6 Absatz 2 GOÄ anzusetzen.

Dem variablen Zeitaufwand für anfängliche Patientenschulungen oder bei auftretenden Problemen wird der Gebührenrahmen nach § 5 Absatz 2 GOÄ mit der Wahl des jeweiligen Steigerungsfaktors gerecht.

Die Bundesärztekammer arbeitet an einer neuen Gebührenordnung für Ärzte und bemüht sich um die Implementierung innovativer diagnostischer Maßnahmen und Therapien.

Dipl.-Oek. Dr. med. Ursula Hofer