



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Prof. Volkmar Jacobi, Dr. med. Edgar Pinkowski, Prof. Dr. med. Erika Baum, Dr. med. Jürgen Glatzel, Dr. med. Vincenzo Mancuso, Katja Möhrle und Andreas Illles vor dem Tagungshotel in Salerno (von links).

Deutsch-Italienische Tagung in Salerno: Gesundheitseinrichtungen im Vergleich

Hessische Ärztekammer und Ärztekammer von Salerno vertiefen Partnerschaft

Katja Möhrle

Hinter Neapel erhebt sich der Vesuv aus den Wolken. Rechts von der Autobahn blitzt das Meer auf, über dem sich ein leuchtender Regenbogen wölbt. Trotz prasselnden Regens während der Fahrt und kühlen Temperaturen empfängt Salerno die Gäste aus Hessen bei ihrer Ankunft mit südtalientischem Charme. Hochaufragende Villen aus der Wende zum 19. Jahrhundert säumen die letzten Meter der serpentin förmigen Küstenstraße, bevor diese am Hafen vorbeiführend in einen städtischen Boulevard mündet. Wellen umtosen die Sandstrände. Wie jeden Tag erwachen Cafés und Bars auch am Vorabend des deutsch-italienischen Ärztekongresses am 11. April zu temperamentvollem Leben.

Vor zwei Jahren, am 10. Juni 2017, unterzeichneten Dr. Giovanni D'Angelo, Präsi-

dent des Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno (Ärzte- und Zahnärztekammer Salerno) und der damalige Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, in Salerno eine Vereinbarung zur gegenseitigen Anerkennung von Fortbildungspunkten. Damit wurde an geschichtsträchtiger Ort – die Medizinschule von Salerno gilt als eine der ältesten Universitäten Europas – die Grundlage für einen medizinisch-fachlichen und kulturellen Austausch von deutschen und italienischen Ärztinnen und Ärzten geschaffen.

Seither hat sich der Kontakt beider Kammern weiterentwickelt. Nachdem 2018 zwei in der medizinischen Versorgung von Migranten erfahrene Experten aus Salerno an einem Ethiksymposium der LÄKH in

Bad Nauheim teilgenommen hatten, reiste in diesem Jahr eine hessische Delegation unter der Leitung von Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski auf Einladung des Ordine dei Medici zu dem Kongress „Organizzazioni sanitari a confronto“ (Gesundheitseinrichtungen im Vergleich).

Informationsaustausch über nationale Grenzen hinweg

Über 60 Zuhörer nahmen an dem als Fortbildungsveranstaltung ausgewiesenen Kongress im Grand Hotel von Salerno teil. Ziel war es, das deutsche und das italienische Gesundheitssystem einander gegenüberzustellen, dabei ein Augenmerk auf die jeweilige Verwaltungsstruktur, aber auch auf ärztliche Weiterbildung

und die Aufgaben der Ärztekammern zu richten. Welche Bedeutung die Gastgeber der binationalen Begegnung beimaßen, zu deren Auftakt die deutsche und die italienische Nationalhymne erklangen, machte Dr. D'Angelo in seiner Begrüßung deutlich: Der Informationsaustausch über nationale Grenzen hinweg trage sowohl zum gegenseitigen Verständnis als auch zur Entwicklung gemeinsamer Lösungen beispielsweise für die demografischen Herausforderungen in Deutschland und Italien bei. Vor allem gehe es darum, durch den Blick über den Tellerrand Perspektiven für den ärztlichen Nachwuchs beider Länder zu eröffnen, erklärte D'Angelo.

„Der heutige Kongress ist ein weiterer wichtiger Schritt zur Entwicklung und Verfestigung der Partnerschaft und Freundschaft unserer beiden Ärztekammern. Ja, er ist ein Meilenstein bei der Überwindung nationaler Grenzen und ein positives Beispiel für das Zusammenwachsen Europas. Ich bin stolz, dass dies gerade im Bereich der Medizin möglich ist, wie uns die Schule von Salerno bereits im Mittelalter gezeigt hat“, sagte Pinkowski. Neben dem Ärztekammerpräsidenten nahmen aus Hessen Prof. Dr. med. Erika Baum, Gießen, Prof. Dott. Univ. Pisa Volkmar Jacobi, Andreas Georg Illes, beide Frankfurt, sowie Dr. med. Vincenzo Mancuso, Hanau, mit Vorträgen sowie der frühere hessische Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach und Dr. med. Jürgen Glatzel, Präsidiumsmitglied der LÄKH, teil. Dr. Vincenzo Mancuso vom Generalrat der Italiener in Deutschland überbrachte die Grüße des italienischen Generalkonsuls in Frankfurt für Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Unterfranken, Maurizio Canfora.

Als „besonderen Moment für Ärztekammerpräsident D'Angelo“ bezeichnete Dr. Aurelio Tommasetti, Rektor der Universität von Salerno, das Zustandekommen des deutsch-italienischen Kongresses. „Es muss eine Zusammenarbeit auf nationaler und kommunaler Ebene geben.“ Hessen verfüge über exzellente Erfahrungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung junger Ärzte, so dass der Erfahrungsaustausch eine große Bereicherung sein könne.

Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit

Mit der Rolle und den Aufgaben der Landesärztekammer Hessen befasste sich Pinkowski in seinem Vortrag: Das Grundgesetz habe weite Bereiche des Gesundheitswesens den Ländern zugeordnet. Dazu gehörten vor allem die Regelung der ärztlichen Berufsausübung und die Organisation des ärztlichen Berufsstands, soweit sie öffentlich-rechtlicher Natur sei. In den Ländern obliege den Ärztekammern die Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft. Pinkowski erläuterte Struktur und Organe der sich aus Pflichtmitgliedsbeiträgen finanzierenden Landesärztekammer und stellte die Aufgaben der Institution, darunter Beschluss und Überwachung von Berufsordnungen, Meldewesen, Regelung der ärztlichen Weiter- und Fortbildung (Weiterbildungsordnungen, Facharztprüfungen etc.), Berufsgerichtsbarkeit und Ethikkommissionen, Qualitätssicherung und – neu – Fachsprachprüfungen bei Ärzten aus Drittländern, in den Mittelpunkt seiner Ausführungen.

Pinkowski informierte außerdem über das von der LÄKH entwickelte ärztliche Weiterbildungsregister, das aktuelle Daten darüber liefert, welche Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) sich wo in Weiterbildung befinden. Nach einer Übersicht über die wesentlichen Aspekte der neuen Weiterbildungsordnung ging der Kammerpräsident auf das gesundheitspolitische Engagement der hessischen Ärztekammer ein. So

setze sich diese unter anderem für eine Erhöhung der Medizinstudienplätze, die Zurückdrängung der Ökonomisierung der Medizin sowie den Zugang aller Bevölkerungsgruppen zur medizinischen Versorgung und für die ärztliche Freiberuflichkeit ein. Das von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) auf den Weg gebrachte Terminservice- und Versorgungsgesetz kritisierte Pinkowski als Eingriff in die ärztliche Freiberuflichkeit.

Ärztammern als Berater des Staates

Auch in Italien sind Ärztinnen und Ärzte Pflichtmitglieder der auf regionaler Ebene organisierten Ärztekammern; sie zahlen bei ihrer Anmeldung eine einheitliche Einschreibgebühr. 1910 erstmals ins Leben gerufen, während des Faschismus unterdrückt und seit 1946 als öffentlich-rechtliche Einrichtungen aktiv, wurden die italienischen Ärztekammern 1985 um die Zahnärzte erweitert, erklärte Dr. Roberto Monaco, Sekretär der Nationalen Vereinigung der Ärzte- und Zahnärztekammern (FNOMCeO) und Präsident der Ärzte- und Zahnärztekammer der Provinz Siena. Die Ärzte- und Zahnärztekammern führen das Ärzte- und Zahnärztereister, überwachen die Einhaltung der Berufspflichten und haben die Disziplinargewalt inne. Schlichtungen zwischen Mitgliedern, gerichtsmedizinische Gutachten, Digitalisierung von Meldeakten und die Beglaubigung ärztlicher Zeugnisse gehören eben-



Dr. Bruno Ravera, Dr. med. Edgar Pinkowski und Dr. Giovanni D'Angelo bei der Geschenkübergabe.



Dr. Giovanni D'Angelo und Dr. Bruno Ravera moderieren die Diskussionen.

falls zu den Aufgaben. Einst staatliche Organe seien die Ärztekammern heute „Berater des Staates“ und ihrer Natur nach selbstständig, so Monaco weiter.

„Die Ärztekammer ist das Haus des Arztes!“ Ihre Zielsetzung sei es, dafür zu sorgen, dass ihre Mitglieder kompetent, qualitätskonform und professionell arbeiteten. „Dafür bieten die Ärztekammern Fortbildungen an“, sagte Monaco. Ein Gebiet auf dem noch viel zu tun sei, denn viele Ärztinnen und Ärzte in Italien bildeten sich nicht fort. Inzwischen seien jedoch flächendeckende Kontrollen eingeführt worden. Neben dem Fortbildungsangebot wollten Ärztekammern auch Diskussionsplattformen sein, sagte Monaco: „Ein gutes Beispiel ist die heutige Konferenz, die neue Denkanstöße gibt.“

Auch die Zusammenarbeit der regionalen Ärztekammern nannte Monaco wichtig: „Aus der Einheit kommt die Kraft.“ Regelmäßig kämen Vertreter der regionalen Ärztekammer in Arbeitsgemeinschaften zusammen, um über gemeinsame Anliegen oder Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten zu sprechen. „Wir müssen uns nach außen öffnen“, unterstrich Monaco. Er griff D'Angelos Kritik am Numerus clausus auf und nannte die Regelung, nach der Italiener erst nach fünf Jahren Studium und dem Abschluss der Weiterbildung als Ärzte tätig sein dürfen, überholt.

Nationales Gesundheitssystem

Dass sich das italienische Gesundheitssystem strukturell in vielen Aspekten von dem deutschen unterscheidet, zeigten unter anderem die Vorträge von Dr. Cosimo Maiorino und Dr. Ferdinando Ferrara. Maiorino, Gesundheitsdirektor der A.O. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona, Salerno, bezeichnete Italien als Beispiel einer umfassenden Gesundheitsversorgung. Durch ein Reformgesetz wurde der nationale Gesundheitsdienst „Servizio sanitario nazionale“ (SSN) 1978 in Italien eingeführt. Seither haben alle italienischen Staatsbürger freien Zugang zu den Grundleistungen der Versorgung, 1998 wurden auch Immigranten einbezogen. 1982 habe sich der SSN zu einem dezentralisierten Modell gewandelt, bei dem Effizienz und Qualität stärker im Mittelpunkt standen, so der Referent. Mit der Reform von 1999 habe die regionale Verwaltungsebene mehr Verantwortung erhalten; 2001 wurden den 21 italienischen Regionen zunächst weitere Kompetenzen und dann die vollständige Autonomie in Gesundheitsfragen übertragen.

Der SSN sei das einzige öffentlich-rechtliche Unternehmen Italiens, das weltweit geschätzt werde, sagte Maiorino schmunzelnd. Maiorino ist für die Koordination der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen der Region Salerno verantwort-

lich. Während andere staatliche Gesundheitssysteme aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, erfolgt die Finanzierung des SSN nur für einen gewissen Teil aus staatlichen Geldern. Außerdem werden Arbeitgeberbeiträge, regionale Steuern und private Zuzahlungen der Patienten herangezogen.

Gute Versorgungsqualität, aber demografisches Problem

Die meisten italienischen Krankenhäuser werden von lokalen Gesundheitsträgern betrieben; die großen öffentlichen Häuser sind inzwischen autonom und schließen Verträge mit der zuständigen Regionalbehörde ab. In Italien seien die lokalen Gesundheitsbehörden Schnittstelle zwischen Bürgern und Gesundheitseinrichtungen, sagte Dr. Ferdinando Ferrara, Kardiologe an der „Azienda Sanitaria Locale Salerno“ (ASL). Während die Krankenhäuser für die Notfälle zuständig seien, erfolge die Basisversorgung durch Allgemeinärzte, die mit der Pflege zusammenarbeiteten. Sie leisteten Vorsorge, Information, Prävention und vermittelten den Zugang zu Fachärzten bzw. Facharztzentren. In den „Häusern der Gesundheit“ arbeiteten Haus- und Fachärzte zusammen. Dr. Alfonso Giordano, Direktor des Krankenhausbereichs der ASL Salerno, gab einen Überblick über die Struktur der Krankenhausversorgung – öffentliche Krankenhäuser, Universitätskliniken, private Häuser und Rehaeinrichtungen – und die festgelegten Standards im stationären Bereich. Bei der Behandlung von Schlaganfällen, Herzinfarkten und Unfallverletzten arbeiteten Krankenhäuser in einem Netz zusammen. Maiorino betonte, dass das italienische Gesundheitssystem eine gute Versorgungsqualität biete. „Aber wir haben ein demografisches Problem“, räumte er ein. Und damit werde die Versorgung teurer.

Kommunikation zwischen Versorgungsebenen

Angefangen mit einem historischen Rückblick und der Einführung der gesetzlichen Rentenversicherung 1889 durch Otto von Bismarck beleuchtete Prof. Erika Baum die Entwicklung des deutschen Gesundheits-

wesens bis heute und stellte das System der Gesetzlichen Krankenversicherung vor. Baum gab einen Überblick über Organisation und Akteure des Gesundheitssystems und beschrieb die Aufgaben von Haus- und Fachärzten mit besonderem Augenmerk auf der Allgemeinmedizin. Bei der Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung kritisierte sie unter anderem die „suboptimale Kooperation und Kommunikation zwischen verschiedenen Versorgungsebenen“ in Deutschland. Durch einen sehr freien Zugang und fehlende Koordination „flippeten“ Patienten oft durchs System. Baum sprach sowohl den zunehmenden Hausärztemangel („Im Verhältnis zu Fachspezialisten ist die hausärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich unterbesetzt“) als auch die berufliche Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten an: So zeigten Befragungen eine hohe Zufriedenheit, aber zu wenig Zeit für Patienten.

Rolle des Hausarztes neu definiert

Über die „Allgemeinmedizin Italiens gestern, heute und morgen“ referierte Dr. Francesco Benevento, Facharzt für Allgemeinmedizin und Segretario Provinciale Generale der Nationalen Vereinigung der Ärzte-, Chirurgen- und Zahnärztekammern (FIMMG) Italiens. Er habe das Wort „morgen“ in den Titel seines Vortrags aufgenommen, da die Allgemeinmedizin in Italien in einem Umbruch begriffen sei und es künftig ein Team von Vertrauensärzten in der Allgemeinmedizin geben werde. Herausforderungen durch neue Krankheiten machten dies notwendig. Mit der Einführung des nationalen Gesundheitsversorgungssystems 1978 sei der Arzt für Allgemeinmedizin bereits aufgewertet worden. Heute sei das Diplom für Allgemeinmedizin mit Facharztbezeichnungen gleichzusetzen. Die Weiterbildung dauere drei Jahre und werde in einem Krankenhaus oder einer Universitätsklinik bzw. in der Praxis eines Allgemeinmediziners absolviert, der seinen Beruf seit zehn Jahren ausübe. Nach dem Examen trage man sich auf einer Liste ein und rücke chronologisch vor, bevor man einen Arztsitz erhalte. In der Region Kampanien komme ein Allgemeinarzt auf 1.300 Patienten, so Be-

nevento. Aufgabe des Allgemeinarztes sei die Behandlung chronischer Krankheiten, aber auch von Akutfällen. Hausärzte und Fachärzte betreuten chronisch Kranke gemeinsam und müssten dabei alle zur Verfügung stehenden Hilfsmittel der Telematik nutzen, darunter die elektronische Gesundheitskarte mit elektronischer Patientenakte. Neu sei die Behandlung in Praxisnetzen, Stichwort Vertrauensmedizin im Team. Ziel sei es, die Patientenversorgung 24 Stunden am Tage an sieben Tagen der Woche zu gewährleisten. In diesem Rahmen müsse auch die Rolle des Hausarztes neu definiert werden, da mehr Wert auf Management und Ökonomie gelegt werde.

Ärztliche Aus- und Weiterbildung in Italien

Auf die ärztliche Aus- und Weiterbildung in Italien ging der Kardiologe Prof. Carmine Vecchione, Direktor der Abteilung für Medizin und Chirurgie der 2005 wiedereröffneten medizinischen Fakultät von Salerno, ein: „Zulassungsvoraussetzung für das Medizinstudium ist das Abitur, doch Parameter für die Aufnahme an einer der medizinischen Fakultäten ist ein Aufnahmetest, der sogenannte IMAT (International Medical Admission Test), der sich aus Fragen aus den Fächern Biologie, Chemie, Mathematik und Physik und – fakultativ – einem psychologischen Eignungstest zusammensetzt.“ Ein Jahr lang haben die künftigen Studenten Zeit für die Vorbereitung auf den Test. „Ob man zum Studium an einer der 45 Fakultäten zugelassen wird, hängt von der Punktzahl im IMAT ab.“ Das sechsjährige Studium ist in drei vorklinische und drei klinische Jahre unterteilt und schließt mit der Laurea ab. Die Weiterbildungskurse werden an der Universität angeboten; um Weiterbildungsstellen müssen sich die Studierenden bewerben. Vecchione kündigte an, dass ein neues Medizinexamen geplant sei.

Ärztliche Aus- und Weiterbildung in Deutschland

„In Deutschland kann man derzeit an rund 40 Universitäten – darunter 35 staatliche Universitäten, vier private Uni-

versitäten und bei der Bundeswehr – Humanmedizin studieren“, berichtete Prof. Volkmar Jacobi in seinem Vortrag. „Jedes Jahr bewerben sich über 65.000 Interessenten für 11.000 Studienplätze.“ Während bisher die Abiturnote und ein Auswahlverfahren der Universitäten die Auswahlkriterien waren, habe das Bundesverfassungsgericht 2017 entschieden, dass die Zulassung zum Medizinstudium neu geregelt werden müsse.

Der Numerus clausus wird nicht abgeschafft und die Abiturbestnote bleibt entscheidendes Kriterium, aber durch ein bundesweit standardisiertes Eignungsverfahren soll eine höhere Verteilungsgerechtigkeit erreicht werden. Nach einer Übersicht über die Inhalte des Studiums und das Examen erläuterte Jacobi, dass die Ausübung des ärztlichen Berufs in Deutschland nur mit einer Approbation oder vorübergehenden Erlaubnis (Berufserlaubnis) möglich sei. Wie in Italien könne man erst nach dem Studium mit einer Facharztweiterbildung beginnen, die je nach Fachrichtung noch einmal fünf bis sechs Jahre dauere. „In dieser Zeit ist man als Arzt in Weiterbildung (Praxis/Krankenhaus) tätig und hat ein Einkommen.“ Geregelt werde die Weiterbildung durch die – jetzt neu aufgestellte – Weiterbildungsordnung. Fortbilden müsse sich ein Arzt dagegen verpflichtend ein Berufsleben lang.

Medizinische Versorgungszentren

Über seine Tätigkeit als ehemaliger Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in Hanau berichtete Dr. Vincenzo Mancuso. Bei einem MVZ handle es sich um eine fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung, die über die Zusammenarbeit mindestens zweier Ärzte mit unterschiedlichen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen eine interdisziplinäre Versorgung aus einer Hand gewährleisten soll. Wie selbstständig niedergelassene Vertragsärzte nehmen MVZ an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen teil. Vorteilhaft für Ärzte seien vor allem flexible Arbeitszeiten und die Verbindung zwischen ambulantem und stationärem Bereich, so Mancuso. Er wies aber auch auf Nachteile wie die Gefahr der Kommer-



zialisierung und nicht-medizinischer Einflussfaktoren hin.

An Mancusos Vortrag knüpfte sich eine lebhafte Diskussion. Prof. Baum gab zu bedenken, dass MVZ aus dem ambulanten Topf der Krankenkassen finanziert würden und das Krankenhaus, dem ein MVZ angeschlossen sei, so Kosten verlagern könne. Dr. Pinkowski stellte klar, dass es in Deutschland – anders als in Italien – Krankenhauskonzerne gebe, die Geld für ihre Aktionäre erwirtschaften wollten und die Strategie verfolgten, Patientenströme zu sich zu lenken. „Die Landesärztekammer wendet sich auch deshalb gegen die Ökonomisierung“, sagte Pinkowski.

Soziale Aspekte der Versorgung

Soziale Aspekte der medizinischen Versorgung stellten Dr. Maurizio Ciliberti und Dr. Salvatore Pauciulo aus Salerno in den Mittelpunkt ihrer Vorträge, die sie in ähnlicher Form im Januar 2018 auf dem Ethik-Symposium der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim gehalten hatten (vgl. HÄBL 03/2018). Pauciulo, Chirurg und bis zu seiner Pensionierung Chefarzt eines Krankenhauses, informierte über die Betreuung von Migranten ab dem Zeitpunkt ihrer Ankunft im Hafen von Salerno und die Gesundheitsversorgung während der Dauer ihres Aufenthaltes im Aufnahmezentrum des Italienischen Roten Kreuzes. Ciliberti, Chirurg und Leitender Arzt bei ASL Salerno, berichtete über die Anstrengungen, die unternommen würden, um mögliche gesundheitliche Probleme von Migranten zu identifizieren und umgehend mit angemessenen Maßnahmen darauf reagieren zu können. In den Erste-Hilfe- und Aufnahmezentren erhielten neu ankommende Migranten zunächst die erste notwendige Versorgung, bevor sie auf andere Zentren verteilt würden.

Ärztliche Hilfe für alle

Menschen ohne Krankenversicherung war der Vortrag von Andreas Illes, in Frankfurt am Main niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin, gewidmet. Illes, in Rumänien geboren und aufgewachsen, informierte darüber, dass in Frankfurt die Sozialdienste der Stadt für

die medizinische Versorgung der Menschen aufkämen. Seit 1997 bietet Illes wöchentlich mittwochnachmittags in den Räumen des Frankfurter Gesundheitsamtes die „Rumänischsprachige Sprechstunde“ für Roma an – mit Unterstützung des Sozialamtes. Von Anfang an waren auch Pädiater vom jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes mit dabei. „In all den Jahren haben zwischen 2.500 und 3.000 Leute von dieser Sprechstunde profitiert“, sagte Illes. „Allerdings haben wir in dieser Zeit auch festgestellt, dass es wesentlich mehr Bedürftige gibt – viele Afrikaner, aber auch andere Nationen.“ Das Angebot sei daher auf zwei bis drei Stunden in der Woche erweitert worden. „Die Menschen ohne Krankenversicherung erhalten alles, was sie brauchen. Auch Krankenhausbehandlungen.“ Für sein Engagement wurde der Allgemeinmediziner nach zehn Jahren mit der Verdienstmedaille und nach zwanzig Jahren mit der Römerplakette der Stadt Frankfurt ausgezeichnet.

Blick zurück

„Wir haben von Aktuellem gesprochen, jetzt werfen wir einen Blick zurück“, erklärte Dr. Giuseppe Lauriello, emeritierter Ordinarius für Lungenheilkunde und Medizinhistoriker in seinem Vortrag über die Gesundheitsgesetzgebung von Friedrich II, dem Staufer. Während im frühen Mittelalter Mönche für die medizinische Versorgung zuständig gewesen seien, hätten weltliche Ärzte im 12. und 13. Jahrhundert diese Aufgabe übernommen. „Das Wissen war allerdings gering, so dass die Qualität zu wünschen übrig ließ.“ Im Jahr 1134 sei daher ein Dekret erlassen worden, wonach Ärzte eine Prüfung abzulegen hatten. „Aber die Prüfer waren keine Ärzte, sondern fachfremde Beamte“, erzählte Lauriello. Aus Sorge um die öffentliche Gesundheit sei Friedrich II. hundert Jahre später mit der Konstitution von Melfi eingeschritten. Ausgehend vom Lehr- und Forschungsbetrieb an der Medizinschule von Salerno, erfolgte darin die gesetzliche Abgrenzung des Ärztestandes vom Apothekerwesen. Auch habe Friedrich II die Überprüfung des Wissens mit genauen Vorgaben zu Inhalten und Länge der Ausbildung angeordnet.

„Bis heute hat sich also gar nicht so viel verändert, wir haben das Ganze nur perfektioniert“, so Lauriello.

Gemeinsame Ethik: Zuwendung, Menschlichkeit und Liebe

„Solange du nicht weißt, wohin du reist, wird es nicht ein Reisen, sondern ein Umherirren sein“, zitierte Dr. Bruno Ravera, Past President der Ärzte- und Zahnärztekammer von Salerno, aus einem Brief von Seneca an Lucilius. Es gehe darin um Sein und Pflicht. „Medizinische Deontologie“ hatte Ravera seinen Vortrag betitelt, in dem er sich mit ethischen Theorien auseinandersetzte, die den moralischen Status einer Handlung nicht nur anhand ihrer Konsequenzen bestimmen.

Bis 1990 habe der deontologische Kodex dazu gedient, dem Arztberuf Würde zu verleihen, sagte Ravera. Heute besitze der Arzt immer mehr Macht über Leben und Tod, so dass sich in jüngerer Zeit eine lebendige Regeldebatte entwickelt habe. Für den Arzt, so Ravera, sei das menschliche Leben ein unantastbares Gut. Das italienische Verfassungsgericht habe festgelegt, dass kein Patient auf die bestmögliche Pflege verzichten könne. Ein Arzt, der dies nicht beachte, verletze immer zugleich auch den deontologischen Kodex. „In Italien ist man der Meinung, dass dieser Kodex wichtiger ist als der italienische Staat.“ So dürfe ein Arzt nur mit Zustimmung des Patienten eine Behandlung durchführen.

Mit der Frage „Glauben Sie, dass es eine europäische medizinische Ethik gibt?“ wandte sich Ravera an seine italienischen und deutschen Kollegen. Tatsächlich sei ein europäischer Kodex anzustreben, um eine Einheit in ethischen Fragen, u. a. zur Lebensverlängerung, zu erzielen. „Wir dürfen nicht übermütig werden“, forderte Ravera. Auch dürfe der Arzt nicht der Versuchung erliegen, Ruhm für sich zu beanspruchen. „Man lebt durch das, was man schenkt: Zuwendung, Menschlichkeit und, lächeln Sie nicht, Liebe!“ Vielleicht gelinge es ja, in diesen schwierigen politischen Zeiten einen gemeinsamen Deontologiekodex zu finden, verlieh Ravera seiner Hoffnung unter dem Applaus der Zuhörer Ausdruck.

Katja Möhrle