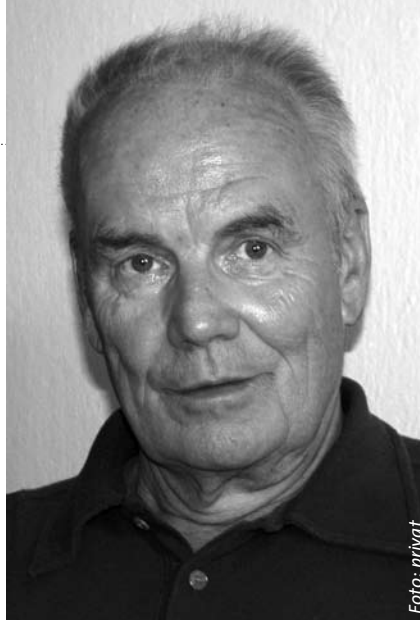


Funktionierende Palliativmedizin in Berlin



Dr. med. Reimer Junkers

ist stellvertretender Vorsitzender des Home Care Berlin e.V.

Zunehmend erfährt die palliativmedizinische Versorgung Sterbender die Aufmerksamkeit der Medien, und das ist gut so. Die Bewertung der Versorgungssituation in Deutschland reicht dabei von „zufriedenstellend“ bis hin zu „einem Entwicklungsland entsprechend“. Berlin ist von dieser Kritik nicht ausgenommen.

Als Mitbegründer der ersten Berliner hämatologisch-onkologischen Schwerpunktpraxis im Jahre 1981 überschaue ich viele Jahre der palliativmedizinischen Versorgung in Berlin und bin der Meinung, dass es speziell auf diesem Gebiet sehr wohl erwähnenswerte Fortschritte und positive Entwicklungen zu erkennen gibt.

Noch in den 80er Jahren waren wir fast immer gezwungen, unsere sterbenden Patienten in den letzten Lebenstagen ins nächstgelegene Akutkrankenhaus einzuweisen. Palliativstationen und stationäre Hospize gab es noch nicht (die erste Palliativstation wurde 1995, das erste Hospiz 1998 eröffnet). Es gab auch keine Hospizinitiativen, die sich an der ambulanten Betreuung Sterbender beteiligten.

Seitdem hat sich die Situation in Berlin stetig verändert. Heute verfügt das Land über eine Vielzahl spezialisierter Dienste und Einrichtungen im ambulanten und stationären Bereich (vgl. auch den Artikel von Rosemarie Stein in der BERLINER ÄRZTE 03/06). So gibt es derzeit acht

Stationäre Hospize mit 113 Betten, ein weiteres steht kurz vor der Eröffnung, womit Berlin bundesweit einen Spitzenplatz einnehmen wird. Es gibt das deutschlandweit bisher einmalige Home Care-Projekt mit zurzeit 21 angeschlossenen Praxen und 27 Home Care-Ärzten, das rund 2000 Patienten jährlich im ambulanten Bereich versorgt. Allein schon um dieses Projekt werden wir in anderen Bundesländern beneidet. Hinzu kommen mehrere spezialisierte Pflegedienste und eine Vielzahl von Hospizinitiativen, von denen 16 in der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz vertreten sind. Lediglich bei den Palliativstationen (derzeit 4 mit 35 Betten) nimmt Berlin zurzeit noch einen Platz im unteren Drittel der Bundesländer ein. Da gegenwärtig vier weitere Palliativstationen in Planung sind, ist auch hier in absehbarer Zeit eine Verbesserung zu erwarten.

Auch von gesundheitspolitischer Seite wird seit Jahren einiges getan, zu nennen sind hier die „Fortschreibung des Hospizkonzeptes von 1998“ sowie die von der Berliner Gesundheitssenatorin im Juni dieses Jahres initiierte Einrichtung eines „Runden Tisches“ zur Bündelung der Aktivitäten in der Palliativmedizin, an dem alle relevanten Organisationen der Stadt mitarbeiten.

Natürlich stimme ich den Kritikern darin zu, dass die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Berlin derzeit noch nicht als optimal eingeschätzt werden

kann. Schuld daran ist jedoch meiner Ansicht nach nicht eine zu geringe Zahl an spezialisierten Einrichtungen, sondern die mangelhafte Strukturierung der vorhandenen Angebote. Zur Verbesserung der Situation werden gegenwärtig verschiedene Dinge diskutiert und in Angriff genommen: Beispielsweise soll zur Unterstützung der Betroffenen und zur Optimierung der Patientenwege ein Case-Manager eingesetzt werden, geprüft wird der Aufbau und Einsatz einer „elektronischen Patientenakte“ für Palliativpatienten. Ein entsprechender Antrag wurde vom Palliativzentrum Berlin-Brandenburg bei der Deutschen Krebshilfe eingereicht. Auch durch die neu geschaffene Zusatzbezeichnung werden sich weitere Ärzte palliativmedizinische Kenntnisse erwerben und in eine leistungsfähige Kommunikations- und Dokumentationsinfrastruktur einzubinden sein.

Insgesamt gesehen kann Berlin also auf seine palliativmedizinische Szene durchaus stolz sein. Meiner Meinung nach ist es in der heutigen schwierigen gesundheitspolitischen Situation wichtig, den Blick ab und zu auf funktionierende medizinische Versorgungsstrukturen zu lenken.



TITELTHEMA.....

Influenza – Neuer Fokus auf eine Viruserkrankheit

Die jedes Jahr auftretenden Influenza-Erkrankungen sind bisher unterschätzt worden. Erst die Auseinandersetzung der Medien mit der Vogelgrippe hat die Bevölkerung, aber auch Fachkreise und Forschung auf die Influenza aufmerksam werden lassen.

Von Walter Haas, Udo Buchholz, Yvonne Deleré,
Sabine Reiter, Brunhilde Schweiger 14

INFLUENZA

MEINUNG.....

Funktionierende Palliativmedizin in Berlin

Von Reimer Junkers..... 3

BERLINER ÄRZTE aktuell..... 6

Erneuter Malaria Todesfall in Berlin

Informationen des Tropeninstituts
Berlin 12

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Warten statt planen

Der Berliner Krankenhausplan wandelt sich zum Lesebuch.
Von Nicolas Schönfeld..... 22

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen..... 13**Fortbildungskalender**

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin..... 20

PERSONALIEN.....

Medizin als Kunst vom inneren Schweinehund

Dr. Eckart von Hirschhausen ist Mediziner und arbeitet inzwischen hauptberuflich als Kabarettist. Derzeit tourt er mit seinem dritten Solo-Programm „Glücksbringer“ durch Deutschland. BERLINER ÄRZTE bat von Hirschhausen um eine „Sprechstunde“ 24

In memoriam Annegret Lübker

..... 27

Zum Tode von Rolf Winau

..... 28

Stanislaw Karol Kubicki zum 80.

..... 32

BUCHBESPRECHUNG.....

Von Schagen, Schleiermacher:

100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland (CD-Rom)..... 29

FEUILLETON.....

„T’volck wil bedroghen zyn“

Die dreiteilige Rembrandt-Ausstellung im Kulturforum zeigt, dass die Druckgrafiken und Zeichnungen des Holländers seinen Gemälden ebenbürtig sind.

Von Rosemarie Stein..... 30

Impressum 38

MUT

Sommerfest für Obdachlose

Zum zweiten Mal hat die MUT Gesellschaft für Gesundheit ihr Sommerfest für Obdachlose gefeiert. Im Hofgarten der Tagesstätte für Obdachlose in der Lichtenberger Weitlingstraße hatten sich am 9. August zahlreiche Obdach- und Wohnungslose eingefunden, um zusammen mit Gästen einige entspannte Stunden zu genießen. Zuvor hatte das Dentallabor Henry Schein der Einrichtung einen dringend benötigten Zahnarztstuhl als Spende übergeben. MUT-Geschäftsführerin Dr. Helga Schick dankte den Mitarbeitern, Trägern, Unterstützern und Spendern der Einrichtung herzlich. „Soziale Geborgenheit ist keine Selbstverständlichkeit“, unterstrich sie und

äußerte den Wunsch, dass das Sommerfest zur Tradition werden solle. Gesundheitssenatorin Dr. Heidi Knake-Werner (PDS) sagte, die MUT-Einrichtungen leisteten viel mehr als die notwendige medizinische Versorgung von Obdachlosen: „Sie streicheln auch die Seele.“

Die MUT gGesellschaft für Gesundheit mbH, deren Hauptgesellschaft die Ärztekammer Berlin ist, betreibt am Ostbahnhof und in Lichtenberg zwei Einrichtungen, wo sie sozial schwache Menschen medizinisch, zahnmedizinisch und sozialpflegerisch betreut. Seit der Gründung 1994 wurden die Angebote mehr als 60.000 Mal genutzt.

Spendenkonto der MUT: MUT gGesellschaft für Gesundheit mbH
Berliner Sparkasse, BLZ: 100 500 00, Konto-NR.: 133 333 30



Foto: S. Rudat



Foto: Alexander Beck

Patientenbeauftragte stellt ersten Tätigkeitsbericht vor

Rund 1200 Patienten haben sich bisher mit ihren Problemen an die Berliner Patientenbeauftragte Karin Stötzner gewandt. Diese Zahl nannte Stötzner bei der Vorstellung ihres ersten Tätigkeitsberichts am 14. August. Stötzner, die seit 1985 die

Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (SEKIS) leitet, hatte das Amt am 1. November 2004 zusätzlich übernommen. Die Einrichtung einer Landespatientenbeauftragten geht auf eine Initiative von Gesundheitssenatorin Dr. Heidi Knake-Werner (PDS) zurück und ist bis heute bundesweit einzigartig. Knake-Werner stellte in Aussicht, das Amt der Patientenbeauftragten nach den Abgeordnetenhauswahlen im September zur Vollzeitstelle auszubauen.

Die Liste der Probleme, mit denen sich die Patienten an die Diplom-Soziologin wandten, ist lang. Aus der Sicht der Betroffenen sind dies vor allem unverhältnismäßig lange Wartezeiten in Praxen und Ambulanzen, Hygienemängel in Krankenhäusern, falsche private Arztrechnungen, schlechter Zahnersatz und vermeintliche Behandlungsfehler. Diese Anfragen seien teilweise nur sehr aufwändig zu beantworten. Es gelte dann, sich mit den betroffenen Ärzten, Kliniken, Heimen und Organisationen in Verbindung zu setzen. Mit 170 bis 200 Organisationen habe sie inzwischen regelmäßig Kontakt, sagte Stötzner. Als einen Erfolg ihrer bisherigen Arbeit sieht sie die Schaffung von klaren Informations- und Kontaktstrukturen zu den verschiedenen Organisationen und Verbänden. Sie hob dabei die Ärztekammer Berlin und die KV Berlin hervor.

Die Patientenbeauftragte sieht sich selbst als „Seismograf“ für die sozialen und medizinischen Probleme und Nöte der Berliner. Sie räumte aber ein, dass das Gesundheitssystem in Berlin nicht krank: „Es gibt hier auch viel gute Versorgung.“ Zugleich betonte sie, dass die 1200 Anfragen nur die Spitze des Eisberges seien.

Als einen Schwerpunkt ihrer künftigen Arbeit sieht sie die Beteiligung an Patienteninformationssystemen, um für mehr Transparenz in der Versorgung zu sorgen. So unterstützt sie den Aufbau des von der Bertelsmann Stiftung geplanten bundesweiten Internet-Informationssystems PINK (Patienteninformation zu Krankenhäusern). Berlin sei dabei Pilotregion. Das Internetportal soll im Lauf des nächsten Jahres an den Start gehen und Patienten die Kliniksuche erleichtern, erläuterte Stötzner.

Ein weiterer Schwerpunkt soll die medizinische Versorgung in Senioren- und Pflegeheimen werden. Außerdem will sie sich verstärkt um die Beratungslandschaft in der Hauptstadt kümmern. „Die Selbsthilfeorganisationen sind meist die erste Anlaufstelle für Patienten“, fügte Stötzner hinzu.

COPD-Patientenleitlinie zur Kommentierung freigegeben

Eine Patientenleitlinie zur Chronisch Obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) ist noch bis Ende des Monats im Internet zur öffentlichen Kommentierung freigegeben. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) macht damit erstmals eine Patientenleitlinie zur Kommentierung frei zugänglich. Nach ÄZQ-Angaben basiert sie auf einer ärztlichen Leitlinie, der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) COPD und wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern des Deutschen Allergie- und Asthmabundes e. V. sowie des Patientenforums erstellt. Kommentieren können Angehörige medizinischer Berufsgruppen, Patienten und deren Angehörige sowie Mitglieder von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen. Die Kommentare werden in Absprache mit ihren Einsendern in anonymisierter Form ebenfalls im Internet öffentlich gemacht.

Die Patientenleitlinie COPD ist das Ergebnis einer Zusammenarbeit zwischen dem ÄZQ und dem Patientenforum. Ziel dieser Zusammenarbeit ist es, den Angaben zufolge durch die Erarbeitung und Verbreitung evidenz- und leitlinienbasierter Patienteninformationen Patienten darin zu unterstützen, ihre Erkrankungen und deren Behandlung besser zu verstehen und zu bewältigen und damit letztlich die Versorgung chronisch kranker Patienten zu verbessern. Durch die direkte Einbeziehung der Patienten in die Erstellung der Patienteninformationen

gelingt es, Bedürfnisse und Fragestellungen aus Sicht der Vertreter von Patientenorganisationen besser zu berücksichtigen. Um dies auf noch breitere Füße zu stellen, schließt sich an die Erstellung der Patientenleitlinie eine Phase der öffentlichen Kommentierung an. Diesen Verfahrensweg hat das ÄZQ für die Patientenleitlinie COPD erstmalig gewählt. Er ist analog zur Vorgehensweise bei der Erstellung der ärztlichen Leitlinie, die ebenfalls zur Kommentierung öffentlich und frei zugänglich war. Alle mit dem Thema COPD befassten Patienten, Angehörigen, Vertreter von Patienten- und Selbsthilfeverbänden und Angehörige medizinischer Berufsgruppen sind eingeladen, ihre Kommentare zur Patientenleitlinie COPD einzureichen. Dies ist entweder über ein Formular im Internet oder per Mail möglich: www.copd.versorgungsleitlinie.de NVL@azq.de

In der Schriftenreihe des ÄZQ sind drei neue Bände erschienen. Band 24 (ISBN 3-9811002-2-0) mit dem Titel „Das Deutsche Leitlinien-Clearingverfahren 1999-2005 - Abschlussbericht“ befasst sich mit dem Clearingverfahren von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in Kooperation mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der Krankenversicherungen und der Gesetzlichen Rentenversicherung. Bei Band 25 (ISBN 3-9811002-0-4) handelt es sich um ein „Manual

Patienteninformation“, das Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformation gibt. Band 26 (ISBN 3-9811002-4-7) ist ein „Handbuch zur Entwicklung regionaler Leitlinien“. In Kürze erscheint Band 27 mit dem

Titel „Leitlinien in der Medizin: Anwendung, Einstellungen und Barrieren – eine Befragung Berliner Hausärzte“.

Die Bücher der ÄZQ-Schriftenreihe sind über den Buchhandel erhältlich.

Letzte Meldung

Hohe Zufriedenheit der Patienten

Allen Unkenrufen von Seiten der Politik zum Trotz: Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit ihren Ärzten ist in Deutschland weiterhin hoch. 91% derjenigen, die in den vergangenen zwölf Monaten ihren Hausarzt aufgesucht haben, bewerteten die medizinischen Leistungen mit gut oder sehr gut, so das Ergebnis einer repräsentativen Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die Forschungsgruppe Wahlen (FGW) hatte dazu zwischen Ende Mai und Anfang Juni bundesweit 4315 gesetzlich und privat versicherte Deutsche im Alter von 18 bis 79 Jahren telefonisch interviewt. Der Umfrage zufolge beschreiben 94% der Befragten das Vertrauensverhältnis zum Arzt in der Praxis, die sie am häufigsten aufgesucht haben, als gut oder sehr gut. Der Arztbesuch gehört bei den Bundesbürgern zum Alltag: 82% waren in den vergangenen zwölf Monaten mindestens einmal beim Arzt. Davon waren 42% ausschließlich beim Hausarzt, 17% nur beim Facharzt und 41% bei Haus- und Facharzt. 93% gaben an, einen Hausarzt zu haben.

Das in jüngster Zeit viel diskutierte Thema Wartezeiten scheint weit weniger dramatisch als oft beschrieben: Fast die Hälfte der Befragten (46%) hat demnach sofort einen Termin bekommen (gesetzlich Versicherte 44%, privat Versicherte 54%). Bis zu drei Tagen mussten sich 20% gedulden. Lediglich 3% mussten länger als drei Wochen auf einen Termin warten. Auch die Wartezeiten in den Praxen waren überschaubar. Während 9% sofort dran kamen, mussten 31% eine Viertelstunde und weitere 30% eine halbe Stunde warten.

Die Versichertenbefragung soll laut KBV-Chef Dr. Andreas Köhler zusammen mit einer Befragung der Vertragsärzte, die im Herbst durchgeführt werden soll, als „Richtschnur für das weitere Handeln“ dienen. Diskussions- und Handlungsbedarf gebe es beispielsweise bei den Themen „Doktor-Hopping“, Notfalldienste oder Ärztemangel in bestimmten Regionen.

Weitere Informationen: www.kbv.de/8700.html

„Der Klinikvergleich nützt den Patienten!“



Foto: K. Kleist-Heinrich

In der Juli-Ausgabe von BERLINER ÄRZTE stellten Frau Dr. Martina Dombrowski (Ev. Krankenhaus Spandau) und Herr PD Dr. Matthias David (Charité) die Frage: Wem nützt der „Berliner Klinikvergleich?“ Ich, als einer der Initiatoren des Projektes, bin mir sicher: Er nützt vor allem den Patienten, die nun erstmals etwas über Komplikationsraten bei Operationen oder über die Qualität von Hüftprothesen in den Krankenhäusern der Hauptstadt erfahren – und auf solche Informationen auch ein Recht haben. Vermutlich hat es auch den Krankenhäusern Berlins nicht geschadet, sich am Klinikvergleich von Tagesspiegel und Gesundheitsstadt Berlin e.V. beteiligt zu haben. Denn Transparenz ist ein

Qualitätsindikator, der beweist, wie ernst einer Klinik der „mündige Patient“ ist. Und dass sich die Krankenhäuser – bis auf die Charité – gegen ihre Interessen nur dem politischen Druck gebeugt hätten, wie es die Autoren in ihrem Beitrag implizieren, darf man bezweifeln. Bisher waren die Kliniken sehr gut in der Lage, ihre Interessen gegen die Politik zu verteidigen.

Die Autoren fürchten, dass diese Form der Transparenz zu methodischen Qualitätseinbußen bei den Daten führe. Außerdem seien diese so kompliziert, dass nur Fachleute sie richtig deuten könnten. Es ist wahr: Die Qualitäts-Angaben der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) werden zu einem anderen Zweck erhoben. Aber macht das die Daten automatisch unbrauchbar für anderes? Selbst die BQS in Düsseldorf meint, dass diese sich für einen fairen öffentlichen Vergleich eignen. Folgte man der Logik der Kritiker, dann dürften Störfall-Statistiken von Atomreaktoren nicht an die Öffentlichkeit, weil sie dafür nicht erhoben wurden. Streng geheim müssten auch die Beipackzettel von Arzneimitteln bleiben, weil sie oft nur Fachleute verstehen.

Natürlich gibt es noch Verbesserungspotenzial: Die Tabellen des Klinikvergleichs mit den Qualitätsindikatoren verlangen dem Laien viel ab, weshalb wir unsere Leser auch bitten, diese Informationen mit dem einweisenden Arzt zu besprechen, bevor die Klinikwahl getroffen wird. Deshalb ergänzten wir die Angaben auch mit den Empfehlungen von mehr als 1100 niedergelassenen Ärzten – eine besonders wichtige Unterstützung, für die wir den Berliner Medizinern sehr dankbar sind.

Natürlich wäre es wünschenswert, die gesamte medizinische Versorgungskette betrachten zu können – also die ambulanten, stationären und Reha-Behandlungen. Aber soll man mit dem Argument, die anderen Bereiche noch nicht übersehen zu können, tatsächlich auf eine Qualitätsbewertung der Kliniken verzichten? Nein, im Gegenteil: Die Krankenhäuser übernehmen hier eine mutige Vorreiterrolle, die für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung Maßstäbe setzen wird.

Übrigens planen wir, den Klinikvergleich fortzusetzen.

Ingo Bach
„Der Tagesspiegel“
Redaktion Berlin

Ex-Kammerpräsident Huber berät Linkspartei



Dr. med. Ellis Huber, ehemaliger Präsident der Ärztekammer Berlin, berät seit kurzem die Fraktion der Linkspartei im Bundestag. Dies bestätigte ein Fraktionssprecher auf Anfrage von BERLINER ÄRZTE. Nach Angaben von Frank Spieth, gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion, soll Huber helfen, neue gesundheitspolitische Konzepte zu entwickeln. Huber war von 1987 bis 1999 Präsident der Ärztekammer Berlin. Danach wurde er Geschäftsführer und Vorstandschef der Securvita-Krankenversicherung in Hamburg.

ANZEIGE



♥ **SYMPATHISCH**
● **ZUVERLÄSSIG UND FAIR**
► **ERFOLGREICH**

Freuen Sie sich schon auf Ihren ALBIS Praxiscomputer?

ALBIS 
Berlin Praxiscomputer

... in Berlin-Grunewald: 030 / 80 99 710
... in Hoppegarten b. Berlin: 03342 / 368 430

Spende

Stiftung Charité erhält Millionen-zuwendung

Die im Dezember 2005 gegründete Stiftung Charité hat von ihrer Gründerin, der Unternehmerin Johanna Quandt, eine weitere Zuwendung in Höhe von einer Million Euro erhalten. Zusammen mit ihrer ursprünglichen Stiftung von fünf Millionen Euro und einer Zuwendung von einer Million Euro durch die Schering AG verfügt die Stiftung Charité jetzt über ein Vermögen von sieben Millionen Euro. Ziel der Stiftung ist die Förderung und Umsetzung universitärer

Leitprojekte an der Charité. Darüber hinaus sollen herausragende Nachwuchskräfte gefördert, Preise vergeben und Kongresse ausgerichtet werden. Dadurch will die Stiftung die Charité stärken und bei einer Entwicklung unterstützen, die von der traditionellen Doppelstruktur Fakultät/Klinikum zu einem auch am Markt erfolgreichen Unternehmen führt.

Weitere Informationen: stiftung@charite.de

Chirurgie

Handlungsempfehlungen gegen Eingriffsverwechslung

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat Handlungsempfehlungen gegen Eingriffsverwechslung in der Chirurgie („Wrong Site Surgery“) vorgestellt. Sie sind das Ergebnis des inzwischen abgeschlossenen Projekts „Eingriffsverwechslung“ des Aktionsbündnisses, dessen stellvertretender Vorsitzender Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz ist.

Die Handlungsempfehlungen enthalten eine praktische Anleitung zur Vermeidung chirurgischer Eingriffsverwechslungen. Sie können mit geringem Zeitaufwand und ohne Mehrkosten in die täglichen Arbeitsabläufe von Kliniken und Ambulanzen integriert werden. Der vierstufige Präventionsplan umfasst die mehrmalige aktive Befra-

gung des Patienten, die Markierung des Eingriffsortes mit einem nicht abwaschbaren Stift, den wiederholten Abgleich mit Patientenunterlagen sowie ein gemeinsames „Team-Time-out“ unmittelbar vor dem Eingriff.

Weitere Informationen und Begleitmaterial:

Geschäftsstelle
Aktionsbündnis
Patientensicherheit
Dr. Constanze Lessing

Universität
Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten

Tel.: 02302/926757
E-Mail:
constanze.lessing@uni-wh.de

www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Krankenhaus Waldfriede

Zum 1. September 2006 ist die Chirurgische Klinik in zwei Zentren

gegliedert worden: Die bisherige Chefarztin Dr. Gabriele Ehren leitet nun die Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie mit dem Schwerpunkt MIC und das Hernienzentrum. Neu ist das Zentrum für Darm- und Beckenbodenchirurgie unter der Leitung der Chefarzte Prof. Dr. Harald Gögler und Dr. Roland Scherer. Das interdisziplinäre Beckenbodenzentrum wird im Bereich Chirurgie von Dr. Thorsten Unglaube geleitet. Gögler, Scherer und Unglaube waren zuvor in den DRK-Kliniken Westend tätig.

Maria Heimsuchung Caritas Klinik Pankow

Fälschlicherweise hatten wir in der

August-Ausgabe berichtet, dass Dr. Uwe Gottschalk in den Ruhestand gegangen sei. Richtig ist, dass Dr. Gottschalk seit dem 1. Januar Chefarzt der Abteilung Innere Medizin der Maria Heimsuchung Caritas Klinik Pankow ist. Zuvor war er Chefarzt der Klinik für Innere Medizin – Gastroenterologie des Vivantes Klinikums Prenzlaue Berg. Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

Sankt Gertrauden-Krankenhaus GmbH

Seit dem 1. Juli 2006 ist Privatdozent

Dr. Thomas-Martin Wallasch neuer leitender Arzt der Ambulanten Neurologischen Rehabilitation. Dr. Wallasch war bisher als Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Neurologie und Psychosomatik im ZaR (Zentrum für ambulante Rehabilitation) Berlin tätig. Der vorherige Stelleninhaber, Privatdozent Dr. med. Leopold Gutjahr, wurde zum 30. Juni 2006 in den Ruhestand verabschiedet.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

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

E-Mail: e.piotter@aekb.de

ANZEIGE



KORTE

RECHTSANWÄLTE

Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constanze Herr*

Absage durch Hochschule oder ZVS? – Klagen Sie einen Studienplatz ein!

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei* liegt direkt an der Humboldt-Universität. Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle – wir werden bundesweit für Sie tätig.

*Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte

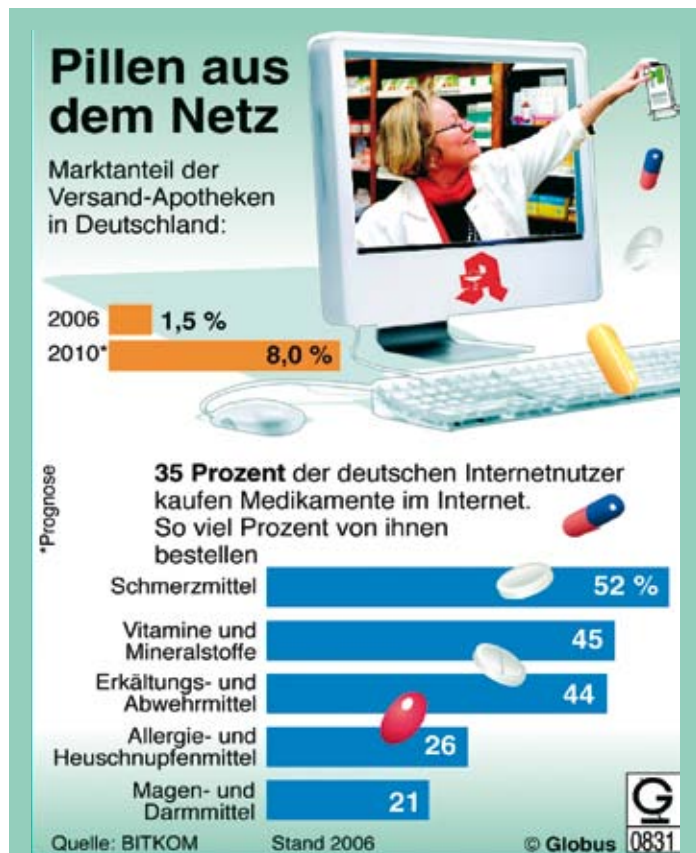
**Rudower Chaussee 12
12489 Berlin-Adlershof

24-Stunden-Hotline:
030-226 79 226

www.studienplatzklagen.com

www.anwalt.info

Fax 030-226 79 661
kanzlei@anwalt.info



Immer mehr Pillen aus dem Netz

Immer mehr Patienten kaufen Medikamente im Internet. Rund zwei Jahre nach Freigabe des Arzneimittel-Versandhandels macht laut FIBITKOM jeder dritte Internetnutzer von dieser Möglichkeit Gebrauch. Das spiegelt sich auch im Marktanteil der Versand-Apotheken wider: Schätzungen zufolge wird er bis zum Jahr 2010 auf acht Prozent steigen. Derzeit liegt er bei 1,5 Prozent. Von den 21.500 öffentlichen Apotheken in Deutschland sind inzwischen mehr als 1.200 als Versand-Apotheke zugelassen.

Bestellt werden dabei vor allem rezeptfreie Arzneimittel wie Schmerzmittel, Vitamine und Mineralstoffe sowie Erkältungsmedikamente.

Sucht

Jugendliche greifen seltener zur Zigarette

Für deutsche Jugendliche wird das Rauchen zunehmend unattraktiver. Der Anteil der Jugendlichen zwischen 12 und 19 Jahren, die gar nicht erst mit dem Rauchen anfangen, steigt, wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) berichtet. Damit setze sich ein Trend fort, der seit dem Jahr 2001 erkennbar sei. Während 2001 nur 36 Prozent der Jugendlichen angab, niemals zu rauchen, waren es im vergangenen Jahr bereits 45 Prozent. Besonders in der jüngeren Altersgruppe der 12- bis 15-Jährigen ist den Angaben zufolge ein starker Anstieg festzustellen. Waren es 2001 noch 48 Prozent, so gaben 2005 bereits 62 Prozent an, nie zur Zigarette zu greifen. Insgesamt wächst die Ablehnung gegen das Rauchen: 86 Prozent der Jugendlichen, die nicht rauchen, möchten nach eigenen Angaben auch nie damit

anfangen. Außerdem gaben nur noch 26 Prozent der Befragten an, „gelegentliche oder ständige Raucher“ zu sein. Dies ist der niedrigste Wert seit Beginn der Untersuchungen der BZgA zum Rauchverhalten Jugendlicher im Jahr 1979. Dabei betrifft der Rückgang weibliche wie männliche Jugendliche gleichermaßen. „Die bisher eingeleiteten Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens erweisen sich als sehr erfolgreich und führen bei den Jugendlichen zu einer Abnahme der Raucherquote“, sagte BZgA-Direktorin Dr. Elisabeth Pott und fügte hinzu: „Die Kombination aus gesetzgeberischen Maßnahmen und bundesweiten Präventionskampagnen zur Förderung des Nichtrauchens hat sich bewährt.“

Weitere Informationen:

www.bzga.de >

Studien/Untersuchungen > aktuelle Studien

ANZEIGE

MEYER-KÖRING v. DANWITZ PRIVAT

DR. REINER SCHÄFER-GÖLZ FACHANWALT FÜR MEDIZINRECHT

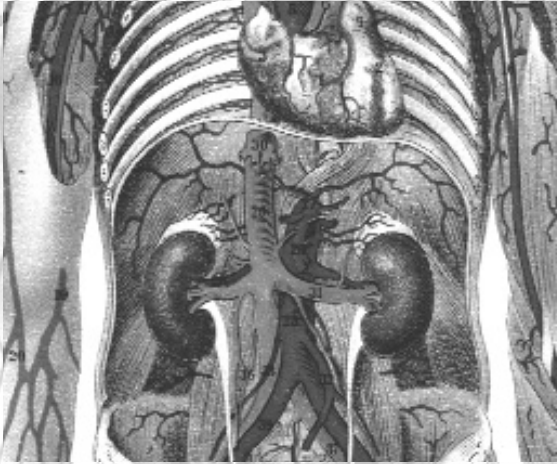
- Beratung und Vertretung von Ärztinnen und Ärzten vor und in der Niederlassung bei Gründung, Auseinandersetzung und Verkauf von Praxen, bei Eingehung von Kooperationen (insbesondere Berufsausübungs- und Organisationsgemeinschaften) sowie Gründung von Medizinischen Versorgungszentren
- Vertragsarztrecht, insbesondere Zulassung, Vergütung, Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Vertretung von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern in Haftpflichtprozessen
- ärztliches Berufs- und Strafrecht
- ärztliches Wettbewerbsrecht, Heilmittelwerberecht

Kronenstraße 3 ■ 10117 Berlin ■ Telefon: 030 206298-6
E-Mail: schaefer-goelz@mkvdp.de ■ www.mkvdp.de



DSO

Mehr Organspenden in Deutschland



Die Zahl der Organspenden in Deutschland ist weiter leicht gestiegen. Im ersten Halbjahr 2006 haben nach vorläufigen Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) bundesweit 627 Menschen nach dem Tod ihre Organe gespendet, das waren 17 mehr als von Januar bis

Juni 2005. Es standen 1966 gespendete Organe für Transplantationen zur Verfügung (2005: 1881). Entsprechend erhöhte sich auch die Anzahl der durchgeführten Transplantationen auf 2034 (2005: 1.969). „Der positive Trend bei der Organspende setzt sich auch in diesem Jahr fort.

Dies ist eine erfreuliche Entwicklung für die etwa 11.500 Menschen, die auf ein neues Organ warten“, sagte DSO-Vorstand Professor Dr. med. Günter Kirste. Allerdings dürfe die Situation nicht darüber hinwegtäuschen, dass in Deutschland nach wie vor ein Mangel an Organen bestehe, warnte Kirste. „Täglich sterben drei Patienten auf der Warteliste“, betonte der Mediziner.

In der Region Nord-Ost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) sank allerdings die Zahl der Organspender im Vergleichszeitraum von 96 auf 82. Die Zahl der Transplantationen ging dort von 310 auf 257 zurück. Weitere Informationen: www.dso.de

Kongress

Gynäkologie und Geburtshilfe

Unter dem Motto „Frauen – Medizin – Kommunikation“ tagt vom 19. bis zum 22. September im ICC Berlin der 56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Wie DGGG-Präsident Professor Dr. med. Klaus Vetter (Vivantes Klinikum Neukölln) im Vorfeld betonte: „Derzeit erleben wir Veränderungen, die weder ethisch noch sozial oder finanziell in all ihren Ausmaßen erfassbar sind. Eine durch zunehmend höheres Lebensalter und fehlenden Nachwuchs auf dem Kopf stehende Alterspyramide, aber auch ein

stetig ansteigendes Alter von Schwangeren fordern die Medizin in nie da gewesener Weise heraus. Der Rückzug von der Reproduktion durch einen zunehmend größeren Teil der Bevölkerung außerhalb der Dritte-Welt-Länder verändert nicht nur unsere Gesellschaftsstrukturen ganz erheblich, sondern stellt auch die Medizin vor neue Aufgaben.“ Deswegen komme auch der strukturierten Kommunikation zwischen Patientinnen, Ärztinnen und Ärzten in Zukunft eine andere und voraussichtlich noch größere Bedeutung als heute zu.

Die Anmeldungen für den Kongress sind nur noch vor Ort möglich. Eine Liste mit den Anmeldegebühren findet sich im Internet.

Eine öffentliche Informationsveranstaltung mit dem Titel

„Medizin für Frauen – Expertinnen und Experten beantworten Fragen“

findet im Vorfeld des Kongresses am 18. September um 18 Uhr in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Robert Koch-Platz 7, 10115 Berlin, statt.

Weitere Informationen: www.dggg-kongress.de

Ultraschall erleben SONOLINE Center



Proven Outcomes.
Sichtbare Ergebnisse.

Ultraschall vor Ort:

- Termine ganz in Ihrer Nähe
- Neu- und Gebrauchtssysteme
- Direkt vom Hersteller
- Umfangreiche Schulungsangebote
- Attraktive Finanzierungsmodelle

Ultraschall-Infoline
0180 / 2 08 78 78*

(* Gebühr pro Gespräch 6 Cent)

ultraschallteam.med@siemens.com
www.siemens.de/ultraschall

SIEMENS
medical

Erneuter Malariatodesfall in Berlin

Nach dem Tod eines afrikanischen Studenten im letzten Jahr (siehe BERLINER ÄRZTE 09/2005), ist erneut eine tödlich verlaufende Malaria in Berlin zu beklagen. Am 29. März 2006 verstarb eine 36-jährige Berlinerin zehn Tage nach einer Thailandreise. Kurz nach ihrer Rückkehr nach Berlin erkrankte die Frau mit Fieber und Schüttelfrost, begleitet von Durchfall, Husten und Luftnot. Obwohl sich ihr Zustand von Tag zu Tag verschlechterte, suchte sie keinen Arzt auf und verstarb zu Hause. Post mortem konnte im Institut für Tropenmedizin eine Malaria tropica mit hoher Parasitendichte diagnostiziert werden.

In Thailand leben über 40 Millionen Menschen in Malariagebieten. Jährlich kommt es zu über 35.000 Erkrankungsfällen mit 300-400 Toten. Die Malaria-situation für Reisende ist wegen der unterschiedlichen Malariaprävalenz in den verschiedenen Landesteilen und dem Vorkommen hochresistenter Plasmodium falciparum-Stämme komplex. Eine medikamentöse Malariaphylaxe wird lediglich für Aufenthalte in Hochrisikogebieten an den Grenzen zu Myanmar und Kambodscha empfohlen. In



den übrigen Regionen sollten sich Reisende sorgfältig gegen Mückenstiche schützen und gegebenenfalls ein Malariamedikament zur Notfall-Selbstbehandlung mitführen. Die verstorbene Patientin hatte während ihrer sechsmonatigen Reise die Provinzen Khoalak, Bangsak, Koh Phangan und Ranong besucht, die alle nicht zu den Gebieten mit hohem Malariarisiko zählen. Malariafälle bei Touristen sind in diesen Gegenden extrem selten. Allerdings hatten sich schon Ende 2005 zwei israelische Touristen

in Koh Phangan mit P. falciparum infiziert. Einzelfälle dieser Art sind zwar noch kein Anlass, um die reisemedizinischen Empfehlungen für Thailand zu ändern, sie zeigen jedoch eindringlich, dass auch nach Reisen in Gebiete mit niedrigem Malariarisiko beim Auftreten von fieberhaften Erkrankungen unbedingt an eine Malaria zu denken und sofort ein Arzt aufzusuchen ist.

Dr. Thomas Weitzel
Institut für Tropenmedizin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
www.charite.de/tropenmedizin

EU-Gesundheitswettbewerb

Deutsches Gesundheitswesen auf dem dritten Platz

Das deutsche Gesundheitswesen belegt laut Europa-Gesundheitskonsum-Index (Euro Health Consumer Index, EHCI) den dritten Platz. In der jährlichen Verbraucher-Untersuchung von 26

europäischen Ländern landete Frankreich auf dem Spitzenplatz, gefolgt von den Niederlanden (Vorjahressieger), Deutschland und Schweden. In fünf Kategorien, die 28 Leistungsindikatoren umfassen, erreichte Deutschland 571 von 750 möglichen Punkten, wie der „Schütze-Brief“ berichtete. Danach liegt das deutsche Gesundheitswesen bei den Wartezeiten, beim Recht auf eine zweite

Meinung, der zahnärztlichen Versorgung als Teil des staatlichen Gesundheitsleistungsangebots, der Bezuschussung von Arzneimitteln und dem Zugang zu neuen Arzneimitteln an der Spitze. Kritisiert wurde, dass es keine gesetzliche Regelung der Patientenrechte gebe und dass das deutsche Gesundheitswesen keine führende Position im Qualitätsbereich einnehme. Die EHCI bewertet die

Gesundheitssysteme nach fünf Bereichen: Rechte und Aufklärung der Patienten, Wartezeiten für gängige Behandlungen, Behandlungsergebnisse, Kundenfreundlichkeit und Zugang zu medikamentöser Behandlung. Der Index wurde erstmals 2005 veröffentlicht.

Weitere Informationen im Internet: www.healthpowerhouse.com/archives/000499.html

A
N
Z
E
I
G
E
N

MedConsult

Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

Praxisverkauf

- Praxiswertermittlung
- Kauf- und Mietvertragsabwicklung
- Vermittlung von Kaufinteressenten
- Unterstützung bei Vertrags-Arztstizzausschreibungen

Praxiskauf

- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungskonzepte

Praxis Kooperation

- Job-Sharing Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

Burkhardt Otto
Olaf Steingraber

FAB Gesellschaft für
Investitionsberatung

MedConsult
 Wirtschaftsberatung für
 medizinische Berufe oHG
 Giesebrechtstraße 6 · 10629 Berlin
 Tel.: 213 90 95 · Fax: 213 94 94
 E-mail: info@fab-invest.de

*Drogen der TCM***Warnhinweise**

Die Arzneimittelkommission der Apotheker weist auf verschiedene Analysen importierter und in Deutschland derzeit als Lebensmittel eingestufte Drogen der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) hin. Folgende Mängel wurden festgestellt:

1. Verschiedene, nicht eindeutige Bezeichnungen, die zu Verwechslungen, zum Teil

mit fatalem Ausgang führten.

2. Erhebliche Schwermetallbelastungen mit Blei, Cadmium und Quecksilber.
3. Verunreinigungen mit Pestiziden.
4. Bewusste Verfälschungen mit nicht deklarierten synthetischen Arzneistoffen wie Glukokortikoide, Antidiabetika, Barbiturate oder Antirheumatika.

Quelle: Dt. Apo.Ztg. 2006; 146(21): 10

Anmerkung: Den Apothekern ist zuzustimmen, dass wegen der Zweckbestimmung dieser Drogen (überwiegend aus Pflanzenteilen) zur Heilung, Linderung oder Vorbeugung von Krankheiten eine Unterstellung unter die Apothekenpflicht sinnvoll ist. Nur dann können die Sicherheitsbestimmungen des Arzneimittelgesetzes greifen (z.B. Überprüfung auf Identität, Reinheit und Gehalt bis hin zu einer Unterstellung unter die Verschreibungspflicht). Bei einer Verordnung nicht geprüfter Drogen trägt allein der verordnende Arzt das Risiko, wenn Schäden auftreten oder eine medizinisch gebotene Behandlung unterlassen wurde.

*Statine***Grenzen der Cholesterinsenkung**

Empfehlungen aus den USA, das LDL-Cholesterin auf weniger als 1,81 mmol/l (45 mg/dl) zu senken, waren Anlass zu einem kritischen Kommentar in Bezug auf die Sicherheit der dann notwendigen hohen Dosen von Statinen (ca. 8-fach höhere Dosierung als derzeit in Europa üblich). Die Autoren verweisen auf folgende Studienmängel:

- Selektion von Studienpopulationen (z.B. Ausschluss von Herzinsuffizienten, von Krebserkrankungen oder von Lebererschäden),

- Ausschluss von 46 % aller gescreenten Patienten in einer Studie und
- mangelhafte Erfassung und Diskussion unerwünschter Wirkungen (UAW).

Sie kommen zum Schluss, dass ein möglicher Nutzen einer derartigen Statintherapie durch zahlreichere und schwerwiegendere UAW aufgewogen werden könnte. Der Sinn einer intensivierte Statintherapie, die bei dem geforderten tiefen Grenzwert die meisten Erwachsenen in der westlichen Welt einschließen würde, wird in Frage gestellt.

Quelle: Brit. Med. J. 2006; 332: 1330

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.

Tel.: 0211/4302-1589, Fax: -1588, E-Mail: dr. hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

Auf der Jagd erspäht:

Haftung des Neugesellschafters für Altschulden

2003 hatte der BGH entschieden, dass ein Neugesellschafter persönlich neben den Altgesellschaftern für die Verbindlichkeiten der Gesellschaft bürgerlichen Rechts haftet. Mit dieser Änderung der Rechtsprechung entstand das Problem des Vertrauensschutzes für diejenigen, die in die Fortgeltung der bisherigen Rechtslage vertrauten. Das Gericht entschied seinerzeit, dass die Grundsätze der persönlichen Haftung erst auf künftige, dem Urteilserlass nachfolgende Beitrittsfälle Anwendung finden sollte.

Mit dem neuen Urteil vom 12.12.2005 (II ZR 283/03) hat der BGH diese Rechtsprechung fortgeführt. Danach ist der Neugesellschafter in seinem Vertrauen auf den Fortbestand der vor der Publikation des Senatsurteils vom 7. April 2003 bestehenden Rechtslage nicht geschützt, sondern haftet für alle Altverbindlichkeiten, die er bei seinem Eintritt in die Gesellschaft kennt "oder wenn er deren Vorhandensein bei auch nur geringer Aufmerksamkeit hätte erkennen können".

Damit haben sich die Haftungsrisiken für die betroffenen Ärzte verschärft. Bei einigen Arztgruppen sind die Risiken erheblich. In der juristischen Literatur sind mittlerweile Checklisten zur Risikominimierung „due dilligence“ bekannt.

Jagdrecht und mehr...

DR. SCHMITZ & PARTNER
RECHTSANWÄLTE

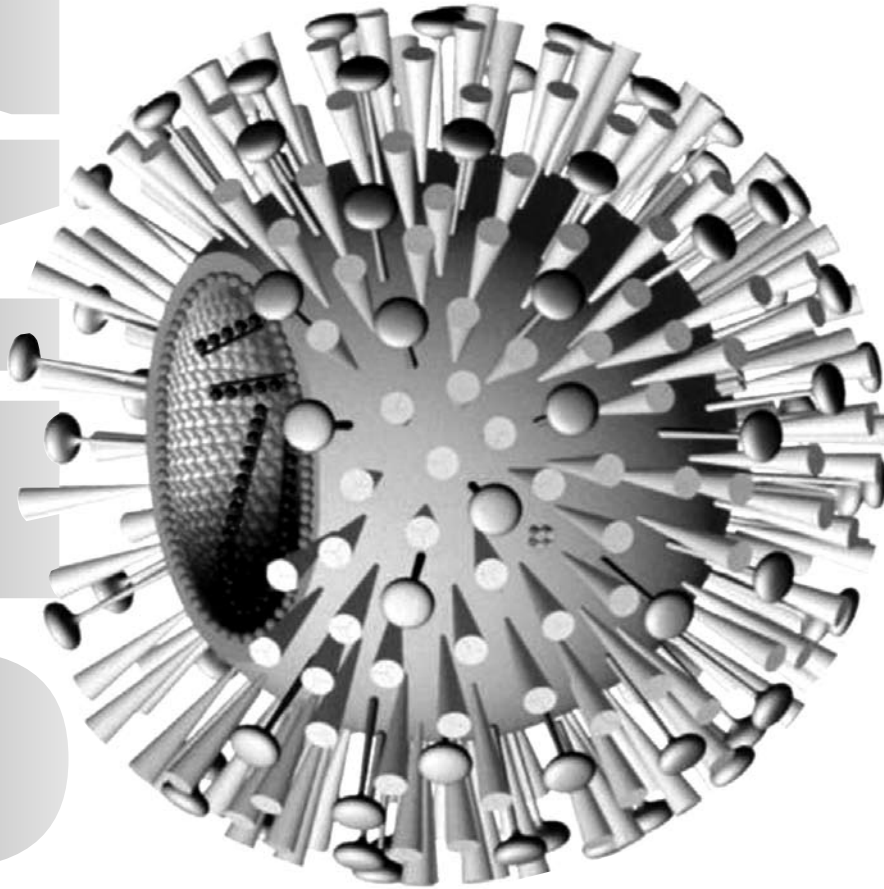
Kurfürstendamm 92 · 10709 Berlin
Tel.: (0 30) 329 00 4 - 0
anwalt@drschmitz.de

Erstberatung telefonisch unter:
09001 / 72 4 968 RA 4 You
(1,99 €/Min. aus dem Festnetz der Deutschen Telekom)

Vertrauensanwälte der Stiftung Gesundheit



Neuer Fokus auf eine



Die jedes Jahr auftretenden Influenza-Erkrankungen sind bisher unterschätzt worden. Erst die Auseinandersetzung der Medien mit der Vogelgrippe hat die Bevölkerung, aber auch Fachkreise und Forschung auf die Influenza aufmerksam werden lassen. Obwohl Influenza, Vogelgrippe und eine Influenzapandemie durch Influenzaviren verursacht werden, handelt es sich um verschiedene Formen der Erkrankung, die voneinander unterschieden werden sollten.

*Von Walter Haas, Udo Buchholz, Yvonne Deleré,
Sabine Reiter, Brunhilde Schweiger*

Viruskrankheit

Durch die weltweite Ausbreitung der Erkrankungen von Wildvögeln und Hausgeflügel mit hochpathogenen aviären Inflenzaviren A/H5N1 erhält die „echte Virusgrippe“ (Influenza) erstmals die Beachtung, die einer der häufigsten Infektionskrankheiten auch in Deutschland zukommen sollte. Jedes Jahr erkranken nach Schätzungen weltweit 20% der Kinder und 5% der Erwachsenen an Influenza. In der Saison 2004/2005 wurden alleine in Deutschland circa 4,7 - 6,2 Millionen Erkrankungen geschätzt, die zu einem Arztbesuch führten. Etwa 22.000 - 32.000 Krankenhauseinweisungen und 15.000 - 20.000 zusätzliche Todesfälle waren die Folge.

Auf Grund der Vogelgrippe durch Influenza A/H5N1 kam es seit 2003 zu Millionen von Todesfällen beim Hausgeflügel und Wildvögeln. Über einen direkten Kontakt zu erkrankten oder verstorbenen Tieren kam es bisher (WHO, Stand 26.07.2006) zu 232 Erkrankungen beim Menschen mit einer Letalität von circa 50%. Diese erstmalig beobachtete pandemische Ausbreitung von Vogelgrippeviren beim Tier, die zunehmende Erweiterung des Wirtsspektrums des H5N1 Erregers und die hohe Letalität von Erkrankungen beim Menschen zeigen das Potenzial, sich weiter an den Menschen anzupassen und möglicherweise den Ursprung für eine neue Influenzapandemie beim Menschen darzustellen.

Der Erreger

Das menschliche Influenza A-Virus wurde erstmals 1933 beschrieben, zwei Jahre nach der Entdeckung des Influenza A-Virus beim Schwein. Es handelt sich um ein behülltes einzelsträngiges RNA-Virus aus der Familie der Orthomyxoviren, die in 3 Typen (A, B, und C) eingeteilt werden. Bei Infektionen des Menschen sind vor-

wiegend Viren vom Typ A und B von Bedeutung. Influenza A-Viren können anhand des Hämagglutinins und der Neuraminidase der Virushülle in verschiedene Subtypen unterteilt werden. Das Hämagglutinin (HA) hat die Funktion, über einen spezifischen Rezeptor an das Atemwegsepithel zu binden, und ermöglicht so als „Schlüssel“ das Eindringen in die Zelle. Insgesamt wurden 16 verschiedene Hämagglutinine beschrieben, von denen nur die Subtypen H1, H2 und H3 bei humanen Influenza A-Viren vorkommen. Hingegen wurden alle 16 HA-Subtypen bei Wasservögeln nachgewiesen, die das Reservoir von Influenza A-Viren darstellen.

Zwischen humanen und aviären Influenza A-Viren besteht eine Speziesbarriere, die normalerweise nicht überbrückt wird

(Abb. 1). Allerdings können sich die Viren durch Veränderungen im Erbgut (Mutation) und deren positive Auslese (Selektion) schrittweise auch an andere Wirtsspezies und den Menschen anpassen. Auf Grund des hohen Mutationspotenzials von Inflenzaviren ist dies ein kontinuierlicher Prozess, der auch als Antigendrift bezeichnet wird. Die Ausbildung von Driftvarianten ist auch die Ursache dafür, dass der Impfstoff in jeder Saison neu angepasst werden muss. Zu einer sprunghaften Veränderung antigener Eigenschaften (Antigenshift) kann es kommen, wenn eine Doppelinfektion mit humanen und aviären Influenza A-Viren im gleichen Wirt (z.B. Schwein oder Mensch) zu einer Mischung der jeweils acht Abschnitte des segmentierten Genoms beider Viren führt (Reassortment).

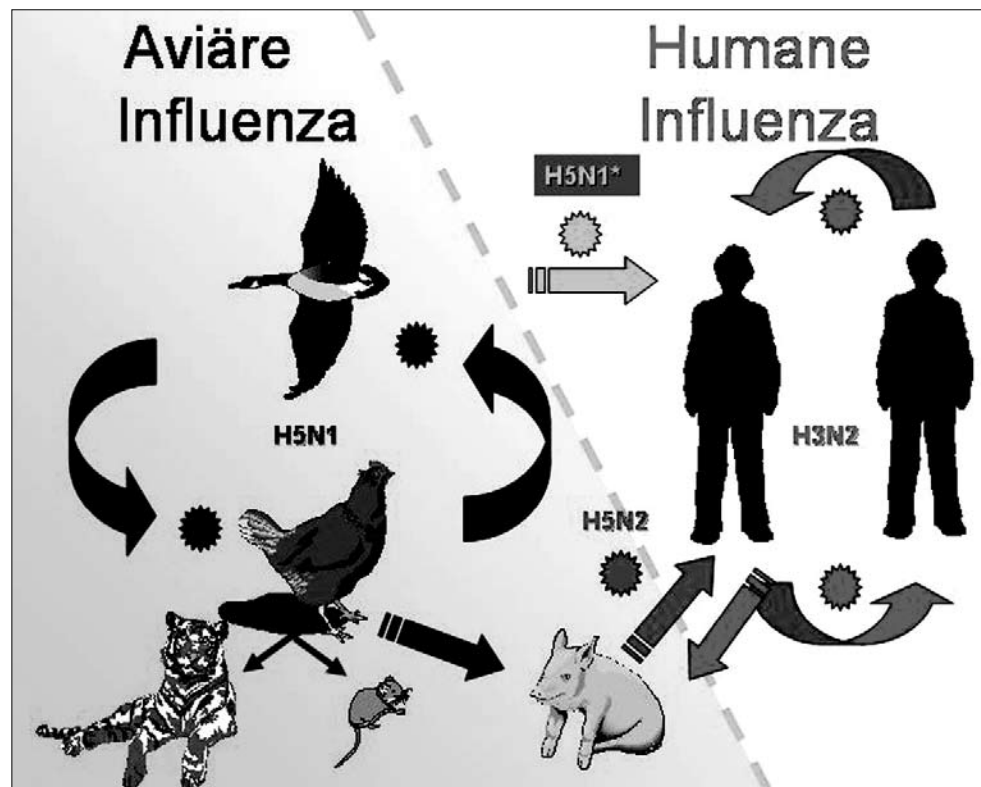


Abb. 1: Speziesbarriere zwischen aviärer und humaner Influenza sowie Möglichkeiten der Überbrückung durch Mutation und Selektion (H5N1*) oder Reassortment nach Doppelinfektion im Schwein (im dargestellten Beispiel H5N2).

Kommt es zu einer Anpassung eines neuen Subtyps an den Menschen, kann sich dieser besonders gut ausbreiten und zu schweren Erkrankungen führen, da die Bevölkerung gegenüber diesem Erreger immunologisch „naiv“ ist. Bei entsprechender Virulenz hat ein solches Virus das Potenzial, eine neue Influenzapandemie auszulösen.

Epidemiologie und Überwachung

Influenzavirus-Infektionen sind weltweit verbreitet. In Deutschland tritt die Grippewelle im Winterhalbjahr, in der Regel zwischen Januar und März, auf. Trotz dieser ausgeprägten Saisonalität können Influenza-Erkrankungen auch außerhalb der Grippewellen auftreten und mitunter sogar zu lokalisierten Ausbrüchen führen. Über die Epidemiologie von Influenza in tropischen Ländern ist wenig bekannt, jedoch wird hier vermutet, dass Influenza potenziell das ganze Jahr über auftreten kann.

Die Überwachung von Influenzaerkrankungen ist in Deutschland auf drei Säulen aufgebaut: Auf der Meldepflicht

labordiagnostischer Virusnachweise, der Charakterisierung zirkulierender Viren durch das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Influenza am Robert Koch-Institut und auf dem Sentinelsystem der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI). Seit dem Jahre 2001, als das Infektionsschutzgesetz in Kraft trat, wurden Direktnachweise von Influenza meldepflichtig. Die erhobenen Daten geben Informationen über den zirkulierenden Virustyp bzw. -subtyp und können den Beginn und das Ende einer Influenzawelle beschreiben. Bevölkerungsbezogene Auswertungen sind durch diese Meldedaten jedoch nicht möglich, weshalb die Einführung der Fallmeldepflicht für Influenza auch das Sentinelsystem der AGI nicht ersetzen kann, sondern ergänzt hat.

Das Sentinelsystem besteht aus mittlerweile etwa 1000 unentgeltlich mitarbeitenden Ärzten. Die Anzahl der Ärzte entspricht damit etwa 1,5 - 2% der primärversorgenden Ärzte. Der Pool teilnehmender Ärzte wird gemäß dem Anteil der Bevölkerungsdichte und der Fläche in den zwölf so genannten AGI-Regionen angepasst. Etwa 20% der teil-

nehmenden Ärzte nehmen von Patienten mit besonders typischer Symptomatik Rachen- oder Nasenabstriche ab und schicken sie zum Nationalen Referenzzentrum für Influenza, wo die Abstrichproben ausgewertet werden. Durch virologische Untersuchung der Abstriche kann festgestellt werden, wann Influenzaviren zirkulieren.

Erhoben wird die in verschiedenen Altersgruppen auftretende Anzahl von „akuten respiratorischen Erkrankungen“ (ARE), sowie als Bezugspunkt die Anzahl der Praxiskonsultationen. Als ARE werden definiert „Pharyngitis, Bronchitis oder Pneumonie mit oder ohne Fieber“. Die ARE-Aktivität wird in hoch auflösenden Karten, die wöchentlich aktualisiert werden, auf der Homepage der AGI dargestellt (www.influenza.rki.de/agi). Damit können dynamische Ausbreitungsbewegungen gut beschrieben werden. Zum Beispiel konnte in den vergangenen Jahren mehrfach beobachtet werden, dass die ersten Anzeichen einer kommenden Influenzawelle im Süden beziehungsweise Südwesten Deutschlands auftraten (Abb. 2).

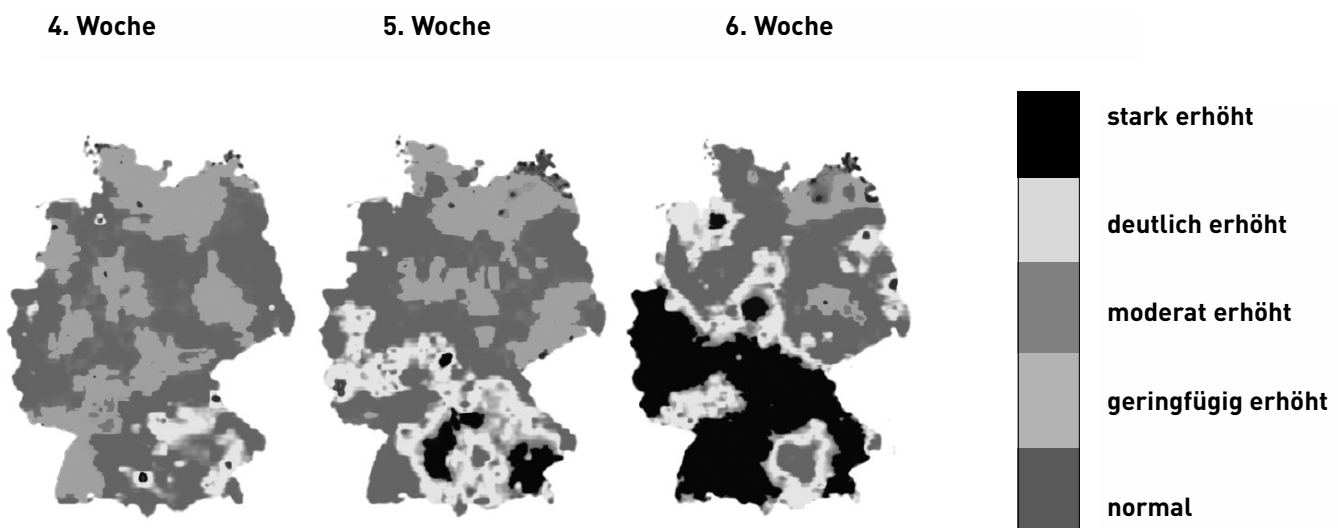


Abb. 2: Beispiel der hohen geographischen Auflösung der von der AGI erhobenen Daten, die hier beispielhaft für die Wochen 4 - 6 aus der Saison 2004/05 dargestellt werden. Die Kategorien reichen von normaler Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen bis zu stark erhöhter Aktivität.

Da die AGI in der Lage ist, bevölkerungsbezogene Parameter zu bestimmen, ist es auch möglich, zum Beispiel die kumulative Konsultationsinzidenz einer ganzen Saison zu berechnen (Abb. 3). Hieraus zeigt sich, dass es während der Influenzasaison insbesondere bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren zu zusätzlichen Arztbesuchen wegen ARE kommt.

häufiger. Bei Kindern kann die Gabe von Salizylaten zum Reye-Syndrom führen.

Die schwersten Verlaufsformen sind der perakute Todesfall innerhalb weniger Stunden und die primäre Influenzapneumonie. Auch Enzephalitiden und Myokarditiden kommen vor.

Komplikationen treten vor allem bei Personen mit Grundkrankheiten (chronische

klinisch als ILI imponieren kann. Gleiches gilt für atypisch oder schwer verlaufende Erkrankungen. In diesen Fällen ist es besonders wichtig, die Diagnose durch einen Labornachweis zu bestätigen und das verursachende Virus zu typisieren, um das Auftreten neuer Varianten oder Subtypen rasch erkennen zu können.

Ein atypischer Verlauf liegt vor, wenn es zu schweren Erkrankungen oder Todesfällen ohne bekannte Risikofaktoren kommt oder Organsysteme außerhalb des Respirationstraktes besonders betroffen sind (ZNS, Magen-Darm-Trakt etc.). In diesen Fällen ist auch die routinemäßig zu erhebende Infektionsanamnese zur Klärung möglicher Expositionen und Infektionsquellen von besonderer Bedeutung.

Labordiagnostik

Für den Nachweis einer Influenzavirusinfektion steht eine Vielzahl von Techniken zur Verfügung. Eingesetzt werden in der Regel klinische Materialien des oberen (Nase, Rachen) und bei entsprechender Indikation auch des unteren Respirationstraktes.

Von besonderer Bedeutung für das Erkennen von Veränderungen der zirkulierenden Viren ist die klassische Virusanzucht mit Hilfe von Zellkulturen oder im embryonierten Hühnerei. Eine endgültige Identifizierung des angezüchteten Virus erfolgt gewöhnlich durch eine Immunfluoreszenz oder einen Enzymimmunoassay (ELISA). Der Hämagglutinationshemmtest (HAT) wird zur Typisierung und Subtypisierung von Influenzaviren, aber vor allem für die Antigencharakterisierung eingesetzt. Diese Informationen stellen die Grundlage für die Empfehlung der Impfstoffzusammensetzung dar. Die Virusanzucht ist jedoch sehr zeitaufwendig und erfordert das Vorhandensein vermehrungsfähiger Viruspartikel in der Patientenprobe.

Daher wird Patientenmaterial entweder alternativ oder zusätzlich direkt mit der Immunfluoreszenz (IFT), einem ELISA oder einem Influenza-Schnelltest unter-

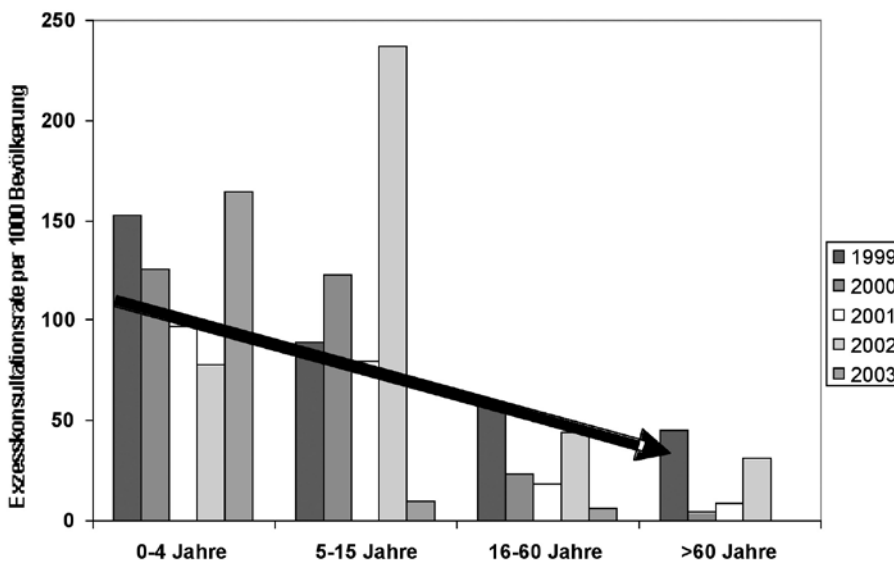


Abb. 3: Die altersstratifizierte und über das Normale hinausgehende und der Influenza zugeschriebene Konsultationsinzidenz aus 5 Saisonen.

Klinik und Pathogenese

Typischerweise ist eine Influenza durch einen plötzlichen Erkrankungsbeginn mit Fieber ($\geq 38,5$ Grad Celsius), Muskel- und/oder Kopfschmerzen sowie trockenem Reizhusten gekennzeichnet. Diese Befundkonstellation wird häufig auch als influenza-ähnliche Erkrankung bezeichnet („influenza-like illness“; ILI). Weitere Symptome können allgemeine Schwäche, Schweißausbrüche und Halsschmerzen sein. Bei Schul- und Kleinkindern sind eine stenosierende Laryngotracheitis, Laryngotracheobronchitis oder akute Otitis media und im Säuglingsalter die Bronchiolitis häufige Krankheitsbilder. Gastrointestinale Symptome wie Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit und Durchfall sind in dieser Altersgruppe ebenfalls

Herz- oder Lungen-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie z.B. Diabetes, Immundefekte usw.) auf. Bei ihnen können sich insbesondere Pneumonien durch bakterielle Superinfektion (Pneumokokken, Haemophilus influenzae, Staphylokokken) entwickeln. Bei Kleinkindern unter 2 Jahren und älteren Menschen über 60 Jahren besteht ein besonders hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf.

Während einer Grippewelle hat die klinische Diagnose ILI einen guten Vorhersagewert für das Vorliegen einer Influenza-Erkrankung. Daher erübrigt sich in diesem Zeitraum eine labordiagnostische Sicherung. Ganz anders verhält es sich allerdings bei sporadischen Fällen zu Beginn einer Influenzawelle und außerhalb der Saison, da eine Vielzahl anderer Erreger

sucht, der auch in der Arztpraxis durchgeführt werden kann. Diese Techniken geben recht gute Resultate, wenn ausreichend Viren in der Patientenprobe vorhanden sind. Die Immunfluoreszenz erfordert ausgezeichnetes Probenmaterial sowie erfahrenes Personal. Methoden wie IFT und ELISA können innerhalb weniger Stunden ein Resultat liefern.

Die Spezifität dieser Tests ist meist sehr gut, aber die Sensitivität ist geringer als bei Verfahren, die entweder das Virus selbst oder das Genom des Virus vermehren.

Derzeit in Deutschland verfügbare Schnelltests sind Enzymimmunoassays, sie unterscheiden sich etwas in ihrem Format, aber das Ergebnis ist generell nach 10 - 15 Minuten abzulesen. Mit Ausnahme eines Tests sind alle anderen in der Lage, zwischen Influenza A und B zu differenzieren. Die Angaben über die Sensitivität schwanken zwischen 70% und 100% in Abhängigkeit vom Testverfahren. Überwiegend wurden Virusan- zucht und/oder IFT als Referenzmethode eingesetzt. Die Sensitivität dieser Schnelltests ist vergleichbar mit der von IFT und ELISA.

Die Polymerasekettenreaktion (PCR) ist eine sehr sensitive und spezifische Methode, die die gewünschten Genomsequenzen so vervielfältigt (amplifiziert), dass sie anschließend mit verschiedenen Techniken nachgewiesen werden können. Sie wird im NRZ Influenza auch zur Typisierung und Subtypisierung von Influenzaviren eingesetzt.

Serologische Antikörperrnachweise mittels Komplementbindungsreaktion, ELISA oder Immunfluoreszenz kommen sowohl für Therapieentscheidungen als auch für das Patientenmanagement viel zu spät. Serologische Verfahren sind vor allem im Rahmen epidemiologischer Studien oder bei Aufklärung von Ausbrüchen von Bedeutung.

Impfung

Die wichtigste präventive Maßnahme gegen Influenza ist die Impfung. Angepasst an die hohe Mutationsrate

der Influenza-Viren wird für jede Wintersaison (getrennt für die Nord- und Südhalbkugel) ein aktueller Impfstoff entwickelt. Die Zusammensetzung richtet sich nach den Empfehlungen der WHO und der Europäischen Kommission entsprechend den voraussichtlich zirkulierenden Virusstämmen.

Bei den in Deutschland zugelassenen Impfstoffen handelt es sich um Totimpfstoffe, die Virushüllenpartikel (Subunit- oder Spaltimpfstoff) enthalten. Für den Aufbau einer schützenden Immunantwort gegen Influenzavirus-Infektionen spielt der auf der Virushülle befindliche Hämagglutinin-Anteil eine zentrale Rolle. Bei guter Übereinstimmung der Impfstämme mit den zirkulierenden Virusstämmen sind gesunde Menschen bis zu 90% vor einer Erkrankung durch Influenzaviren geschützt. Aufgrund nachlassender Immunkompetenz nimmt die Schutzrate vor einer Erkrankung nach einer Impfung im höheren Lebensalter ab. Trotzdem schützt eine Impfung gerade ältere und chronisch kranke Menschen vor schweren Krankheitsverläufen und Komplikationen.

Hinweise auf einen möglichen Einfluss neuer Adjuvantien auf die Wirksamkeit des Impfstoffes gegenüber verschiedenen Driftvarianten und die Reduktion der Antigenmenge im Impfstoff führen aktuell zu einer rasanten Forschung und Entwicklung in diesem Bereich. Diese wird durch die Notwendigkeit verbesserter Impfstoffe und die dringend benötigte Kapazitätssteigerung für den Fall einer neuen Influenzapandemie zusätzlich gefördert.

Die Impfung gegen Influenza sollte jährlich, vorzugsweise in den Monaten Oktober und November, durchgeführt werden. Im Falle einer erst in der zweiten Winterhälfte auftretenden Grippewelle ist eine Impfung auch zu einem späteren Zeitpunkt möglich und kann sinnvoll sein. Die volle Schutzwirkung tritt circa 14 Tage nach einer Impfung ein.

Nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) sollen alle Personen über

60 Jahre, Personen mit einer chronischen Grunderkrankung sowie Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen gegen Influenza geimpft werden. Diese sind während der jährlichen Grippewelle besonders gefährdet und sollten daher vorrangig geimpft werden. Zusätzlich besteht eine Impfeempfehlung für Personen mit erhöhter berufsbedingter Gefährdung, wie zum Beispiel medizinisches Personal, die als mögliche Infektionsquelle für die von ihnen betreuten ungeimpften Risikopersonen dienen können. In den aktuellen Empfehlungen wird auch Personen mit direktem Kontakt zu Geflügel und Wildvögeln eine Impfung empfohlen, um Doppelinfektionen zu vermeiden (Reassortment, siehe oben). Im Falle einer drohenden Epidemie kann entsprechend aktueller Empfehlungen der Gesundheitsbehörden die Zielgruppe auf die gesamte Bevölkerung ausgeweitet werden.

Therapie

Bei immungesunden Patienten ohne Risikofaktoren beschränkt sich die Therapie der Influenza auf symptomatische Maßnahmen. Für Kinder und Erwachsene mit einem erhöhten Risiko für schwere Krankheitsverläufe und Komplikationen (entsprechend den STIKO Empfehlungen) kann eine gezielte antivirale Therapie erfolgen. Hierfür stehen Medikamente aus zwei Substanzklassen zur Verfügung: M2-Inhibitoren (Amantadin) und Inhibitoren der viralen Neuraminidase. Für Kinder im ersten Lebensjahr gibt es bisher keine zugelassene antivirale Therapiemöglichkeit. Wichtig ist, dass die Medikamente nur dann voll wirksam sein können, wenn der Therapiebeginn innerhalb von 48 Stunden nach Symptombeginn erfolgt, da sonst die systemische Ausbreitung des Virus bereits weitgehend abgelaufen ist. Unter strenger Indikationsstellung ist auch eine präventive Therapie nach Exposition (zum Beispiel im Rahmen eines Ausbruchs) oder auch eine prophylaktische Gabe bei besonders gefährdeten Patienten eventuell zusätzlich zur Impfung sinnvoll.

Vogelgrippe

Bei der Vogelgrippe durch H5N1 handelt es sich um eine Tierseuche, die sich in bisher noch nie beobachtetem Ausmaß weltweit verbreitet hat. Nach offiziellen Angaben der FAO (Food and Agriculture Organization; Stand 17.07.2006) sind seit 2003 weltweit 55 Länder betroffen, in Asien (18), Afrika (8), der Europäischen Region (24) und dem Nahen Osten (5). Daher erscheint es gerechtfertigt, von einer Pandemie durch hochpathogene Influenza A/H5N1-Viren bei Tieren zu sprechen. Eine neue Beobachtung ist hierbei auch die Bedeutung von Erkrankungen bei Wildvögeln für die Verbreitung. Bei H5N1 spielen diese neben dem (illegalen) Handel eine wesentliche Rolle bei der Ausbreitung der Tierseuche. Die Zahl von 232 gesicherten Erkrankungen und 134 Todesfällen beim Menschen (WHO Stand 26.07.2006) in zehn Ländern erscheint dem gegenüber verschwindend gering. Gleichzeitig entspricht jede der beobachteten Erkrankungen einem gelungenen Sprung der Zoonose H5N1 über die Artenbarriere. Daher muss bei jedem der Ereignisse ausgeschlossen werden, dass es zu einer besseren Anpassung an den Menschen im Sinne einer Mensch-zu-Mensch-Ausbreitung gekommen ist. Bisher wurde letztere nur in einzelnen Fällen beobachtet, wobei der größte Ausbruch mit sieben Erkrankungen (davon sechs Todesfällen) sich im April/Mai in Sumatra/Indonesien ereignete. In der nachfolgenden ausgedehnten Umgebungsuntersuchung konnten keine weiteren Infektionen bei Kontaktpersonen außerhalb dieser Familie festgestellt werden. Aus diesen Gründen gilt weiter die WHO-Stufe 3 der pandemischen Warnperiode (Abb. 4).

Pandemieplanung

Im letzten Jahrhundert kam es zu drei Influenzapandemien, die jeweils den Startpunkt für die Zirkulation eines neuen viralen Subtyps von Influenza A-Viren beim Menschen darstellten. Die Influenzapandemie von 1918, die so genannte „Spanische Grippe“, hatte nach heutigen Schätzungen zwischen 20 und 40 Millio-

Phaseneinteilung der WHO

Interpandemische Phase Neues Virus bei Tieren, keine Fälle beim Menschen	Geringes Risiko für menschliche Infektionen	1
	Höheres Risiko für menschliche Infektionen	2
Pandemische Warnperiode	Keine oder sehr begrenzte Mensch-zu-Mensch Übertragung	3
Menschliche Infektionen mit neuem Virus	Nachweis von erhöhter lokalisierter Mensch-zu-Mensch Übertragung	4
	Nachweis von erheblicher lokalisierter Mensch-zu-Mensch Übertragung	5
Pandemie	Rasche und anhaltende Mensch-zu-Mensch Übertragung	6

Abb. 4: Einteilung in Pandemiephasen nach Weltgesundheitsorganisation (WHO).

nen Todesopfer zur Folge, während die Pandemien von 1957 und 1968 mit etwa 1 - 2 Millionen Todesfällen deutlich leichter verliefen. Die Auswirkungen einer neuen Pandemie können daher nicht mit Sicherheit vorausgesagt werden. Im Gegensatz zu der jedes Jahr wiederkehrenden Influenza, führt jedoch bei einer Pandemie die fehlende Grundimmunität in der Bevölkerung zu einer erhöhten Zahl von schweren Erkrankungen und Todesfällen auch außerhalb der bekannten Risikogruppen. Insgesamt muss in einem realistischen Szenario mit einer etwa zehnfach höheren Zahl von Krankenhauseinweisungen und Todesfällen gerechnet werden. Diese kann rasch zu einer Überlastung der Gesundheitsstrukturen führen und damit zu einer Eskalation der Situation. Aus diesen Gründen stehen bei der Planung und Vorbereitung auf ein solches Ereignis die Reduktion der Zahl von Erkrankungen und Todesfällen im Mittelpunkt.

Im Januar 2005 wurde der Nationale Influenzapandemieplan gemeinsam von Bund und Ländern publiziert. Darauf aufbauend haben inzwischen alle Bundesländer eigene Pandemiepläne. Derzeit erfolgt die Umsetzung der vorbereitenden Maßnahmen bis hin zur kommunalen Ebene und in vielen Institutionen und Organisationen. Ein wesentliches Element ist hierbei die nationale und internationale Abstimmung, da Infektionserreger wie ein neues Influenzapandemievirus keinen Pass und keine Zollgrenze kennen. Die weltweite Ausbreitung von H5N1 ist eine fortbestehende Mahnung, dass die Vorbereitungen keinen Aufschub dulden, da nicht vorhergesagt werden kann, wann es zu der nächsten Influenzapandemie beim Menschen kommen wird.

Verfasser:

Walter Haas, Udo Buchholz
Yvonne Deleré, Sabine Reiter,
Brunhilde Schweiger

Robert Koch-Institut
Postfach 65 02 61, 13302 Berlin

Weiterführende Literatur

Arbeitsgemeinschaft Influenza: Abschlussbericht der Influenzasaison 2004/05, Berlin, 2005:
www.influenza.rki.de/agi

Ausbrüche von aviärer Influenza A/H5N1 bei Tieren
Weltgesundheitsorganisation:
<http://www.oie.int/download/AVIAN%20INFLUENZA/AI-Asia.htm>

Ausbrüche von aviärer Influenza A/H5N1 beim Menschen
Weltgesundheitsorganisation:
http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/

Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand: Juli 2006.
Epidemiologisches Bulletin 30/2006

Jefferson T, Rivetti D, Rivetti A, Rudin M, Di Pietrantonj C, Demicheli V. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines in elderly people: a systematic review.
Lancet. 2005 Oct 1;366(9492):1165-74

Leitmeyer K, Buchholz U, Kramer M, Schenkel K, Stahlhut H, Kollstadt M, Haas W, Meyer C. Influenza vaccination in German health care workers: Effects and findings after two rounds of a nationwide awareness campaign. Vaccine. 2006 May 11; [Epub ahead of print]

Monto AS. Vaccines and Antiviral Drugs in Pandemic Preparedness. Emerg Infect Dis. 2006 Jan;12(1):55-60.

Nationaler Influenzapandemieplan Teile I-III:
http://www.rki.de/clin_011/nn_879800/DE/Content/InfAZ/1/Influenza/Influenzapandemieplan.html

Tsolia MN, Logotheti I, Papadopoulos NG, Mavrikou M, Spyridis NP, Drossatou P, Kafetzis D, Konstantopoulos A; The Outpatient Flu Study Group. Impact of influenza infection in healthy children examined as outpatients and their families. Vaccine. 2006 Aug 14;24(33-34):5970-6.

P. Zucs, U. Buchholz, W. Haas and H. Uphoff. Influenza associated excess mortality in Germany, 1985-2001. Emerg Themes Epidemiol. 2005 2 (1)

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die bepunktet wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter **www.aerztekammer-berlin.de** (im Kapitel „Fortbildung“, „Veranstaltungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informa-

tionen zu Unterthemen und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Veranstaltungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachbereichen oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen als auch eine an den individuellen Interessensschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 3 Präsenz-Phasen: 28.08. – 02.09.2006 16.10. – 21.10.2006 27.11. – 01.12.2006	Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40 806-1207 (Organisatorisches) und Tel.: 40 806-1400 (Inhaltliches) E-Mail: QM-Kurs2006@aekb.de	50 P pro Modul
■ A1: 04.09. – 13.09. A2: 13.09. – 22.09. (weitere Kursteile: B1: ab 06.11.2006, B2: ab 15.11.2006, C1: ab 08.01.2007, C2: ab 17.01.2007)	Arbeitsmedizin: Weiterbildungskurs Theoretischer Lehrgang im Rahmen der Weiterbildung zum Arzt für Arbeitsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 440 € pro Kurs (Kurs A1 und A2 zusammen: 880 €)	60 P
■ 15.09.–17.09.2006	ACLS-Kurs (advanced cardiac life support, nach den Richtlinien der American Heart Association)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail fobi-zert@aekb.de, Anmeldung erforderlich, Gebühr: 450 €	26 P
■ Suchtmedizinische Grundversorgung Block A: 15.09.2006 (14.00 – 18.00) 16.09.2006 (09.00 – 18.00) Block B: 20.10.2006 (14.00 – 18.00) 21.10.2006 (09.00 – 18.00) Block C: 17.11.2006 (14.00 – 18.00) 18.11.2006 (09.00 – 18.00) Block D: 12.01.2007 (14.00 – 18.00) 13.01.2007 (09.00 – 18.00)	Suchtmedizinische Grundversorgung: Block A: Allgemeine Grundlagen Block B: Illegale Drogen Block C: Alkohol, Medikamente, Nikotin Block D: Motivierende Gesprächsführung Eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung des Arbeitskreises Drogen und Sucht der Ärztekammer Berlin und der Sucht-akademie Berlin/ Brandenburg	DRK-Kliniken Mark Brandenburg Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information: Tel. 40806-1301, -1303 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 130 € pro Block, 70 € ermäßigt für arbeitslose Ärzte, Arzthelferinnen Anmeldung erforderlich	15 P pro Veranstaltungsblock
■ 23.09. – 24.09.2006 und 11.11. – 12.11.2006	Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumfolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Frau Hofmann-Britz, Psychotherapeutenkammer Berlin Tel. 8871400 Gebühr: 360 €	40 P
■ 19.10.2006: Beginn der semesterbegleitenden Veranstaltungsreihe; jeweils donnerstags 20.00-21.30 Uhr	Fachspezifische Fortbildung Innere Medizin: Reisemedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail fobi-zert@aekb.de keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltung
■ 20.10.2006: 13.00 – 18.15 Uhr (Teil A) 21.10.2006: 09.00 – 17.30 Uhr (Teil B)	Transfusionsmedizinische Fortbildung: 16-Stunden-Kurs (Kursteil A und B) zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsverantwortliche(r)/-beauftragte(r) gemäß Richtlinien Hämotherapie der Bundesärztekammer	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 80681-126 E-Mail: s.schalowski@blutspende.de	

■ 24.10.2006: Beginn der semesterbegleitenden Veranstaltungsreihe; jeweils 14-tägig dienstags, 20.00 – 21.30 Uhr	Interdisziplinäre Fortbildungsreihe 24.10.: Vergiftungen 07.11.: Sterbebegleitung 21.11.: Diabetisches Fußsyndrom	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail fobi-zert@aekb.de keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltung
■ 28.10.2006 9.00 – 18.00 Uhr	Impfungen in der Praxis	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail r.raimbault@aekb.de, Gebühr: 100 € begrenzte Teilnehmerzahl, Anmeldung erforderlich	9 P
■ 04.12. – 06.12.2006 06.12. – 08.12.2006	Grundkurs im Strahlenschutz (04. – 06.12.2006) Spezialkurs im Strahlenschutz – bei der Röntgendiagnostik (06. – 08.12.2006) – bei CT (08.12.2006) Grund- und Spezialkurse können nacheinander absolviert werden. Für den Spezialkurs CT ist der Spezialkurs Röntgen-diagnostik Voraussetzung.	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühren: Grundkurs: 230 € Spezialkurs Röntgen-diagnostik: 200 € Spezialkurs CT/ Interventionelle Radiologie: 50 €	Grundkurs: 21 P Spezialkurs Röntgendiagnostik: 17 P Spezialkurs CT: 5 P

Kursangebot zur Zusatzweiterbildung Ernährungsmedizin

Wie in den vergangenen Jahren bietet die Ärztekammer Berlin auch im Jahr 2007 den Kurs und das Praktikum „Ernährungsmedizin“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer an. Die Teilnahme am 80-stündigen Kurs und am 20-stündigen Praktikum bildet unter anderem die Voraussetzung für den Erwerb der in der neuen Weiterbildungsordnung vom April 2006 enthaltenen Zusatzbezeichnung „Ernährungsmedizin“.

Für die Ernährungsmedizin ist charakteristisch, dass sie Berührungspunkte mit mehreren medizinischen Fachgebieten hat. Daher widmet sich das Kursprogramm neben der Vermittlung physiologischer und biochemischer Grundkenntnisse der Bedeutung der Ernährungsmedizin etwa im Rahmen der Inneren Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie, Intensivmedizin und Sportmedizin. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte werden auf diese Weise befähigt, ernährungsmedizinische Aspekte in die Beratung und

Behandlung ihrer Patienten einzubeziehen.

Der Kurs wird im Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke stattfinden. Der Veranstaltungsort ist mit dem PKW und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Die Wochenendblöcke finden jeweils freitags von 14 bis 18 Uhr und samstags von 10 bis 18 Uhr sowie sonntags von 10 bis 14 Uhr statt. Das ausführliche Kursprogramm ist bei der unten genannten Adresse erhältlich sowie im Online-Fortbildungskalender der Ärztekammer Berlin einsehbar. Teilnehmer, die sich bis zum 1.10. verbindlich anmelden, erhalten einen Frühbucherrabatt.

Für weitere Informationen nutzen Sie bitte folgende Kontaktmöglichkeiten:

- **MUT gemeinnützige Gesellschaft für Gesundheit mbH**
Büro Ernährungsmedizin
Rudolfstr. 11, 10245 Berlin
- **Tel.: 030/ 29 33 02-44**
- **E-Mail: ermed@mut-gesundheit.de**

Termine und Inhalte

Kursinhalte:

- **Grundlagen der Ernährungsmedizin:** Ernährungsformen, Physiologie und Biochemie der Ernährung, Lebensmittelkunde, Ernährungszustand und Ernährungsverhalten
- **Spezielle Ernährungslehre:** Ernährungsassoziierte Erkrankungen und Erkrankungen mit speziellen Ernährungsproblemen, Adipositas, Arteriosklerose, Hypertonie, Diabetes, Dyslipoproteinämien, Lebensmittelunverträglichkeiten, Allergien, Ernährung bei Tumorerkrankungen, generalisierte und spezielle Mangelernährung, Essstörungen (Anorexie, Bulimie), Ernährung im Säuglings- und Kindesalter
- **Allgemeine Diätetik:** Ernährungsverordnung und -beratung, künstliche Ernährung (Indikation, Techniken, Anwendung bei speziellen Krankheitsbildern)

Termine:

Der Kurs findet an insgesamt 5 Wochenenden statt:

- Block I: 09.03.2007 bis 11.03.2007
- Block II: 23.03.2007 bis 25.03.2007
- Block III: 20.04.2007 bis 22.04.2007
- Block IV: 11.05.2007 bis 13.05.2007
- Block V: 01.06.2007 bis 03.06.2007
- Praktikum: voraussichtlich September 2007

Warten statt planen

Der Berliner Krankenhausplan wandelt sich zum Lesebuch

Dieses Mal schien alles glatt zu gehen: Hatten bei der Vorrunde 2003 die Gesundheits-senatorin Dr. Heidi Knake-Werner (Linkspartei PDS) und ihr ehemaliger Kollege im Stadtentwicklungsressort noch heftig um den Standort Hellersdorf gestritten, so war die letzte Fortschreibung des Krankenhausplans vor der Wahl dem Senat jetzt keine Diskussion mehr wert. In der Presse jedoch war es umgekehrt, nachdem erstmals Leistungszahlen der Krankenhäuser zu onkologischen Krankheitsbildern veröffentlicht wurden – der Krankenhausplan: ein neues Klinikbarometer?

Von Nicolas Schönfeld

Die reinen Planzahlen sind unspektakulär. Weiter gesunken ist die Bettenzahl – keine Planungsleistung, sondern die Realität verkürzter Verweildauern mit den entsprechenden Reaktionen der Krankenhausträger. Eine Umstellung von Betten- auf Leistungsplanung wäre in der Konvergenzphase nicht sinnvoll gewesen. Die Planung erfolgte konsensual und jetzt unter stärkerer Einbindung der Kostenträger. Vom Ehrgeiz der Bedarfsplanung 1999 ist nichts mehr spürbar, wozu die jüngst bestätigte gerichtliche Niederlage des Landes Berlin gegen den Schließungskandidaten Hygeia beigetragen haben mag.

Von 21.163 Krankenhausbetten werden 881 auf 20.282 Betten bis zum Jahr 2008 abgebaut, alle Trägerformen haben daran Anteil. 48 Krankenhäuser wurden aufgenommen, wobei Vivantes mit neun Häusern und die Charité mit vier Standorten als jeweils eine Klinik geführt werden. Neue Klinikschließungen gibt es nicht. Die 2000 beschlossene Standortverlagerung der Lungenklinik Heckeshorn auf das Behring-Gelände erfolgt in Kürze, der Umzug der Kinderklinik Lindenhof in das Haupthaus des Klinikums Lichtenberg steht im Plan. Bereinigt um die Umlandversorgung mit durchschnittlich 13,6% aller Fälle, stellen die 55 Berliner Betten je 10.000 Einwohner nunmehr den bundesweit niedrigsten Wert dar. Gern hätten die Krankenkassen noch geringere Bettenzahlen durchgesetzt. Ihren Widerspruch als „Ritual“ abzutun, war aber insofern nicht gerechtfertigt, als sie dieses Mal diffe-



renzierte Überlegungen zu den einzelnen Krankenhäusern vorgelegt hatten. Von einer Abstimmung mit Brandenburg wurde im Plan zwar berichtet, de facto gehen die beiden Bundesländer immer noch weitgehend getrennte Wege.

Argwöhnisch hatten Fachkreise bereits bei der letzten Fortschreibung die Abflachung der Regelungstiefe aufgenommen. Nachdem 2003 die Ausweisung von Kardiologie, Gastroenterologie und Viszeralchirurgie beendet worden war, hat man nun weiter auf die Nennung der Subdisziplinen Angiologie, Gefäßchirurgie, Hämatologie und internistische Onkologie verzichtet. Obwohl gerade in der Gefäßchirurgie durch die bisherige Planung bereits eine hohe Konzentration erreicht werden konnte, wurde stattdessen an acht Krankenhäusern ein „gefäßmedizinischer Versorgungsauftrag“ vergeben, allen anderen Krankenhäusern jedoch eine lange Liste an Gefäßoperationen zugestanden, die sie auch ohne den speziellen Auftrag erbringen können. In Bereich der Hämatologie werden jetzt nur noch Zentren dargestellt, die Stammzelltransplantationen vornehmen.

Die Ziele des noch zuständigen Staatssekretärs Dr. Hermann Schulte-Sasse zur Planungstiefe sind in dieser Legislaturperiode nie wirklich transparent geworden. Ob die verflachten Vorgaben überhaupt eine Steuerungswirkung entfalten, ist nach wie vor ungeklärt, und auch, was mit dem vorgeblichen „Ziel der Unterstützung wettbewerblicher Elemente in der Krankenhausversorgung“ erreicht werden soll – ein irritierender Widerspruch dazu, dass sich die ressortführende Partei immer wieder zum staatlichen Handeln im Bereich der Daseinsvorsorge bekennt.

Der zunehmenden Differenzierung chirurgischer und internistischer Teilgebiete im Rahmen der Weiterbildung und Qualitätssicherung läuft der Verzicht auf deren Ausweisung in jeder Hinsicht zuwider. Die Transparenz der Leistungen wird damit ebenfalls nicht befördert, und die Versorgungskapazitäten haben vor allem anderen die pauschalierte Vergütung beeinflusst. Die Haltung der Kran-

kenhausträger war uneinheitlich, mehr kleinere Träger sowie die Krankenkassen favorisierten eine differenziertere Planung.

Am meisten jedoch sorgte eine Anlage zum Plan für Gesprächsstoff: die operativen Leistungszahlen der Krankenhäuser für 21 ausgewählte Tumorarten. Die „Berliner Zeitung“ gab die Statistiken für das Bronchial-, Colon-, Mamma- und Prostatakarzinom wieder und unterschied farblich die blauen Spitzenreiter („hohe Effektivität“) vom roten Rest („Behandlung uneffektiv“). Den dadurch ausgelösten Sturm konnte man anhand des Dementis erahnen. Leistungszahlen zu veröffentlichen wurde zwar überwiegend als sinnvoll angesehen, aber es rächte sich, dass sie von der Senatsverwaltung weitgehend ohne Kommentar zu evaluierten Mindestmengen, zur Beziehung von Leistungsumfang zu Sterblichkeit, Komplikationsrate, Langzeit-

überleben, Patientenzufriedenheit oder anderen Qualitätsindikatoren herausgegeben wurden. Die Verwirrung um die Bewertung der Zahlen hätte ein strukturierter und patientenorientierter Dialog wohl verhindern können. Eine fachlich adäquat begleitete Herausgabe durch das Tumorzentrum Berlin, das dafür allerdings erst ausgestattet werden muss, wäre für die Zukunft eine effektivere Alternative.

Am Schluss wurde im Plan nochmals das Kardiologiekonzept von 2004 wiedergegeben, dessen Ziel insbesondere die Zuführung aller Notfallpatienten in spezialisierte Einrichtungen war. Bislang jedoch konnte nach Einschätzung der Kostenträger leider keine Auswirkung auf die Versorgung festgestellt werden.

Verfasser:
Dr. med. Nicolas Schönfeld

ANZEIGE

SOZietät DR. REHBORN * RECHTSANWÄLTE BERLIN - DORTMUND - KÖLN - LEIPZIG - MÜNCHEN

Wir geben bekannt, dass sich Herr Dr. Jäkel ab dem 1. August unserem Berliner Standort anschließt. Auf die Zusammenarbeit freuen sich:

Dr. med. Christian Jäkel

Rechtsanwalt und Arzt

Fachanwalt für Medizinrecht

Arztrecht, Vertragsarztrecht, Berufsrecht der Heilberufe,
Vergütungsrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht

Kathrin Möller

Rechtsanwältin

Arztstrafrecht, Familienrecht, Versicherungsrecht,
Praxismietverträge, Schadensersatzrecht

Yvonne Marckhoff

Rechtsanwältin

Arzthaftungsrecht, Vertragsarztrecht, Arztstrafrecht,
Versicherungsrecht, Berufsrecht der Heilberufe

Wir beraten im ärztlichen und zahnärztlichen Berufs-, Vertragsarzt- und Haftungsrecht sowie bei Kooperationen und gemeinsamer Berufsausübung einschließlich MVZ. Darüber hinaus verteidigen wir Ärzte und Zahnärzte gegen Vorwürfe in Disziplinar- und Strafverfahren. Gern beraten wir Sie auch zu den Chancen und Risiken des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes.

Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin

Tel. 030/88 77 69-0, Fax 030/88 77 69-15

E-Mail: zentrale@rehborn-b.de

www.dr.rehborn.de

Medizin als Kunst vom inneren Schweinehund

Dr. Eckart von Hirschhausen studierte Medizin, promovierte „magna cum laude“ und arbeitete als Arzt in der Neurologie. Seit 1997 steht sein Name aber nicht mehr auf dem Dienstplan einer Klinik, sondern unter anderem in Radio- und TV-Programmen, über einer regelmäßig erscheinenden Kolumne im „Stern“ und auf Veranstaltungsplänen diverser Theater- und Comedybühnen. Von Hirschhausen tourt mittlerweile mit seinem dritten Solo-Programm „Glücksbringer“ erfolgreich durch Deutschland. Er therapiert das Publikum zwei Stunden auf wissenschaftlicher Grundlage mit Humor und Überzeugung. **BERLINER ÄRZTE** bat den Arzt, Kabarettist, Redner, Humorcoach und Autor um eine „Sprechstunde“:

BERLINER ÄRZTE: Was hat Sie bewogen, Arzt zu werden?

Ich finde Medizin ist ein unglaublich faszinierendes Gebiet, weil es so viele wissenschaftliche Richtungen miteinander verbindet. Angefangen von der Zelle und der Biochemie bis hin zur Seele und zu Fragen der Philosophie und Hirnforschung. Was Menschen heilt, ist nach wie vor ein großes Rätsel. Ich habe bis heute große Freude daran, an der Auflösung dieser Frage mitzustricken und meine eigenen Erfahrungen weiterzugeben. Mich interessiert in der Medizin vor allem die Frage, ob wir mehr wissen oder mehr handeln müssen. Es wäre meiner Meinung nach schon viel gewonnen, wenn man das vorhandene Wissen auch anwenden würde, statt immer mehr zu forschen. Beziehungsweise die Forschung sollte sich konkret auf dieses Phänomen der Non-Compliance konzentrieren. Was ist das, was die Menschen die Hälfte aller verschriebenen Medikamente nie nehmen lässt? Wie die guten ärztlichen Ratschläge tatsächlich einmal umgesetzt werden, ist eines der großen Schwarzen Löcher in der Ausbildung, der Wissen-



Foto: Markus Hauschild

schaft und der Praxis. Wir wissen so wenig über den inneren Schweinehund. Warum tun wir auch als Ärzte selber so selten, was uns gut tut? Eigentlich ist für

mich die Medizin im Kern die Wissenschaft vom inneren Schweinehund, von Motivation, Scheitern, und erneut die Trägheit überwinden. Medizin faszinierte mich von früher Kindheit an, das Wechselspiel zwischen Wissen und Handeln einerseits und zwischen der Erkenntnis im Detail und dem Denken im Zusammenhang.

Was haben Sie aus der Zeit, als Sie Ihr AiP in der Kinderneurologie gemacht haben, mitgenommen?

Die Hauptbotschaft meines Programms „Glücksbringer“ ist: Das Hirn ist plastisch und verformbar. Also macht was Schönes

draus. Was wir beeinflussen können, sollten wir bewusst beeinflussen und in eine gute Richtung bringen. Das ist das, was ich bei den Kindern gelernt habe. Der Mensch kann viel erreichen. Manchmal sind es minimale Fortschritte in der Klinik gewesen, die mir das zeigten. Da gab es diesen Jungen, der ganz unglücklich auf der Treppe gefallen war und Hirnblutungen hatte. Wenn bestimmte Gehirnteile zerstört sind, dann lässt sich das nicht mehr komplett regenerieren. Trotzdem merkte man, wie dieses Kind mit viel Zuwendung, durch viel thera-

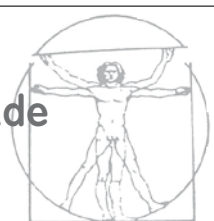
ANZEIGE

FrAktion Gesundheit

in der Berliner Ärztekammer

www.fraktiongesundheits.de

Gesundheit ist keine Ware!
Patienten sind keine Kunden!
Ärzte sind keine Sklaven!



peutischen Einsatz und enormes Engagement der Eltern Kleinigkeiten wiedererlernen konnte. Letztlich habe ich in dieser Zeit aber auch meinen Wunsch entwickelt, nicht erst im Krankenhaus anzusetzen, sondern einen Schritt vorher. Sei es damit, dass ich in meinem Programm erwähne, dass man einen Fahrradhelm tragen sollte und damit viel von den unfallbedingten Hirnschädigungen tatsächlich verhindern könnte.

In meinen Programmen und Seminaren sehe ich mich als Multiplikator von dem, was die Wissenschaft weiß, insbesondere auch in der Psychotherapie. Ich möchte gerne zur Prävention von psychischen Störungen beitragen, weil es immer der Mix Gene + Umwelt ist, der krank macht.

Es braucht keinen Spezialisten für alles und jedes. Ganz viel von dem, was uns gut tut, können wir für uns selber oder können wir uns gegenseitig geben. Menschen tun Menschen gut. Das heißt überhaupt nicht, dass ich die professionelle ärztliche Leistung gering schätze. Aber ich habe dieses Gefühl, sehr viel effektiver mit meinen Ideen und Kräften umzugehen, wenn ich einem ganzen Saal von 500 oder 1000 Leuten das an einem Abend in zwei Stunden mit Spaß erzählen kann. Das wäre in der Klinik jedes Mal ein Einzelgespräch. Dafür bin ich zu ungeduldig.

Wie beschreiben Sie den Ort „Klinik“ – sowohl als Arzt aber auch als Künstler – und welche Bedeutung hat er für Sie?

Norman Cousins sagte mal, „ein Krankenhaus ist kein guter Ort für kranke Menschen“. Man muss als Patient relativ stabil sein, um einen längeren Krankenhausaufenthalt gut zu überstehen. Umso wichtiger ist es, dass alle Akteure aufeinander achten. Auch die Stimmung der dort Arbeitenden ist enorm wichtig. Das ist einfach Gold wert. Als blauäugiger junger Arzt lassen einen die Schwestern natürlich erstmal schön zappeln und auflaufen, bis man sie um Rat fragt. Das Klügste was man tun kann: Befolge immer den Rat einer erfahrenen Schwester. Die medizinischen Kenntnisse der Schwestern sind ein Schatz, der von vielen Verwaltungsmenschen überhaupt nicht richtig honoriert wird, weil sie

nicht in Statistiken ausgedrückt werden können. Heute werden unter dem ökonomischen Druck funktionierende Strukturen einfach zerschlagen, weil auf dem Papier egal ist, ob Schwester A oder B auf der Station ist. Aber in der Praxis ist das ein riesiger Unterschied und kann für die Effizienz der Station extrem wichtig sein. Was durch die Klinikfusionierungen und Sparmaßnahmen an Motivationsschaden angerichtet wurde und wird, das lässt sich in Zahlen gar nicht darstellen.

Wie kam es bei Ihnen zu dem Wechsel vom Bett des Patienten auf die Bühne und ans Rednerpult?

Von Kindheit an war Zaubern, Kabarett machen, Witze sammeln und vor Zuschauern aufzutreten mein leidenschaftliches Hobby. Als Erwachsener war es mein kreativer Ausgleich zum Arztsein. Irgendwann merkte ich, dass ich nicht mehr beides machen konnte, denn ich wurde als Kabarettist immer besser und bekam mehr Aufträge. Ich habe Hobby und Beruf getauscht, wobei ich die gleichen Interessen, die mich in die Medizin geführt haben, weiter verfolge. Von außen sieht das nach einem radikalen Schnitt aus, aber die Inhalte sind gleich geblieben. Nur die Form hat sich gewandelt. Die Leute haben mal gesagt, Zauberei und Medizin, das sind doch zwei verschiedene Welten. Nee, sage ich, das war über Jahrtausende ein Beruf. Der Schamane und Medizinmann kannte sich mit den Kräutern und den Medikamenten aus, aber auch mit der Psychotherapie und auch mit ein bisschen Zauberei, um seinen Status zu untermauern. So gesehen bin ich genauso wie der Hofnarr keine neue Erscheinung, sondern folge als Arzt, Zauberer und Kabarettist einem uralten Stereotyp.

Woran haben Sie konkret gemerkt, dass eine Zweigleisigkeit nicht mehr möglich war?

Es ergaben sich immer häufiger Situationen, in denen ich tagsüber gearbeitet habe und abends dann noch einen Auftritt hatte. Mir wurde einfach klar, dass ich als Arzt nicht einen zweiten Beruf ausüben konnte. Dafür ist die ärztliche Verantwortung zu hoch und ich hätte

vielleicht irgendwann jemandem ernsthaft schaden können. Ein schlechter Arzt ist schlimmer als ein schlechter Komiker. Ich musste mich auf eins konzentrieren. Dazu kam, dass mein AiP zu Ende war und ich durch die Fusion mit der Charité keinen sofortigen Anschlussvertrag bekam und den Aufbaustudiengang Wissenschaftsjournalismus begann. Sonst würde ich heute vielleicht in einer Klinik versuchen, Karriere zu machen. Es fügte sich anders. Heute verbinde ich einfach alles, was ich gemacht habe, miteinander. Keinen Tag des Studiums und keinen in der Klinik möchte ich missen, aber auch keinen auf der Bühne. Ich gehe viel auf medizinische Kongresse und versuche mich in den Fachbereichen fit zu halten, aber ich habe keinen akademischen Ehrgeiz und muss keine Fortbildungspunkte sammeln.

Gleichzeitig bin ich tatsächlich der Überzeugung, dass ich auf der Bühne und im Fernsehen viele Leute erreiche, ich werde besser als in der Klinik gehört. Im Programm „Glücksbringer“ habe ich eine therapeutische Metapher gefunden: den Pinguin. Ich dachte lange, der Pinguin sei eine Fehlkonstruktion, weil der Schöpfer bei ihm scheinbar die Knie vergessen hat. An Land watschelt er unbeholfen, aber kaum ist der Pinguin im

Praxisschilder

Fahrstuhl 1.OG

Zahnarzt
Dr. dent. Breitschaft

Sprechzeiten:
Mo - Fr 9.00 - 18.00 Uhr
u. nach Vereinbarung Telefon 84 10 90 50

Fahrstuhl 2.OG

Frauenarzt
Dr. med. Henning

Sprechstunden nach Vereinbarung
Telefon 84 10 90 40

info@info-card-berlin.de

unverbindlicher Hausbesuch
in Berlin oder

Sie besuchen unsere ständige Ausstellung

InfoCard

Tel. (030) 84 10 90 40
Fax (030) 84 10 90 41
Hindenburgdamm 68, 12203 Berlin-Steglitz

A
N
Z
E
I
G
E

Wasser, spürst du: Er ist perfekt! Super für diese Umgebung angepasst, besser als alles, was Menschen jemals gebaut haben. Für mich bedeutet der Pinguin: Es kommt nicht nur drauf an, was du bist, sondern auch, in welcher Umgebung du das sein kannst.

Glauben Sie, dass die Zuschauer ihr Gesundheitsverhalten nach dem Besuch Ihrer Programme verändern?

Ich weiß nicht, was jeder Einzelne mitnimmt, aber ich sehe tatsächlich an den Mails, die mir die Leute manchmal noch ein halbes Jahr später schreiben und an den Eintragungen im Gästebuch auf meiner Homepage, dass ich etwas bewirke. Medizinisches Kabarett, diese Mischung aus Unterhaltung und Seminar, ist meines Erachtens eine spannende Richtung in der Präventionsarbeit, die bisher noch nicht genug genutzt wird. Was ich sehr oft höre: „Ich habe ja lange nicht mehr so viel am Stück gelacht“. Darüber hinaus machen viele im Programm die Erfahrung, dass ein Perspektivwechsel auch bei ernsten Themen möglich ist. Ich rede über den Tod und die Sterblichkeit und darüber, dass Krankheit und Sterben nicht die Ausnahme sondern die Regel sind. Ich habe mal formuliert: „Wir kommen aus Staub, wir werden zu Staub, deswegen meinen die meisten Menschen, es muss doch im Leben darum gehen, viel Staub aufzuwirbeln.“ Oder ein anderes Zitat: „Im Spielfilm bekommt der Held oft den Satz zu hören, er hätte nur noch eine begrenzte Zeit zu leben. Unter uns gesagt, dass gilt für uns alle.“

Spendenaufruf

Eckart von Hirschhausen ist Gründungs- und Vorstandsmitglied der „Rote Nasen Deutschland e.V.“. Er bittet deshalb um Spenden, zum Beispiel für das Projekt „Hirschhausen“, ein neues Clownprojekt am Deutschen Herzzentrum in Berlin. Speziell ausgebildete Clowns sollen dort kranken Kindern ein bisschen Fröhlichkeit in den oft sehr traurigen und tristen Klinikalltag bringen. Hirschhausen selbst spendet beim Verkauf seiner CDs „Sprechstunde forte“ und „Sprechstunde classic“ jedes Mal einen Euro.

Spendenkonto:

Dr. Eckart von Hirschhausen
Stichwort: Spende Rote Nasen
Deutsche Bank Kassel,
BLZ 520 700 24,
Konto 239 18 60 01
Auf Wunsch erhalten Spender ab
einer Spende von 5 Euro eine rote Nase.
Weitere Informationen unter:
www.hirschhausen.com
www.rotenasen.de

Das sind so Sachen, da schluckt das Publikum erstmal. Einen Moment lang wird es ganz still. Viele sagen, das gehöre nicht ins Theater, das sei viel zu ernst und ein Tabu. Ich glaube aber, dass ich als Mediziner auch die Legitimation habe, über Krankheit und Tod zu sprechen. Das würde man keinem anderen Kabarettisten durchgehen lassen, aber durch diesen „Dr. med.“ habe ich sozusagen das Recht über existenzielle und intime Sachen zu sprechen. So gesehen begreifen mich die Leute als Komödiant und auch ein wenig als ein Mann vom Fach, der auf humorvolle Art und Weise die großen Themen des Lebens streift.

Sie stellen den Berufsstand des Arztes in den Mittelpunkt Ihrer Comedy-Programme. Werden Sie von ärztlichen Kollegen auch als Nestbeschmutzer gesehen?

Nein, gar nicht. Ich hatte nur ein einziges Mal Ärger mit einem Orthopäden, weil ich in einer Radioglosse erwähnte, dass Einrenken der Halswirbelsäule tat-

sächlich die Halsschlagader verletzen kann. Die Orthopäden machen Kurse in manueller Therapie und würgen und ruckeln dann am Kopf rum. Da habe ich ganz klar gesagt, dass das nicht ohne Risiko ist. Daraufhin hat sich einer wahn-sinnig aufgeregt und schrieb dem WDR einen wütenden Brief. De facto ist die Orthopädennummer aber eine der größten Lacher im Programm, weil viele aus eigener Erfahrung als Patient wissen, was ich meine. Durch das Lachen und den Brief fühlte ich mich doppelt bestätigt.

Als Kabarettist hat man ja auch den Job, die wunden Punkte anzutippen. Aber ich bohre nicht in den Wunden, sondern versuche augenzwinkernd zu sagen, woher diese Deformation kommt. Ich sehe mich weder als Nestbeschmutzer, noch als schwarzes Schaf, dann schon eher als bunten Hund. Ärzte geben mir viel positiven Zuspruch. Sie schicken mir Arzt-Patienten-Geschichten per Mail und ich werde ja auch als Kabarettist, Gastredner oder Moderator sehr häufig zu Veranstaltungen, Fortbildungen und Kongressen eingeladen.

Um bestimmte Situationen herauszuarbeiten, müssen Sie auf der Bühne polarisieren, zum Beispiel dick – dünn, Mann – Frau, schön – hässlich.

Klar, ein Stilelement der Komik ist die Übertreibung. Ich versuche aber meine Spitzen gleichmäßig zu verteilen. Das geht zu gleichen Teilen an die Ärzte und an die Patienten. Ich sage auch, dass die Ansprüche, die manche Patienten an die Ärzte haben, komplett überzogen sind. Da versäumen einige, richtig für sich zu sorgen und denken dann, nach zwei Besuchen beim Doktor müsste alles wieder im Lot sein. Natürlich arbeite ich auch mit Klischees, denn sie sind eine Form von Wahrheit. Das wissen die Leute, sonst würden sie nicht lachen. Gleichzeitig hat das für viele Menschen etwas Befreiendes, wenn sie hören, dass sie mit bestimmten Dingen wie dem Älterwerden, der ewigen Suche nach dem Glück aber auch mit fünf Kilo mehr auf den Hüften nicht alleine sind. Auch das ist ein therapeutisches Erlebnis in der Kabarettssituation.

A
N
Z
E
I
G
E

ARZT- UND MEDIZINRECHT

Dr. Marc Christoph Baumgart
Rechtsanwalt

Kurfürstendamm 42
10719 Berlin

Tel. 88 62 49 00

Fax: 88 62 49 02

www.ra-baumgart.de
m.c.baumgart@t-online.de

Ist Ihnen selber schon mal das Lachen vergangen?

Ja, klar. Humor ist Konflikt. Lustig ist nur, wo es knirscht. Deshalb hat auch jeder Komiker irgendeinen Konflikt, der ihn auf die Bühne treibt. Ein Thema bei mir ist sicherlich, dass ich ein Komiker bin, der ernst genommen werden will. Das ist in sich schon ein Widerspruch, wobei Peter Ustinov sehr schön gesagt hat, Komik ist eigentlich nur ein anderer Weg, um ernst zu sein. Das ist oft auch ein Missverständnis, wenn ich die Führungskräfte-Tagung mache. Humor ist nicht der Versuch, Leute nur zu amüsieren. Humor ist eine Grundhaltung dem Leben gegenüber und das ist etwas sehr Ernstes. Es gibt nur drei Wege mit

dem Paradoxen im Leben umzugehen. Das Leben ist nicht schwarz – weiß, sondern irgendwas dazwischen. Es ist oft widersprüchlich und gleichzeitig wahr. Weil das so ist, hat unser Hirn drei Varianten, damit umzugehen: im Traum sind plötzlich Widersprüche möglich, ohne aufgelöst werden zu müssen; Humor ist die zweite und gesunde Variante; die dritte ist dann die Psychose, in der die Welt dann plötzlich auseinander fällt. Deswegen ist Humor so wichtig, damit man mehrere Weltsichten gleichzeitig aufrechterhalten kann. Humor ist einfach das beste Schutzprogramm für die Seele.

Ernst und Komik liegen ganz nah beieinander. Das erlebt man im Krankenhaus

sehr oft. Jemand ist sterbenskrank und ist gut drauf. Dann kommen die Angehörigen und alle haben diese Trauermiene. Da hat sich dieser arme Kranke den ganzen Tag drauf gefreut, dass seine Familie kommt und zum Schluss muss er sie trösten und darf gar nicht mit ihnen froh sein. Die Botschaft des Humors enthält eine tiefe Wahrheit: Das Leben hat das letzte Wort und nicht der Tod. Wir sind sterblich und darüber müssen wir uns klar werden, ohne daran zu verzweifeln. Wer zuletzt noch lacht, lacht am besten!

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Gespräch führte Ulrike Hempel, MA Journalistin

In memoriam Annegret Lübker



Die Kinderärztin Dr. med. Annegret Lübker ist am 9. Juli 2006 in Berlin verstorben. Lübker war in den 70er Jahren maßgeblich an der Gründung der Beratungsstelle für Risikokinder Wedding beteiligt.

Als ältestes von drei Kindern eines Lehrerehepaares war sie am 27. Januar 1931 in Hamburg zur Welt gekommen, wo sie 1950 das Abitur bestand. Da es für das Medizinstudium damals Wartelisten gab, durchlief sie 1950 bis 1953 zunächst eine Krankenpflegeausbildung in Dundee (Schottland). Danach folgten das Medizinstudium in Hamburg und Freiburg i. Br. sowie Staatsexamen und Promotion auf Grund einer von dem Pathologen Joachim Kracht (1924 – 2001) betreuten Dissertation „Morphokinese der Nebennierenrinde bei Glucocorticoidtherapie“ 1961 in Hamburg. Nach ihrer Assistenzarztzeit in Hamburg ging Lübker im Oktober 1963 nach Berlin an die Klinik für Kinder-

und Jugendpsychiatrie Wiesengrund und anschließend an die Kinderklinik Wedding. 1969 erhielt sie die Anerkennung als Kinderärztin. Da nach Abschluss der Weiterbildung ihr Vertrag nicht verlängert wurde, nahm sie die ihr angebotene Stelle als Fürsorgeärztin in der damaligen Säuglingsfürsorge des Gesundheitsamtes Wedding an.

Es war die Zeit als der Frauenarzt Erich Sahing die Geburtshilfe reformierte und in diesem Zusammenhang die Risikoschwangerschaft Bedeutung erlangte. Dies führte dazu, dass in der sich herausbildenden Perinatalmedizin für den Bereich der Kinderheilkunde auch Risikokinder anfielen. Lübker entwickelte für die Säuglingsfürsorge des Gesundheits-

amtes Wedding besondere Sprechstunden für diese Risikokinder in Zusammenarbeit mit der Kinderklinik Wedding. Mitte der 70er Jahre wurden dann auch in einigen anderen Berliner Gesundheitsämtern Beratungsstellen für Risikokinder geschaffen. In enger kollegialer Zusammenarbeit der dort tätigen Ärzte wurde bis Ende der 70er Jahre ein für das Land West-Berlin einheitliches Dokumentationssystem geschaffen.

1976 wurde Lübker zur Medizinaldirektorin befördert. 1990/91 wurde eine Arbeitsgemeinschaft der Ärzte der Spezialmütterberatung Ost und der Risikoberatungsstelle West gebildet. 1991 konnte Lübker schließlich „20 Jahre Beratungsstelle für Risikokinder Wedding“ feiern. Am 28. Mai 1993 ging sie in den Ruhestand, sie erhielt dabei das Bundesverdienstkreuz am Bande.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

ANZEIGE

STEFAN DANIEL LITTNANSKI

Rechtsanwalt

**Medizinrecht/Arztrecht · Arbeitsrecht
Familienrecht · Erbrecht · Verkehrsrecht**

Postfach 740 140 · 13091 Berlin
Tel. 030/510 582 63 · www.ra-littnanski.de

Zum Tode von Rolf Winau

Medizin und Geschichte in Berlin

„Obwohl der Tod ständiger Begleiter des Lebens ist, obwohl er zum Leben gehört als Endpunkt ... leben (wir) so, als gäbe es ihn nicht.“

Rolf Winau, 1984



Professor Dr. med. Dr. phil. Rolf Winau, der langjährige Direktor des Berliner medizinhistorischen Institutes, ist am 15. Juli 2006 nach kurzer schwerer

Krankheit verstorben. Winau, geboren am 25. Februar 1937, begann 1963, nachdem er bereits im Fach Geschichte promoviert hatte, ein Medizinstudium und war gleichzeitig als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Mainzer medizinhistorischen Institut tätig. 1970 erfolgte seine Approbation als Arzt und eine zweite, nun medizinische Promotion, zwei Jahre später die Habilitation für das Fach Medizingeschichte.

Seit seiner Berufung 1976 auf die ordentliche Professur für Geschichte der Medizin an der Freien Universität machte er gemeinsam mit Professor Johanna Bleker (seit 1978) das Institut zu einer der produktivsten Lehr- und Forschungsstätten aller medizinischen Fakultäten. Heute wird das Fach Medizingeschichte und auch das Fach Ethik der Medizin an fünf Universitäten (Hamburg, Wien, zeitweise Toronto, Bochum, Magdeburg, Berlin) durch aus seinem Institut hervorgegangene Mitarbeiter vertreten, an zwei weiteren sind Mitarbeiter in selbständiger Position (Mainz, Hannover) tätig. Bis zu seinem endgültigen Ausscheiden im März dieses Jahres war er in führenden hochschulpolitischen Positionen an FU

und Charité aktiv: Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik, des Fachverbandes Medizingeschichte, der Promotionskommission, Prodekan, Dekan, Direktor des Zentrums Human- und Gesundheitswissenschaften.

Seine forschersche Neugier, sein phänomenales Gedächtnis – auch für zunächst nebensächlich erscheinende Ereignisse –, seine optimistische, auf der Suche nach unbearbeiteten Fragen bewegliche Grundhaltung, seine nie erlahmende Förderung junger Wissenschaftler/innen ermöglichten den Auf- und Ausbau zahlreicher Forschungsschwerpunkte, mit denen das Berliner Institut (seit 2000 vereint mit dem medizinhistorischen Institut der Humboldt-Universität) national und international, auch in der Drittmittelwerbung, glänzen konnte. Schon früh hatte er sich ethischen Fragen des ärztlichen Handelns zugewandt. So untersuchte er 1973 die Schrift von Binding und Hoche „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ und beschrieb die Vereinseitigung ärztlichen Handelns in der Überbewertung allein die Biologie berücksichtigender und daher biologistischer Herangehensweisen (Natur und Staat 1983). Das Thema „Versuche mit Menschen“ stellte er in einer Ringvorlesung vor, aus der ein Buch entstand (1986). Die als „Euthanasie“ versteckten Mordaktionen an zigtausend Opfern aus allen im Zweiten Weltkrieg von Deutschen und deutschen Ärzten besetzten Ländern beschäftigten ihn über Jahrzehnte, noch bis in die letzten Jahre auch als Prozessgutachter. Seit dem Ende der 70er Jahre konnte durch die Initiierung zahlreicher Promotionsarbeiten zusammen mit Gerhard Baader die Auseinandersetzung mit der Medizin

des Nationalsozialismus zu einem Markenzeichen seines Instituts werden. Dabei entstanden nicht nur zahlreiche biographisch orientierte sondern auch sozial- und institutionsgeschichtliche Arbeiten, etwa zum Krankenhaus Moabit („nicht miss-handeln ...“, 1984), zum Jüdischen Krankenhaus (1989), zur Vertreibung jüdischer Wissenschaftler und Ärzte (1994) und immer wieder zur Chirurgie und zur Gynäkologie. Aus einigen dieser Projekte wurden auch innovative Ausstellungen. In der Konsequenz konnte durch ihn auch ein besonderer zeithistorischer Schwerpunkt am Institut angeregt und eingerichtet werden, der sich der Nachkriegsgeschichte des Gesundheitswesens in den deutschen Staaten und der Verflechtung von medizinischer Wissenschaft und Politik widmet. Das bis heute grundlegende Werk zur Geschichte der Medizin in Berlin und der Charité verfasste er 1987 mit Arleen Tuchman.

Da wo es Rolf Winau erforderlich schien, stritt er auch kämpferisch mit Hochschul- und Standeskollegen. So unterstützte er von Studierenden ausgehende Aktionen. Zur Erinnerung an die Einbeziehung des Dahlemer Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in die NS-Vernichtungsaktionen erhielt das jetzige FU-Gebäude erst 1988 mit seiner Hilfe einen nicht beschönigenden Gedenktafeltext. 1987 war er Mitautor der Stellungnahme gegen den damaligen Bundesärztekammerpräsidenten, als dieser noch 40 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozess die generelle Verstrickung der deutschen Ärzteschaft in die NS-Politik und ihre Auswirkungen auf Patienten meinte leugnen zu müssen. Als Studenten die den Anforderungen moderner Lerntheorien nicht entsprechende medizinische Ausbildung kritisierten und seit 1988 ein eigenes Reformmodell entwickelten, war er einer der ersten Hochschullehrer, die sich gegen großen Widerstand für die Einrichtung des „Reformstudiengangs“ einsetzten. Heute zählt dieser

ANZEIGEN

www.praxisboerse.de

Praxisschilder · Drucksachen · Stempel

Thomas Götze TE-GE · Über 35 Jahre Erfahrung

Kaiser-Friedrich-Str. 5 · 10585 Berlin · Mo–Do 10–17 Uhr u. n. Vereinb.

☎ 3 41 10 64 · Fax 3 41 90 25

zu den international anerkannten Exzellenz-Projekten der Charité.

In kaum aufzuzählenden Initiativen war er kraftvoller, selten auch cholerisch werdender Motor. Wenn es aus seiner Sicht zu langsam vorwärts ging, konnte er manchmal ungeduldig werdend auch mit ungerechten Wertungen verletzen; daran

erinnert, nahm er dies aber zurück. Guten Rat übergab er manchmal, um schnell zu Ergebnissen zu kommen.

Nach einem außergewöhnlich aktiven, ja leidenschaftlichen Leben als Hochschullehrer verließ ihn erst wenige Wochen vor seinem Tod die Kraft im Kampf mit einer aggressiven Krankheit. In der Kombination

aller großen und bleibenden Verdienste wird Rolf Winau keinen Nachfolger haben. Seiner Fakultät ist zu wünschen, dass sie anderthalb Jahre nach seiner Emeritierung die Kraft findet, wenigstens seine Stelle wieder zu besetzen – auch, um das Fach vor Schaden zu bewahren.

Dr. med. Udo Schagen

BUCHBESPRECHUNGEN

Die Geschichte der Sozialmedizin

100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland (CD-ROM)

Hrsg.: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher. Bezug: Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte, Institut für Geschichte der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klingsorstr. 119, 12203 Berlin, sabine.selle@charite.de, ISSN: 1432-3958, Preis 12 € (inkl. Versand).

Dr. Udo Schagen und Dr. Sabine Schleiermacher haben im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) die CD-ROM „100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland“ veröffentlicht, die sich als Leitfaden und Standortbestimmung von Sozialmedizin in Deutschland versteht. Im Vorwort verweist DGSMP-Präsident Professor

Bernt-Peter Robra darauf, dass die öffentliche Gesundheitspflege zwar nicht erst 1905 begonnen hat, doch die Gründung der „Deutschen Gesellschaft für sociale Medizin, Hygiene und Medicinalstatistik“ ein Grundstein für die weitere Entwicklung war. Die Mitglieder dieser Gesellschaft gehörten einer Reformbewegung an, die mit Hilfe moderner Wissenschaft gesellschaftliche Veränderungen erreichen wollte.


Die CD-ROM ist in vier Bereiche gegliedert: Biographien, Bibliographien, Dokumente und Texte. Unter den „Biographien“ finden sich 37 Lebensläufe bedeutender Sozialhygieniker und -mediziner des 20. Jahrhunderts. Der Bereich „Bibliographien“ enthält eine Bibliographie ausgewählter Literatur zur deutschen Sozialmedizin, eine Bibliographie deutschsprachiger Hand- und Lehrbücher, Auszüge aus der Zeitschrift „Das

Gesundheitswesen“ und deren Geschichte sowie die Themen der DGSMP-Kongresse von 1963 bis 2005. Im Bereich „Dokumente“ gibt es 21 ausgewählte Dokumente im Original zu Selbstverständnis, Unterricht, Methodik und gesundheitspolitischer Bedeutung der Sozialhygiene und -medizin, angefangen von Rudolf Lennhoffs „Gesellschaft für sociale Medizin, Hygiene und Medicinalstatistik“ bis zu Michael Hubenstorfs „Hochschullehrer der Sozialen Hygiene 1918-1933“. Die 13 „Texte“ schließlich befassen sich mit der Bedeutung von Sozialmedizin und -hygiene in Medizin und Gesellschaft.

Die CD-Rom gibt einen umfassenden Einblick in die Geschichte und den aktuellen Stand der Sozialmedizin in Deutschland. Zwar liefert sie keinen multimedialen Highlights, wird aber dem selbstgesteckten Anspruch gerecht, einen kompakten Überblick zu bieten.

Sascha Rudat

ANZEIGEN



„Auf meine Briefe gehören Wohlfahrtsmarken. Ich find's gut, mit dieser kleinen Geste so vielen Menschen helfen zu können.“

wohlfahrtsmarken.de
Kaufen. Kleben. Helfen.

RUGE & CHERIF
Rechtsanwälte und Arzt

Dr. med. Dietrich Ruge
Rechtsanwalt und Arzt

Dr. jur. Sylvia El Cherif
Rechtsanwältin

Medizinrecht und Arbeitsrecht
u.a. Wirtschaftlichkeitsprüfungen • Berufsrecht • Arbeitsverträge

Xantener Str. 15A • 10707 Berlin • Tel. 030 88722831 • Fax 030 88722987

„T'volck wil bedroghen zyn“

Die Regenbogenpresse hat's noch nicht gegeben, das Internet erst recht nicht, auch keine (schein-)seriösen Pharma-PR- und Werbeleute. Zu Rembrandts Zeiten alles noch Zukunftskatzmusik. Scharlatane traten damals wie Schausteller auf Jahrmärkten auf – mit großem Publikumserfolg. Versprachen den Blinden, Lahmen und Schmerzgeplagten Heilung, machten mit ihren Wundermitteln gute Geschäfte und verschwanden. Heute haben sie ein Postfach im Ausland.

Solche Marktszenen mit dem theatralischen Auftritt eines Pseudo-Arztes waren in der holländischen Genremalerei und -grafik des 17. Jahrhunderts sehr beliebt. Das hier abgebildete Blatt ist jetzt in der „Rembrandt-Trilogie“ am Kulturforum zu sehen. Der Quacksalber unterm Sonnenschirm mit imposantem Federhut und Papagei auf der Schulter ist eine eigenhändige Federzeichnung des Meisters (um 1637/38 entstanden).

Rembrandt ließ in seiner Werkstatt Scharen von Schülern, Mitarbeitern und Amateuren zeichnen und malen, allein 50 Schüler sind namentlich bekannt. Damals war es in den Ateliers üblich, die Werke des Lehrers zu kopieren, zu imitieren und zu variieren. Kein Wunder, dass lange alles Hell-Dunkle aus Holland als „Rembrandt“ galt; zumal wegen der enormen Nachfrage, vor allem aus Amerika, der Kunsthandel Druck machte, so dass es vor 100 Jahren, in einer Ära des Rembrandt-Kults, zu einer Explosion von Zuschreibungen kam.

„Populus vult decipi. T'volck wil bedroghen zyn.“ – Die Aufschrift eines holländischen Kupferstichs – auch eine Quacksalber-Szene – würde auf diese Zuschreibungswut ebenso gut passen.

Die 82 Gemälde der dreiteiligen Ausstellung waren zuvor im Amsterdamer Rembrandt-Huis zu sehen. Darunter sind Leihgaben aus aller Welt, die man nie wieder so bequem betrachten kann wie hier und jetzt. Berlins besonderer Beitrag zum Rembrandt-Jahr aber sind die

beiden Ausstellungen der eigenen Bestände des Kupferstich-Kabinetts: Die Druckgrafik, die es fast vollständig besitzt, und die Zeichnungen, beide den Gemälden ebenbürtig.

Die Zeichnungen (um die es an dieser Stelle geht) wurden nach einem halben Jahrhundert zum ersten Mal wieder kritisch gesichtet, von Holm Bevers, Vize-Direktor des Berliner Kabinetts. Wie in den Rembrandt-Sammlungen aller anderen Museen, so ergaben auch hier jahrelange wissenschaftliche Untersuchungen mit subtilen Stil- und Qualitätsanalysen, dass viele „Rembrandts“ Schülerarbeiten sind; brav und detailliert bis an die Ränder ausgeführt, während der Meister sich auf die Hauptfiguren konzentriert und alles andere souverän mit wenigen Strichen leicht hinwirft.

Als „evidenzbasiert“ eigenhändig gelten nach dieser „differenzialdiagnostischen“ Forschungsarbeit von den 126 bisher Rembrandt zugeschriebenen Zeichnungen in Berlin nur noch 55 (so viel wie in Amsterdam). Von den nun zu Schülerarbeiten deklassierten zeigt Bevers in der Ausstellung 25, getrennt von den 55 authentischen. Ausstellungen haben oft nur „Begleitbücher“, die den Namen Katalog nicht verdienen. Hier hingegen haben wir eine „Begleitausstellung“ zum vorzüglichen kritischen Katalog der

Berliner Rembrandt-Zeichnungen (Hatje-Cantz-Verlag, 39,80 Euro, in der Ausstellung 28 Euro). Nach einer Einführung in Rembrandts geniale Zeichnungskunst erläutert Bevers jedes einzelne der gut reproduzierten Blätter inhaltlich und stilistisch. Damit dies leicht lesbar bleibt, sind Provenienzzgeschichte, Literatur und Anmerkungen für die Fachleute ins (allzu) klein Gedruckte der Randspalten verbannt.

Unser Rat: Nehmen Sie sich an Ihrem Rembrandt-Tag Zeit genug für die Zeichnungen!

Rosemarie Stein

Alle drei Rembrandt-Ausstellungen im Kulturforum („Rembrandt. Der Zeichner“ dort im Kupferstichkabinett) sind bis 5. November, Di – So 10 – 18 Uhr, Do bis 22 Uhr, zu sehen. Eintritt zusammen 15 Euro, Karten mit Reservierung eines „Zeitfensters“ im Museum, an Vorverkaufsstellen und telefonisch unter 01805/80 57 40.



Quelle: Kulturforum

ÖKOPUR AUCH GUT FÜR DAS GESCHÄFTSKLIMA

Unser Umweltstrom ÖkoPur wird zu 100 % aus regenerativen Energien gewonnen – ganz ohne CO₂-Emissionen. Zertifiziert mit dem Gütesiegel „ok-power“ der unabhängigen EnergieVision e.V. leisten Sie mit ÖkoPur einen entscheidenden Beitrag zum Umweltschutz.

Mehr erfahren Sie über unsere Service-Hotline
von Mo bis Fr 7-19 Uhr unter 01801-267 267*

WWW.VATTENFALL.DE

*9-18 Uhr 4,6 Cent/Min., 18-9 Uhr 2,5 Cent/Min. aus dem Festnetz der T-Com.

Stanislaw Karol Kubicki zum 80.



Foto: privat

Am 5. Juli ist der Berliner Neurologe Professor Stanislaw Karol Kubicki 80 Jahre alt geworden. Kubicki war viele Jahre Leiter der Abteilung für Klinische Neurophysiologie an der Freien Universität.

Kubicki wurde 1926 als Sohn eines polnischen Malers und Dichters und einer deutschen Malerin und Lehrerin in Berlin geboren. Er besuchte die Volksschule in Berlin-Britz und machte an der Staatlichen Kaiser-Wilhelm-Schule in Neukölln Abitur. Es gelang ihm noch, an der Berliner Universität Unter den Linden ein

Semester Medizin zu studieren, ehe er zwischen Februar und August 1945 in russische Gefangenschaft geriet, die er mit viel Glück überlebte.

1946 nahm er dann wieder sein Medizinstudium an der Ostberliner Humboldt-Universität auf und legte sein Vorphysikum und Physikum ab. Doch die politischen Verhältnisse dort unter SED und FDJ wurden für ihn unerträglich. Nach der Relegation von drei Studenten, die sich gegen die undemokratischen Zwangsmaßnahmen aufgelehnt hatten, strebten die Studenten die Gründung einer freien Universität im West-Sektor der Stadt an. Kubicki gehörte zur Gründungs-ASTA und war am 5. November 1948 der erste immatrikulierte Student der „Freien Universität“.

Kubicki approbierte 1953. Zwei Jahre später legte er seine Dissertation über ein Hirntumor-Thema vor und begann seine Facharztausbildung. 1968 habilitierte er sich dort über EEG-Veränderungen bei Schlafmittelvergiftungen. Seit 1974 war er bis zu seiner Emeritierung 1992 Leiter der Abteilung für Klinische Neurophysiologie an der FU. Kubicki war außerdem führendes Mitglied der EEG- und EMG-Gesellschaft, Mitbegründer der Zeitschrift „EEG-Labor“ und 33 Jahre Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie. Unabhängig von seinem Fachgebiet gehört Kubickis Liebe und sein Interesse der Archäologie (mit vielen Aufenthalten in Italien) und dem Neuen Berliner Kunstverein. Dem Jubilar wünschen wir für die kommenden Lebensjahre noch alles Gute und danken ihm für die Leistungen auf seinem bisherigen Lebensweg.

Dr. med. Kurt Samuel

ANZEIGE

TOSHIBA

Memio XG

- TFT Monitor
- Quick-Scan
- Workflow-Editor
- 80 GB Festplatte
- USB-Speicherung
- Optional: Advanced Dynamic Flow

Partner weltweit führender Hersteller:



Sonothek Berlin
Paul-Junius-Str. 70 - 10369 Berlin
Tel. 030 - 9714030
www.mtjendreyko.de - email: info@mtjendreyko.de



SONORING

Medizintechnik Jendreyko

Weltneuheit
ab sofort bei uns!



BERLINER ÄRZTE

9/2006 43. 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. jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
LMD Dr. sc. med. Manfred Dücker
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
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
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
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. 6 vom 01.01.2006.

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

ISSN: 0939-5784