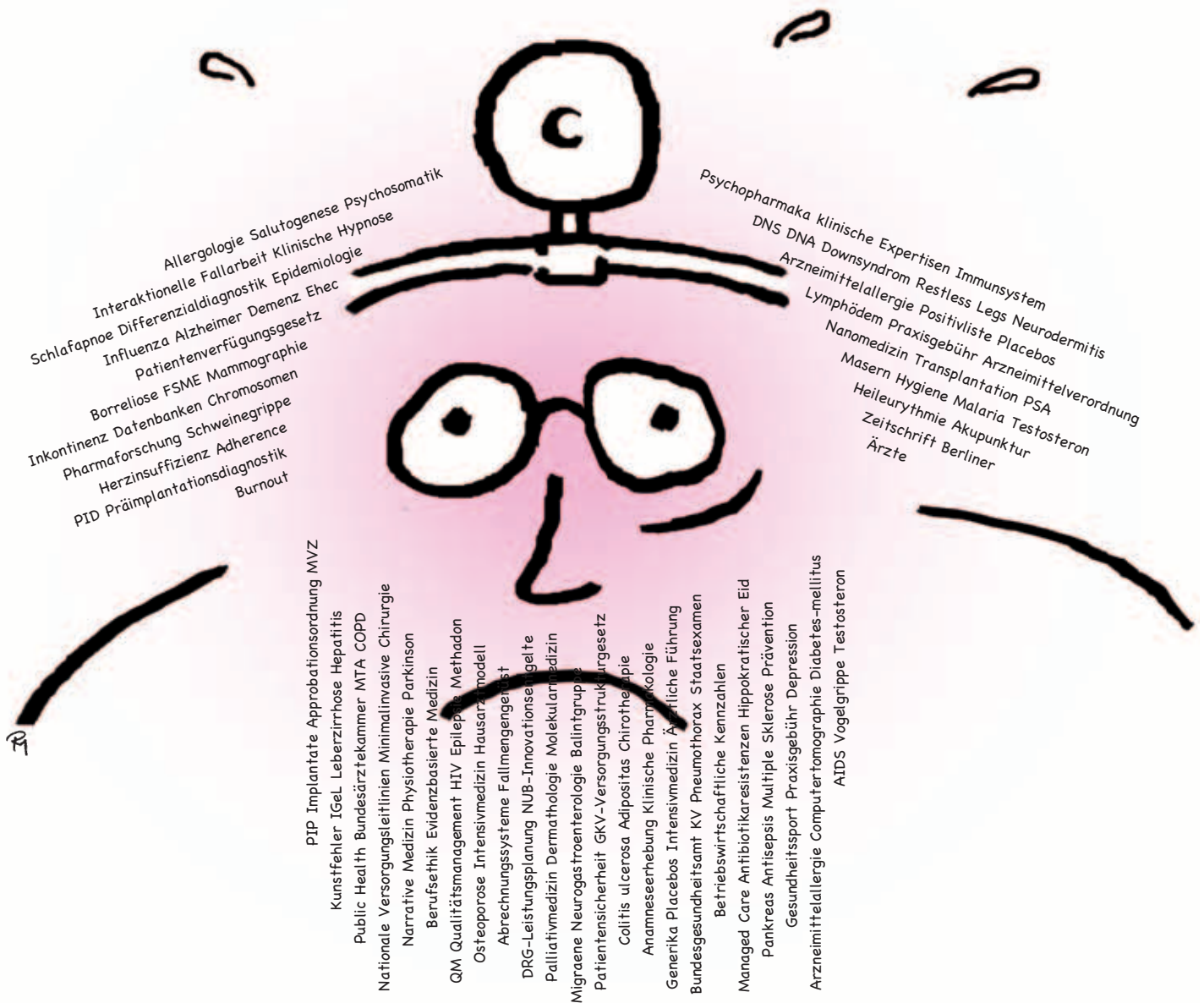


Wenn die
Datenflut über den Kopf
wächst



Auf den Spuren der **Evidenz**

Wege zum »Sauberen Wissen«

Die Entwicklung der Lehre an der Charité



Professor Dr. med. Claudia Spies
ist seit drei Monaten Prodekanin für Studium und Lehre an der Charité

Wir alle übernehmen Verantwortung für die Motivation unseres ärztlichen, zahnärztlichen und pflegewissenschaftlichen Nachwuchses. Das betrifft die studentische Ausbildung und die Fort- und Weiterbildung. Daher freue ich mich, nach dem ich vor knapp drei Monaten in das Amt der Prodekanin für Studium und Lehre der Charité gewählt wurde, mit Ihnen gemeinsam die Qualität unserer studentischen Lehre weiter und kontinuierlich zu verbessern.

Die Charité lässt in Eigenverantwortung Studierende in drei grundständige und 10 postgraduale Studiengängen zu. Mit den zurzeit auslaufenden Studiengängen werden derzeit sieben grundständige Studiengänge durchgeführt. Es studieren an der Charité zurzeit knapp 7.000 Studierende, davon mehr als 60% Frauen und ca. 1.000 internationale Studierende. Die Charité hat mit einem einzigartigen Engagement drei humanmedizinische Studiengänge etabliert, die eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Lehre beinhalten: der Reformstudiengang (seit 1999), der Regelstudiengang nach neuer Approbationsordnung (seit 2004) und der neue Modellstudiengang (seit 2004). Alle drei Studiengänge gründen auf einer hohen Expertise aller beteiligten Fakultätsmitglieder, bisherigen Prodekane und des Geschäftsbereichs Lehre sowie der Fakultätsleitung und des Vorstands. Der neue Studiengang ermöglicht dem zukünftigen Arzt, schon im ersten Semester die patienten-orientierte Ausbildung. Richtschnur für die Modulplanung und -implementierung eines jeden Semesters bildet ein an der Charité entwickelter outcome-orientierter Ausbildungszielektalog, in dem die

Kenntnisse, Fähigkeiten, praktischen Fertigkeiten und Kompetenzen definiert sind, die die Absolventen im Laufe ihres Studiums erwerben sollen.

Um die notwendige Sicherheit in der Ausbildung zum Arzt zu erlangen, wird den Studierenden die Option gegeben werden, die täglich gelehrt Inhalte in einem Trainingszentrum zu vertiefen. Gerade konnten wir ein Kompetenz- und Lernzentrum im Rahmen unseres neu geschaffenen „Lehre-Boards“ auf den Weg bringen, um die Angebote der Fakultät, also z.B. Bücher, Modelle und Simulatoren, aber auch Computerarbeitsplätze sowie studentische Tutorien so zu konzentrieren, dass den Studierenden ein am Ausbildungsstand orientiertes, „kompetenzbasiertes“ Selbststudium ermöglicht wird.

Durch umfangreiche Drittmittel, die direkt für die Lehre eingeworben wurden, ist die Fakultät in die Lage versetzt, ihre Aktivitäten in der medizinischen Ausbildungsforschung weiter auszubauen und zu professionalisieren. Im Rahmen der Initiative „Bologna – Zukunft der Lehre“ der Stiftung Mercator und der VolkswagenStiftung stehen fast eine Million Euro für den Ausbau des Dieter Scheffner Fachzentrums zur Verfügung. Die Grundidee, die hinter dem Konzept des Fachzentrums steht, ist die Bündelung und Zusammenführung fachlicher und interdisziplinärer Expertisen in den Be-

reichen Curriculumsentwicklung und Ausbildungsforschung. Dieses Wissen fließt in gemeinsame Aktivitäten zur weiteren Qualitätsentwicklung der Lehre – dazu gehört vor allem auch der Aufbau einer Qualifizierungsstruktur für die Entwicklung von Lehrkompetenzen. Gleichzeitig gelingt es uns mit den eingeworbenen Mitteln aus dem „Qualitätspakt Lehre“, die Kompetenzen in ausgewählten Bereichen zu ergänzen und zu vertiefen.

Wesentliche Herausforderungen der nächsten Jahre sehen wir in der Etablierung von Beurteilungen am studentischen „Arbeitsplatz“ („workplace based assessment“), von Karrieremöglichkeiten durch Qualifikation in der Lehre („tenure tracks“) und der Entwicklung von Kriterien zur Leistungsevaluation in der Lehre.

Ich bin davon überzeugt, dass wir gemeinsam mit den vielen engagierten Kollegen/innen innerhalb und außerhalb der Charité alle Studiengänge, insbesondere den Modellstudiengang Humanmedizin zügig weiterentwickeln werden. Dazu gehört auch die Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Abschlusses der auslaufenden Studiengänge. Für die Verbesserung der Qualität in der Lehre ist die Voraussetzung der Aufbau akkreditierungs- und zertifizierungsfähiger Strukturen und Prozesse in der Lehre. Mit dem Aufbau und der Einführung eines Qualitätsmanagements für die Lehre gehen wir hier einen ersten, wichtigen Schritt.

Prof. Dr. med. Claudia Doris Spies in Kooperation mit den Geschäftsbereichen Lehre: Ahlers O. Abteilung für Curriculumsorganisation, Danz B. Referat für Studienangelegenheiten, Fix T. Marketing und Fundraising, Ortwein H. Qualitätsmanagement, Pelz J. Referent des Prodekans, Peters H. Dieter Scheffner Fachzentrum

20 Jahre Deutsch-Baltische Ärztegesellschaft

Nachbetrachtung oder Zwischenbilanz vor neuem Aufbruch ?

Als im November 1991 die Deutsch-Baltische Ärztegesellschaft gegründet wurde, herrschte überall in Europa Aufbruchstimmung, auch unter den deutschen, estnischen, lettischen und litauischen Ärzten. Man war noch neugierig aufeinander und wollte die neu gewonnene Freiheit nutzen, die Welt neu gestalten, jahrzehntelange Bedrückung abschüteln und historische, zwischenzeitlich unterbrochene Bindungen erneuern.

Im Gesundheitswesen der baltischen Staaten herrschten Mangel und Not. Humanitäre Hilfe durch Bereitstellung von Medikamenten, Krankenhausbetten, medizinischen Geräten aller Art bis hin zum ausgemusterten Bundeswehr-LKW war das Gebot der Stunde.

Durch zwei- bis dreiwöchige Hospitationen sollten möglichst viele baltische Ärztinnen und Ärzte einen Einblick in den medizinischen Standard und den beruflichen Alltag eines Arztes in Deutschland, gelegentlich auch in Österreich und der Schweiz erhalten. Fast 850 derartige Hospitationen wurden durch die Gesellschaft in 20 Jahren vermittelt, organisiert und finanziert, wobei uns insbesondere die Ärztekammer Berlin, die Hans-Neuffer-Stiftung, der Verband der Leitenden Krankenhausärzte mit seiner Berliner Gruppierung, viele Krankenhäuser wie das Evangelische St. Joseph-Krankenhaus in Herne, das Klinikum Wuppertal, das Klinikum Hamburg-Altona und das Klinikum Konstanz, viele Berliner Kliniken und Praxen, aber auch zahlreiche Einzelspender, unterstützten.

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Sektion der Internationalen Akademie für Pathologie fand im Juni 2011 zum 18. Male ein Baltisch-Deutsches Symposium für Pathologie statt. Referenten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz führten histologische und cytologische Schnittseminare durch, die alternierend in Lettland, Estland und Litauen stattfanden.

Im Rahmen der jährlichen Mitgliederversammlungen, wurden namhafte Referenten aus dem deutschsprachigen Raum in den verschiedensten medizinischen Fachgebieten aktiv.

Nach nunmehr 20 Jahren lässt sich feststellen: Die eingangs angedeuteten Probleme sind bewältigt, humanitäre Hilfe nicht mehr erforderlich. Das Interesse der baltischen Kolleginnen und Kollegen an einer Hospitation in Deutschland ist stark abgeschwächt, weil eine neue Generation herangewachsen ist, die nicht mehr Deutsch, sondern Englisch lernt und somit auch hinsichtlich ihrer beruflichen Perspektiven mehr zum angelsächsischen und skandinavischen Raum tendiert.

Mancher folgert daraus, dass die Deutsch-Baltische Ärztegesellschaft nunmehr ihren Zweck erfüllt hat und Engagement nicht mehr nötig sei, kurz: Die Gesellschaft ist für ihn überflüssig geworden. So, als ob der Prozess der europäischen Einigung, in dem unsere Gesellschaft sicher in den baltischen Staaten Mediatorenfunktion gehabt hat, als ob dieser Prozess schon beendet und gefestigt sei, so, als ob medizinischer Wissenstransfer nicht auch in Zukunft eine permanente Aufgabe wäre, so, als ob sich nicht in den vergangenen 20 Jahren freundschaftliche und persönliche Bindungen ergeben hätten, die auch noch in die Zukunft wirken und gepflegt sein wollen. Wer heute die in zwei Jahrzehnten geknüpften Fäden reißen lässt, wer sich damit aus Bequemlichkeit, egoistischen Motiven oder auch nur aus Gleichgültigkeit von den baltischen Kolleginnen und Kollegen abwendet, zerstört Fundamente, die seit 1991 neu geschaffen wurden.

Will man das Erreichte bewahren, gemeinsame Zukunft in einem sich einenden Europa gewinnen und gestalten, so muss sich auch die nächste Ärztegeneration einbringen: statt humanitärer Hilfe sind andere Ziele zu stecken, die berücksichtigen,

dass die baltischen Länder auf Kooperationen angewiesen sind, um die medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung auch in Zukunft sicherstellen zu können.

Kooperationen zwischen Kliniken, einzelnen Abteilungen und Universitäten, Studentenaustausch, gemeinsame Weiterbildung- und Forschungsprogramme, plagiatsfreie Promotionen und Habilitationen, gemeinsame Kongresse der Fachgesellschaften in den baltischen Staaten zu induzieren und dazu Hilfestellungen zu leisten, das sind ungeheuer vielfältige Aufgaben, die die Zukunft der Deutsch-Baltischen Ärztegesellschaft prägen sollten.

Wir suchen zur Bewältigung dieser Aufgaben unter der Ärzteschaft in Deutschland, Österreich und der Schweiz neue Mitglieder. Wer immer Interesse am „Baltikum“ hat, ist uns als neues Mitglied willkommen.

Wir denken dabei auch an jene Medizinstudenten aus Deutschland, die in Riga, Kaunas oder Tartu mit dem Medizinstudium begonnen und es dann in Deutschland abgeschlossen haben oder an jene baltischen Kolleginnen und Kollegen, die inzwischen in Deutschland, Österreich oder der Schweiz sesshaft geworden sind, aber den Bezug zu ihrem Heimatland nicht verloren haben, und wir denken insbesondere an junge Ärztinnen und Ärzte, die den Traum vom geeinten Europa auch in Zukunft, ihrer Zukunft, mit Leben füllen, in ihrem Beruf ihr Europa gestalten wollen.

(Der Jahresbeitrag kostet für Medizinstudenten unter 35 Jahre null Euro, für Ärzte in Weiterbildung 35 Euro, für Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung 70 Euro).

Mehr über uns finden Sie im Internet unter www.deutsch-baltische-aerzte.de Sie können sich aber auch an: Dr. med. Henning Castorf, Stephanstr. 23, 10559 Berlin, oder Dr. med. Hans-Herbert Wegener, Am Rupenhorn 6a, 14055 Berlin, wenden.

Steuermindernd spenden können Sie auch: Konto der Deutsch-Baltischen Ärztegesellschaft e.V. bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Nr. 0004140788, BLZ 30060601.

Dr. Hans-Herbert Wegener,
1. Vorsitzender der Gesellschaft



TITELTHEMA

Sauberes Wissen – Auf den Spuren der Evidenzbasierten Medizin

Von Lucia Hagmann14

EDITORIAL

Die Entwicklung der Lehre an der Charité

Von Claudia Spies3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

20 Jahre Deutsch-Baltische Ärztegesellschaft

Von Hans-Herbert Wegener4

„Palliative Care“: Bericht vom Symposium „Innovative Therapien in der Palliativmedizin“

Von Rosemarie Stein24

MUT – Gesellschaft für Gesundheit feiert 20-jähriges Jubiläum

Von Sascha Rudat28



Das Leben mit der Krankheit: Chronisch Kranke erzählen

Von Gabriele Lucius-Hoene29

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin22

PERSONALIEN

In memoriam Manfred Wolter21

Bestandene Facharztprüfungen November/Dezember 201132

BUCHBESPRECHUNGEN

Über das Sterben – was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen. Borasio, G. D

Von Rosemarie Stein26

Die Geschichte der Palliativmedizin. Stolberg, M.

Von Rosemarie Stein27

FEUILLETON

Musik für Ihre Patienten!

„Yehudi Menuhin Live Music Now Berlin e.V.“

Von Rosemarie Stein34

Weiterbildung

Evaluation der Weiterbildung 2011 – Ergebnisse liegen vor

Wie mehrfach berichtet, hat die Ärztekammer Berlin von Juni bis September 2011 gemeinsam mit den anderen Landesärztekammern und der Bundesärztekammer die zweite Befragungsrunde des Projektes Evaluation der Weiterbildung durchgeführt.

Alle zur Leitung der Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzte und die Weiterzubildenden waren aufgefordert, über das Online-Portal Auskünfte zur Qualität ihrer Weiterbildung zu geben, um auf diesem Weg die Stärken und Schwächen der Weiterbildung zu eruieren und Vergleichsmöglichkeiten zu schaffen. Nun liegen die mit Spannung erwarteten Ergebnisse vor, kurz vor Redaktionsschluss wurde der so genannte Länderrapport auf der Homepage der Ärztekammer Berlin eingestellt, auf der Homepage der Bundesärztekammer ist der Bundesrapport abrufbar. Der Länderrapport ist der zusammenfassende Bericht der Eidgenössischen Hochschule Zürich (ETHZ) für die einzelnen Landesärztekammern, in dem die Ergebnisse in Form von Grafiken, Diagrammen und Tabellen dargestellt sind.

Bereits Ende 2011 haben die Weiterbildungsbefugten, die persönlich bzw. deren Weiterzubildende an der Befragung teilgenommen haben, die Information erhalten, dass sie mit ihren Zugangsdaten im Webportal www.evaluation-weiterbildung.de den „Individuellen Befugten-Bericht“ im passwortgeschützten Bereich des Webportals einsehen und herunterladen können.

In diesem fachgebiets- und abteilungsbezogenen Befugten-Bericht werden die aggregierten und anonymisierten Ergebnisse dargestellt und in einen Vergleich zu den fachgebietsbezogenen Mittelwerten auf Bundes- und Länderebene gesetzt. Einen Befugtenbericht finden allerdings nur die Befugten, bei denen eine ausreichende Anzahl an

Rückmeldungen vorliegt und/oder das Einverständnis für die Nutzung der Ergebnisdarstellung im Bericht für die eigene Weiterbildungsstätte gegeben wurde. Alle andere finden beim Anklicken der Auswahl „Individueller Befugten-Bericht“ im Webportal weitere Erläuterungen zu den Gründen für das Fehlen der Ergebnisse für ihre Weiterbildungsstätte.

Um eine größere Transparenz zu erreichen, können im Unterschied zur Befragung 2009 in der diesjährigen Befragungsrunde Teile der Befugtenberichte in Form eines Spinnendiagramms öffentlich eingesehen werden, sofern der Befugte der Veröffentlichung nicht widerspricht. Diese so genannten Ergebnisspinnen werden voraussichtlich ab Mitte Februar im Webportal für die Öffentlichkeit zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus haben alle an der Evaluation Beteiligten die Möglichkeit, im Webportal alle fachgruppenbezogenen Mittelwerte der Ergebnisse auf Landes- und Bundesebene einzusehen und über eine interaktive Grafik, die so genannte „Dynamische Spinne“, eigene

Ergebnisse mit anderen Fachgruppen auf Länder- und/oder Bundesebene zu vergleichen.

Wir werden in der nächsten Ausgabe von BERLINER ÄRZTE die Ergebnisse der zweiten Befragungsrunde zur Situation der Weiterbildung ausführlich vorstellen. Die Ärztekammer Berlin möchte sich bereits an dieser Stelle bei allen bedanken, die sich an der Evaluation beteiligt haben und appelliert an die Befugten, die Chance zu nutzen und die Ergebnisse mit Ihren Weiterzubildenden zu besprechen. Es steht jeder Weiterbilderin und jedem Weiterbilder frei, den Individuellen Befugten-Bericht öffentlich zu machen.



Kongress Armut und Gesundheit

„Prävention wirkt!“

Unter dem Motto „Prävention wirkt!“ findet der 17. Kongress Armut und Gesundheit am Freitag, dem 9. und am Samstag, dem 10. März 2012 in der Technischen Universität Berlin statt.

Der Kongress, der seit langem von der Ärztekammer Berlin unterstützt wird, bietet viel Raum für Beiträge aus Wissenschaft, Praxis und Gesundheitspolitik. Vorgestellt und diskutiert werden aktuelle Erkenntnisse zu Wirksamkeit und Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung sowie lokale und (inter)nationale Strategien. Im Mittelpunkt stehen dabei erfolgreiche Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – von der Projektentwicklung über die breit angelegte Umsetzung bis hin zur Evaluation. Auch diesmal finden Satellitenveranstaltungen am Vortag des Kongresses – Donnerstag, den 8. März 2012 – statt. Den aktuellen Stand des Programms sowie die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie unter www.armut-und-gesundheit.de.

Neufassung der Richtlinie

Fachkunde im Strahlenschutz nach StrlSchV

Die Ärztekammer Berlin ist die zuständige Stelle für die Bescheinigung der Fachkunde im Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) für Ärztinnen und Ärzte.

Der Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz nach StrlSchV richtet sich nach der Strahlenschutzverordnung und der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin (RL StrlSchV). Im Zuge der Änderung der StrlSchV mit Wirkung zum 01.11.2011 hat das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Verbraucherschutz die RL StrlSchV aktualisiert,

die durch die Veröffentlichung im Gemeinsamen Ministerialblatt am 30.11.2011 in Kraft getreten ist. Anders als nach bisheriger Rechtslage sind für den Erwerb der Sachkunde im Rahmen der Fachkunde Mindestzahlen für Therapieverfahren und Untersuchungen vorgesehen. Wer vor der Änderung der Richtlinie mit dem Erwerb der Sachkunde auf einem Anwendungsgebiet begonnen hat, kann diesen Erwerb aber nach den bis dahin geltenden Regelungen beenden. Insbesondere neu ist die Einführung von (Teil)-Fachkunden für PET/CT (Positronen-Emissions-Tomogra-

phie/Computertomographie), SIRT (Selektive Interne Radio-Therapie) und RSO (Radiosynoviorthese).

Die neu gefasste Richtlinie sowie ein Musterzeugnis zum Erwerb der Sachkunde finden Sie auf der



Internetseite der Ärztekammer Berlin www.aerztekammer-berlin.de. Ihren Antrag auf Erteilung einer Fachkunde im Strahlenschutz können Sie wie gewohnt im Wege des online-gestützten Antragsverfahrens stellen. Bei Fragen können Sie sich Montag und Freitag von 9:00 bis 12:00 Uhr, Dienstag und Donnerstag von 14:00 bis 17:00 Uhr telefonisch unter der Telefonnummer 030/40806 1005 an uns wenden.

*Dr. jur. N. Tödt,
Stellv. Leiterin Abteilung 1 (komm.),
Weiterbildung/Ärztliche
Berufsausübung*

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Ev. Krankenhaus Hubertus

Dr. med. Dieter Lange, Leitender Oberarzt, ist seit Januar Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin am Evangelischen Krankenhaus Hubertus. Bisher wurde die Position durch Dr. med. Stephan-Matthias Reyle-Hahn, Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin am Ev. Waldkrankenhaus Spandau, ausgefüllt.

Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk

Dr. med. Christian Thiele, langjähriger Oberarzt in den Kliniken im TWW, ist seit Beginn des Jahres Chefarzt der Abteilung für Psychosomatische Medizin. Er hat die Nachfolge von Dr. Christian Ehrig übernommen, der kurzfristig aus persönlichen Gründen die Klinik verlassen hat.

Vivantes Klinikum am Urban

Neuer Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist seit dem 1. Dezember 2011 Dr. med. Gerhard Nohe. Er trat die Nachfolge von Prof. Dr. Werner Mendling an, der aus Altersgründen die Klinik verlassen hat. Dr. Nohe war zuvor Chefarzt der Gynäkologie mit Brustkrebszentrum in der Rems-Murr-Klinik Schorndorf (Württemberg).

DRK Kliniken Berlin / Westend

Dr. med. Ralph Schoeller, Chefarzt der Kardiologie, hat bereits im September 2011 zusätzlich die Position des ärztlichen Leiters am Standort Westend übernommen. Dr. Schoeller löste damit Professor Dr. med. Heribert Kentenich ab. Kentenich war seit 2006 als Ärztlicher Leiter am Standort tätig und ist aus Altersgründen ausgeschieden.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199, E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de



Foto: G. Jönitz

Berliner Medizinische Gesellschaft

Ehrenmitgliedschaft für Harald Mau

Im Rahmen des Albrecht-von-Graefe-Gedächtnisvortrages 2011 hat die Berliner Medizinische Gesellschaft Ehrenmitgliedschaften an Harald Mau (Foto links), Detlev

Ganten und Wilhelm Hartel verliehen. Nach der Eröffnung der Festveranstaltung durch den Vorsitzenden und einer Darbietung einer Flötensonate durch das Trio con spirito sprachen Karl Max Einhäupl und Hans-Jürgen Peiper Grußworte der Charité und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Einhäupl lobte die Auswahl der drei Ehrenmitglieder, die nach der Wiedervereinigung Medizingeschichte schrieben: „Ohne Harald Mau würde es die Charité nicht mehr geben!“ Und: „Mit 70 Neuberufungen an die Charité ist sie erst das geworden, was sie heute ist.“ Mau, ehemaliger Direktor der Klinik für Kinderchirurgie und ehemaliger Dekan der Charité, ist Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin.

An den ehemaligen Charité-Vorsitzenden Ganten gerichtet, hob er dessen Leistungen im Zusammenhang mit dem Aufbau des Max-Delbrück-Centrums für

Molekulare Medizin in Buch und seine heutige Präsidenschaft des World-Health-Summit hervor. Gerade hinsichtlich dieser Veranstaltung sei „das Langenbeck-Virchow Haus der Kristallisationsort für medizinisch-akademische Ereignisse in Berlin“ geworden.

Im Anschluss daran würdigte der Vorsitzende der Berliner Medizinischen Gesellschaft, Helmut Hahn (Foto rechts), die neuen Ehrenmitglieder. Im Sinne der Koalitionsvereinbarungen der regierenden Parteien des Berliner Senats soll sich mit der Charité, der Ansiedlung von medizintechnischen Firmen und letztendlich dem World Health Summit (sowie dem Koch-Metschnikow-Forum) Berlin zum Gesundheitszentrum Europas herausbilden, wobei das Langenbeck-Virchow-Haus mit seinen beiden Medizinischen Gesellschaften eine wichtige Rolle spielen wird.

E. Neumann-Redlin von Meding

ANZEIGEN

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Ärztliche Führung wird immer herausfordernder. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ verlangen vielfältige nichtmedizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Wie kann man sich hier orientieren? Worauf kommt es an? Wie vereint man Arzt- und Manager-Sein? Wie kann man in komplexen Netzwerken Einfluss nehmen und Initiativen wirkungsvoll umsetzen?

Der Kurs der Ärztekammer Berlin stellt die Führungsperson selbst in den Mittelpunkt. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen. Der Kurs erweitert Ihre Führungskompetenzen. Er vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren.

Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln. Der Kurs richtet sich vor allem an Oberärztinnen und Oberärzte aus Krankenhäusern sowie Ärztinnen und Ärzte mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung wie zum Beispiel MVZ.

- Termine:
- Modul 1 Die Praxis des Führens
Do. 10.05. – Sa. 12.05.2012
 - Modul 2 Führen als interaktiver Prozess
Do. 14.06. – Sa. 16.06.2012
 - Modul 3 Führen, Steuern, Entwickeln
(inkl. betriebswirtschaftl. Steuerung)
Do. 23.08. – Sa. 25.08.2012
 - Modul 4 Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts
Freitag 07.12.2012

Veranstalter: Ärztekammer Berlin

Kursleitung: Priv.-Doz. Dr. Peter Berchtold

Ort: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder

Kursgebühr: 3.400 € ohne Übernachtung
3.850 € mit Übernachtung
80 Fortbildungspunkte

Ihre Ansprechpartner für weitere Informationen und Unterlagen:
Angelika Mindel Hennies, Tel.: 030 / 40806-1405
Frau Anke Andresen-Langholz, Tel.: 030 / 40806-1301
E-Mail: aertzliche-fuehrung2012@aekb.de

Verkehrsmedizinische Begutachtung - Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung

Der Kurs wendet sich an alle Fachärztinnen und -ärzte, die die Qualifikation für die Erstellung verkehrsmedizinischer Gutachten gemäß § 11 Fahrerlaubnisverordnung erwerben wollen.

Er bietet darüber hinaus Arbeitsmedizinern die Möglichkeit zur Vertiefung ihrer Fachkompetenz, insbesondere in Verbindung mit dem Seminar zur Psychometrie und Perimetrie, welches am Vormittag des 23.03.2012 stattfindet.

Termin: Freitag, 23.03.2012, 14.00 – 21.00 Uhr
Samstag, 24.03.2012, 8.30 – 17.30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnahmegebühr: 250 €

Hinweis: Kombipreis für „Theorie und Praxis der Psycho- und Perimetrie“ und „Verkehrsmedizinische Begutachtung“: 290 €
Information und Anmeldung: Tel.: 40806 -1215, E-Mail: fb-ag@aekb.de

Zusätzlicher Vitamin-/ Spurenelementzufuhr

Kein Schutzeffekt

In einem Kommentar wird auf einen „kollektiven Irrtum“ bezüglich einer präventiven Wirkung antioxidativer Vitamine und Spurenelemente hingewiesen. Die Auswertung einer Beobachtungsstudie bei Frauen (Beginn 1986) ergab, dass Präparate mit Multivitaminen, Vitamin B6, Folsäure, Eisen, Magnesium, Zink und Kupfer das Mortalitätsrisiko erhöhten. Einzig die Einnahme von Kalzium hatte einen protektiven Effekt. Eine Nahrungsergänzung mit Eisensupplementen war sogar mit einer Risikozunahme von 3,9 % assoziiert.

Bereits 2007 kam eine Analyse geschlechtsneutraler Antioxidantienstudien zum gleichen Ergebnis, wobei Studien von geringer Qualität typischerweise positive Resultate generierten. Einige neuere Befunde:

- Folsäure: erhöhte Krebsinzidenz.
- B-Vitamine: keine kardiovaskuläre Prävention oder nephroprotektive Wirkung.
- Vitamin E: Prostatakrebsrisiko signifikant erhöht, kein Schutz vor Lungenkrebs.
- Selen: Krebs- und Diabetesrisiko leicht erhöht.

Aus unzähligen Studien zu Vitaminwirkungen lässt sich grundsätzlich ableiten: in Europa ist keine zusätzliche Vitamin-/Spurenelementgabe erforderlich, in der Regel

genügt eine ausgewogene Ernährung. Zu hohe Dosen sind eher schädlich (wenn sie nicht, wie z.B. Vitamin C, über die Niere ausgeschieden werden).

Vermehrte Werbung bis hin zu „offenen Briefen“ an unsere Regierung haben einen Grund: nach einer neuen europäischen Richtlinie dürfen konkrete gesundheitsbezogene Aussagen auf Lebensmittelleisten nur noch dann gemacht werden, wenn die geltend gemachten Wirkungen durch aussagekräftige kontrollierte Studien nachgewiesen sind – das Aus für „stärkt das Herz“, „reinigt den Darm“ usw.

Quellen: Arch Intern Med. 2011; 171:1633-34, kommentiert in: Dtsch. Med. Wschr 2011;136:2287, tägl.praxis 2007; 48(3): 599-602; Frankf. Allgemeine vom 2.11.2011, S. N2

Bisphosphonate

Update unerwünschter Wirkungen (UAW)

Ohne Zweifel gehören Bisphosphonate z.B. in der Therapie der manifesten Osteoporose zum Standard. UAW gehören jedoch grundsätzlich zu einer Therapie mit wirksamen Arzneistoffen. Nachfolgend einige aktuelle Anmerkungen zu UAW dieser Stoffklasse.

Ösophaguskarzinom: nach oraler Einnahme über mehr als 5 Jahre (oder nach mindestens 10 Verordnungen) verdoppelte sich das Risiko

in einer Studie, in einer anderen mit der gleichen Datenbasis konnte nach 4,5 Jahren nur ein minimal erhöhtes Risiko von 1,07 gefunden werden. Die amerikanische Überwachungsbehörde FDA hat eine Induktion von Ösophaguskarzinomen durch Bisphosphonate derzeit nicht bestätigt.

Ösophagitis: Eine chronische Ösophagitis unter 2-jähriger Risedronsäuretherapie exazerbierte nach der 3-tägigen Gabe von Clindamycin. Eine medikamenteninduzierte Ösophagitis sollte als Differentialdiagnose zu einer Refluxösophagitis beachtet werden.

Atypische Frakturen: bei Bisphosphonaten zur Osteoporosetherapie können z.B. bei älteren Patienten nach Bagatelltraumen Arzneimittelgruppen-spezifische subtrochantäre oder diaphysäre Femurfrakturen auftreten. Die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung sollte individuell beurteilt werden, wenn entsprechende Symptome auftreten.

Knochen-, Gelenk- und Muskelschmerzen: Insbesondere in der Osteoporosetherapie können bei 2 – 5 % der Patienten heftige Knochen-, Gelenk- oder Muskelschmerzen auftreten, erstmals auch noch lange Zeit nach Einnahmebeginn.

Osteonekrosen des Kiefers: Insbesondere bei immunsupprimierten Patienten können vor allem bei iv-Gabe eines Bisphosphonates Kiefernekrosen auftreten. In der Osteoporosetherapie mit sehr viel niedriger Dosierung als in der Therapie von Knochenmetastasen beträgt das Risiko circa 1 : 13.500, bei kieferchirurgischen Eingriffen sollte sicherheitshalber jedoch für drei Monate die Therapie unterbrochen werden. Eine generelle Thera-

piepause nach mehrjähriger Einnahme wird derzeit diskutiert.

Quellen: Dtsch Med.Wschr 2010; 135: 2224-5; Dtsch.Med.Wschr. 2009; 134:1517-9; Pharm.Ztg. 2011; 156:87-8; Prescr. Internat. 2009; 18: 23; Dtsch Med. Wschr. 2011; 136: 2109-10

Vorläufiges Aus für die Strategie der

„Dachmarken“

Unter „Dachmarkenstrategie“ versteht man die Versuche pharmazeutischer Hersteller, verschiedenartige Arzneimittel unter dem Namen eines gut bekannten und lange im Handel befindlichen Arzneimittels zusammenzufassen. Dies kann bei Patienten zu Verwechslungen führen, verbunden mit zusätzlichen Risiken.

Das Verwaltungsgericht Köln hat diesem Vorgehen vorläufig einen Riegel vorgeschoben. Nach einem noch nicht rechtskräftigen Urteil dürfen Arzneimittel mit unterschiedlichen Wirkstoffen und für unterschiedliche Erkrankungen nicht unter demselben Handelsnamen in Verkehr gebracht werden (Az: 7 K 4284/09 – VG Köln).

Dem Präsidenten des BfArM kann nur zugestimmt werden, wenn er erklärt: „Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, auch wirklich das Arzneimittel zu bekommen, das sie kennen und vertragen. Ihre Sicherheit muss absoluten Vorrang vor den Marketinginteressen der pharmazeutischen Industrie haben. Wir begrüßen das Urteil deshalb als wichtigen Beitrag zur Verstärkung des Verbraucherschutzes.“

Quelle: Pressemitteilung BfArM 03/11

ANZEIGE

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

Tel.: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

NACHRICHTEN

Gendiagnostikgesetz

Erfolgreiche Gynäkologen!

Bei der im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes notwendigen Wissensprüfung zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung haben bei der ersten von der Ärztekammer durchgeführten Wissenskontrolle am 14. Januar alle teilnehmenden 81 Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde bestanden.

Dabei mussten mindestens 60 Prozent der Fragen richtig beantwortet werden. Vorab hatten 77 dieser Ärzte an dem von der Ärztekammer Berlin angebotenen sechsstündigen Auffrischkurs teilgenommen. Nach Redaktionsschluss standen am 21. und 28. Januar weitere Prüfungen an. Weitere Informationen zum Gendiagnostikgesetz finden Sie in BERLINER ÄRZTE 1/2012 und ganz aktuell auf der Homepage der Kammer unter www.aerztekammer-berlin.de.

Leserbrief zu Titelthema „Burnout“ Heft 11/2011

Die Arbeitswelt ist krank

Es gibt verschiedene Ursachen für Burnout. Leider beschränkt sich der Artikel „Immer am Limit – Burnout bei Ärzten“ hauptsächlich auf die individuellen Faktoren der Betroffenen und bezieht die krankmachende Arbeitswelt nicht mit ein. Die befragten Experten legen den Schwerpunkt ihrer Therapie und Prophylaxe vor allem auf angebliche Persönlichkeitsdefizite und fehlende Anpassung der Ärzte.

Wie ist es aber mit der ärztlichen Ethik vereinbar, den Ärzten ihre angeblich zu große Empathie und emotionale Sensibilität vorzuwerfen? Ohne Altruismus und eine Portion Helfersyndrom gibt es den guten Arzt gar nicht. Statt sich auf die Suche nach der „Verlorenen Kunst des Heilens“ (Bernhard Lown) zu begeben, sollen sich Ärzte neuerdings lieber um change management kümmern und so auch noch mithelfen, die Ökonomisierung der Medizin zu perfektionieren.

Was Arbeitgeber erwarten, erklärt ganz offen Dr. Genia Diner von Vivantes: „...wir sind für Euch da: Wir brauchen diese Fachkräfte, gesund und hochmotiviert bei dieser Arbeitsmarktsituation mit Fachkräftemangel und zunehmender Feminisierung der Medizin“.

Arbeitgeber bieten Resilienz-Training an, um Ärzte bis zum Limit oder darüber hinaus zu fordern. Im Sport heißt das Doping, im Alltag Ausbeutung und Selbstausschöpfung. Die zum Burnout führenden Arbeitsbedingungen

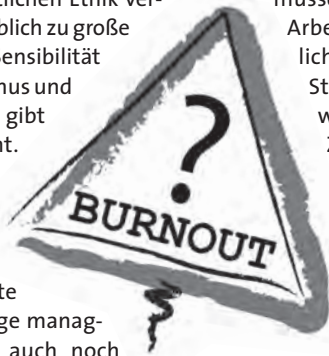
schaden nicht nur Ärzten und Pflegenden und ihrem familiären und sozialen Umfeld, sondern gehen zu Lasten der Patienten.

Die WHO hat den beruflichen Stress zu einer der größten Gefahren des 21. Jahrhunderts erklärt. Burnout ist zur Volkskrankheit geworden und nicht allein ein Problem überlasteter Ärzte. Darum dürfen Ärzte sich auch nicht mit einer individuellen Reparaturmedizin zufrieden geben, sondern müssen die krankmachenden Arbeitsplatzstrukturen ins öffentliche Bewusstsein rücken. Die Strukturen müssen verändert werden, statt die Opfer den Zwängen anzupassen.

Die Finanz- und Bankenkrise führt uns gerade vor Augen, wie die Diktatur der Ökonomie funktioniert und alle Lebensbereiche erfasst. Ärzte haben die gesellschaftspolitische Aufgabe, sich im Sinne der Gesundheit für humane Arbeitsbedingungen einzusetzen.

Den wenigsten ist bewusst, dass es ein Menschenrecht auf Arbeit und angemessene und befriedigende Arbeitsbedingungen gibt (Artikel 23 der „Allgemeine Erklärungen der Menschenrechte“ der Vereinten Nationen von 1948). Dieses Menschenrecht in Deutschland durchzusetzen, ist die beste Therapie und Prophylaxe bei Burnout.

Dr. med. Jürgen Hölzinger
Berlin



Ärztetkammer fördert intensivmedizinisches Peer Review

Die Ärztekammer Berlin fördert zukunftsweisendes, berufs- und fachgebietsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren in der intensivmedizinischen Patientenversorgung.

Peer Review ist eine klassische Methode der unmittelbaren, fachlich höchstwertigen, konkreten und konstruktiven Qualitätssicherung in der Medizin. Peers sind dabei Ärztinnen und Ärzte und Fachpflegekräfte, die als anerkannte Experten ihres jeweiligen Fachgebietes mit den Abläufen einer Klinik bestens vertraut sind.

Um die Etablierung und Akzeptanz qualitativ hochwertiger Peer Review Verfahren zu fördern, hat der Vorstand der Ärztekammer Berlin beschlossen, ab dem 1.1.2012 für einen Zeitraum von zunächst zwei Jahren die Administration, Organisation und Qualitätssicherung des Intensivmedizinischen Peer Review Verfahrens in Berlin durch die Ärztekammer Berlin zu übernehmen.

In Deutschland haben sich mehrere intensivmedizinische Netzwerke etabliert und zusammengeschlossen („nequi“; www.anaesthesieintensivmedizin-charite.de/nequi/), um durch einen systematischen Transfer evidenzbasierter Erkenntnisse in den Alltag intensivmedizinischer Patientenversorgung die Behandlungsqualität in der Intensivmedizin zu sichern und zu verbessern. Zentrales Werkzeug hierfür ist das in den bereits bestehenden Netzwerken unter anderem in Berlin/Brandenburg, Baden-Württemberg, Hamburg und Schleswig-Holstein gemeinsam entwickelte Intensivmedizinische Peer Review-Verfahren.

Das standardisierte intensivmedizinische Peer Review-Verfahren hat sich in der Praxis als sehr effektiv im Sinne der Qualitätssicherung und Verbesserung gezeigt. Das Verfahren beruht auf einem standardisierten Erhebungsbogen, mit

dem die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einer Intensivstation systematisch überprüft wird. Dieser Erhebungsbogen wurde von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) gemeinsam erarbeitet. Neben Aspekten der medizinischen Versorgungsqualität werden hier die Anwendungen evidenzgestützten Wissens und der optimalen Ressourcennutzung berücksichtigt.

Kernstück dieses qualitativen, auf Entwicklung gerichteten Evaluationsverfahrens ist der Besuch des Peer Review Teams vor Ort. Dazu begehen Kolleginnen und Kollegen des gleichen Fachgebietes die intensivmedizinische Abteilung einer anderen Klinik mit dem Ziel, die Umstände der medizinisch-pflegerischen Behandlung zu betrachten und Ansatzpunkte zur Verbesserung der Behandlungsqualität zu entdecken.

Die zuvor systematisch in einer Selbstbewertung durch die Intensivmedizinische Abteilung und dann einer Fremdbewertung durch das Peer Review-Team erhobenen Daten zur Versorgungsqualität der Patienten werden in

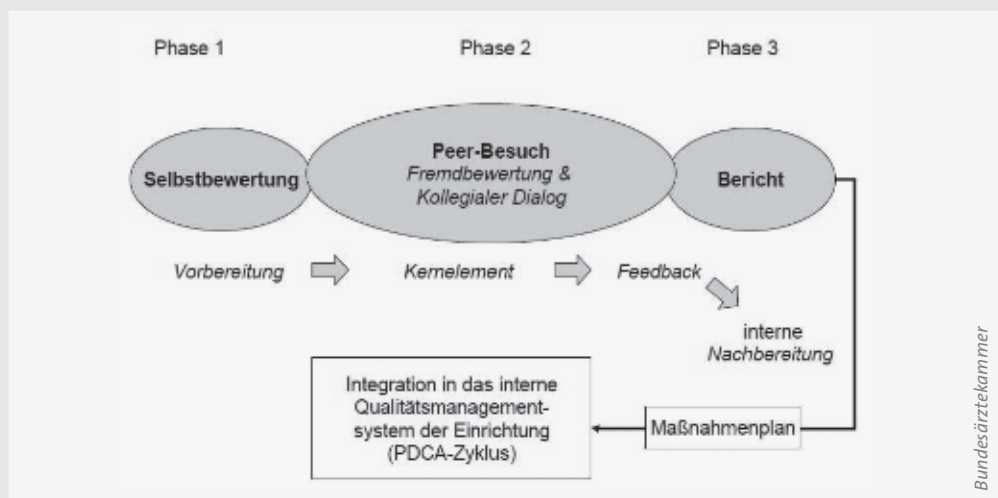
einem kollegialen Dialog reflektiert. Dabei liegt der Fokus auf der Identifizierung von Verbesserungspotentialen und der gemeinsamen Erarbeitung von Lösungsansätzen.

Im Anschluss an das Abschlussgespräch findet sich das Peer Review Team zusammen, um im Konsens den Abschlussbericht zu erstellen. Im Sinne einer strukturierten Analyse werden hierbei Stärken, Schwächen, Chancen und Gefahren (SWOT-Analyse) der intensivmedizinischen Einrichtung bewertet. Der Bericht wird dem Leitenden Arzt der Intensivstation für die weitere interne Auswertung zur Verfügung gestellt.

Unbedingte Voraussetzung für den Erfolg des Reviews ist eine vertrauensvolle, von Schuldzuweisung bzw. Rechtfertigungsnot freie Atmosphäre, in der die Reviewer und die Kollegen der begutachteten Einrichtung auf Augenhöhe reflektieren, wie das eigene ärztliche Handeln sowie Abläufe noch optimaler gestaltet werden können. Dabei wird stets der gesamte Behandlungsprozess des Patienten beleuchtet – eine Herangehensweise, die auch zu einer stärkeren Integration aller beteiligten Fachdisziplinen und Berufsgruppen führt sowie deren Kommunikation untereinander intensiviert.

Vor dem Hintergrund, dass insbesondere gesetzlich vorgegebene Qualitätssicherungsmaßnahmen von vielen Ärztinnen und Ärzten als bürokratische, fremdbestimmte Tätigkeit empfunden werden, die sie vom eigentlichen ärztlichen Handeln abhalten, nimmt es nicht Wunder, dass das Peer Review Verfahren als unbürokratisches, flexibles und vor allem auf den kollegialen Austausch fokussiertes Instrument zur Qualitätsförderung zunehmend an Attraktivität und Akzeptanz innerhalb der Ärzteschaft gewinnt und von den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer gefördert wird. Seit 2011 bietet die Ärztekammer Berlin auf der Basis des Curriculums „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer Schulungen für die bereits etablierten Peer Verfahren „Intensivmedizin“ und das der Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM) erfolgreich an.

Intensivabteilungen, die sich für eine Teilnahme interessieren, können sich an die Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung der Ärztekammer Berlin wenden (Ansprechpartner: Dr. Henning Schaefer; E-Mail: h.schaefer@aekb.de).



Neuregelung

ÄSQSB: Anpassung der Prüfgebühren ab 01.03.2012



Seit der letzten Anpassung der Prüfgebühren der Ärztlichen Stelle Qualitätssicherung – Strahlenschutz (ÄSQSB) zum 1.4.2005 haben sich die Aufgaben der ÄSQSB bei der Überprüfung der Qualitätssicherung insbesondere in der diagnostischen Radiologie als Folge neuer gesetzlicher Bestimmungen nach Röntgen- und nach Strahlenschutzverordnung erheblich ausgeweitet. Die Über-

prüfungen der entsprechenden Strahlenquellen sind dadurch deutlich komplizierter und zeitaufwendiger geworden.

Zudem waren bisher bei der Kalkulation der Gebühren für die Refinanzierung der Aufwendungen der ÄSQSB die Umlagekosten für die Inanspruchnahme der internen Verwaltung der ÄKB nicht vollständig berücksichtigt worden.

Vor diesem Hintergrund und mit dem Ziel der von der Haushaltskommission der ÄKB geforderten Kostendeckung wurde eine umfassende Neu-Kalkulation des zeitlichen Arbeitsaufwandes der Prüftätigkeiten in Verbindung mit den zur Refinanzierung der Aufwendungen zu erhebenden Prüfgebühren vorgenommen.

In diesem Zusammenhang wurden auch die Prüfpunkte der in 2005 zuletzt aktualisierten Gebührentabelle auf die heutigen zu prüfenden Geräte (z.B. Umstellung von analog auf digital, neu hinzugekommene Technik etc.) vorausschauend angepasst und soweit erforderlich ergänzt.

Da insbesondere im Prüfbereich der Röntgendiagnostik ein erhöhter

Arbeitsaufwand besteht und die Röntgendiagnostik den überwiegenden Teil des Prüfgeschehens in der ÄSQSB ausmacht, ergeben sich hier auf der Basis aller zu berücksichtigenden anteiligen Kosten erhöhte Prüfgebühren gegenüber den bisherigen Gebühren.

Die vom Vorstand der Ärztekammer Berlin beschlossene neue Verwaltungsrichtlinie zur Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin für die Gebühren der Ärztlichen Stelle Qualitätssicherung – Strahlenschutz (ÄSQSB) tritt am 01.03.2012 in Kraft.

Die neuen Prüfgebühren und weitere Informationen hierzu sind auf den Internetseiten der Ärztekammer Berlin einsehbar www.aerztekammer-berlin.de

Seminar

Interdisziplinäres Fallseminar einschließlich Supervision Palliative Care

Da palliativmedizinisches Handeln auf einer multiprofessionellen Zusammenarbeit basiert, wurde dieses Fallseminar von der Wannsee-Akademie und dem PalliativZentrum Berlin Brandenburg für alle Berufsgruppen, die in der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender tätig sind, konzipiert. Ärzten eröffnet es u.a. einen Weg, die Zusatz-Weiterbildung-Palliativmedizin zu erwerben.

Eine wesentliche Aufgabe dieses Kurses ist die Sensibilisierung für die besondere Haltung, die palliativmedizinisches Handeln trägt. Dazu gehört ein geschärftes Bewusstsein für die über rein medizinische Fragestellungen hinausgehenden psychosozialen und spirituellen Aspekte der existentiell bedrohten Patienten. Das interdisziplinäre Fallseminar umfasst 120 Std., verteilt auf 3 Module.

Termine: Sommer 2012

1. Modul 20.06.2012 – 24.06.2012 09.00 - 17.00 Uhr
2. Modul 30.08.2012 – 02.09.2012 09.00 - 17.00 Uhr
3. Modul 22.11.2012 – 25.11.2012 09.00 - 17.00 Uhr

Veranstalter: Wannsee-Akademie

Kursleitung: Prof. Dr. med. Christof Müller-Busch
Dipl. Pflegepädagogin Bärbel Winkler

Fortbildungspunkte: Der Kurs wurde von der Ärztekammer Berlin mit insgesamt 120 Punkten (40 je Modul) zertifiziert.

Im zweiten und dritten Modul wird überwiegend an Hand von komplexen Falldarstellungen aus den Arbeitsfeldern der Teilnehmer gearbeitet.

Als bundesweite Besonderheit ist zudem ein zusätzlicher Praxistag (9 Std.) Bestandteil des Kurses, an dem die Teilnehmer in einer spezialisierten Einrichtung – wie Palliativstation/stationäres Hospiz – hospitieren oder einen Home-Care-Arzt begleiten.

Zielgruppen:

Interdisziplinär: Ärzte, Pflegenden, psychosoziale Mitarbeiter, die eine Grundqualifikation in Palliative Care, entsprechend ihrer Berufsgruppe absolviert haben.

Kontakt:

Bärbel Winkler, Wannsee-Akademie
bwinkler@wannseeschule.de
www.wannseeakademie.de
Tel.: 030/ 806 860 20



Sauberes Wissen. Auf den Spuren der Evidenz

„Wissen ist Macht“ – das wusste schon der englische Philosoph Francis Bacon Ende des 16. Jahrhunderts. Sich dieser Macht zu bedienen, scheint heute auf den ersten Blick leichter denn je. Gibt man einen Begriff in eine elektronische Suchmaschine ein, erhält man innerhalb von Sekundenbruchteilen Tausende von Treffern. Besonders auf Mediziner strömt im Alltag eine Flut von Informationen ein: Pressemitteilungen über neue Studienergebnisse oder Buchveröffentlichungen im E-Mail-Postfach, Fachzeitschriften und Werbung im Briefkasten oder Pharma-referenten im Wartezimmer buhlen Tag für Tag um die Aufmerksamkeit ihrer Adressaten. So segensreich die Vielfalt an Informationen zunächst scheinen mag, so schwer ist es, sie auch zu durchschauen. Wissensmanagement ist in Zeiten inflationären Informationsflusses gerade für Ärzte kein leichtes Unterfangen. Denn Wissen ist nicht gleich Wissen. Nicht selten wird es von den finanziellen oder politischen Interessen Dritter beeinflusst, ist unvollständig, geschönt oder gar absichtlich manipuliert. Die Frage, wie Ärzte wissenschaftlich fundierte Informationen erkennen, auf die sie sich verlassen können und die ihren Patienten auch einen wirklichen Nutzen bringen, wird so leicht zur echten Herausforderung.

Von Lucia Hagmann

Der steinige Weg des Wissens: von der Studie ins Behandlungszimmer

Mehr als zwei Millionen Fachartikel werden pro Jahr in der medizinischen Fachpresse veröffentlicht in über 20.000 Journals. Die Halbwertszeit medizinischen Wissens beträgt dabei nur wenige Jahre. Unter diesen Umständen stets auf dem neuesten Stand wissenschaftlich belegten medizinischen Wissens zu sein und dieses auch konsequent für die Behandlung von Patienten zu nutzen, scheint da fast unmöglich. Tatsächlich müssen Mediziner heute ständig am Ball bleiben, um nicht ins Abseits des „Wissensverfalls“ zu geraten. Neue Informationen zu überblicken und dabei auch noch auf ihren Wahrheitsgehalt, sprich ihre Unabhängigkeit und ihren Nutzen hin zu prüfen, ist kein Pappenstiel. Doch nur wer aktuelles, gesichertes und relevantes medizinisches Wissen erkennt, kann seinen Patienten eine optimale Behandlung gewährleisten.

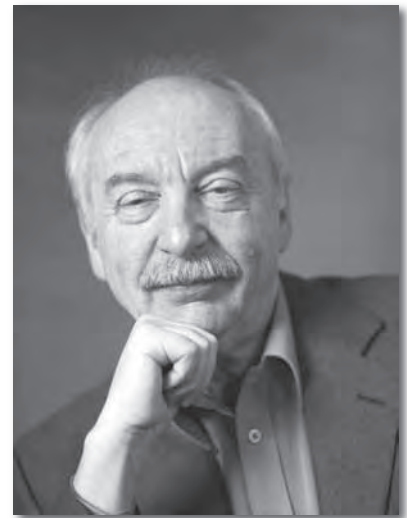
Prof. Gerd Gigerenzer, Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung sowie Direktor des Harding Zentrums für Risikokompetenz, weiß um die Schwierigkeiten beim Wissenstransfer: „Sauberes Wissen bedeutet, dass Ärzte die Evidenz aus wissenschaftlichen Studien und Erfahrungen vollständig und transparent mitgeteilt bekommen. Dabei darf nicht nur der Nutzen einer Methode wiedergegeben werden, sondern auch der mögliche Schaden.“ Tatsache ist, dass gerade diese essentiellen Informationen ihre Ärzte nicht immer in ausreichendem Maße erreichen. Noch immer kommt es vor, dass medizinische Entscheidungen auf der Basis unzureichender Daten getroffen werden. Immer wieder gibt es Therapien, die Menschen schaden (siehe Kasten), aber auch nützliche Behandlungsformen, die kaum zur Anwendung kommen. Erklärungsversuche: Etwa die Hälfte aller Forschungsergebnisse wird gar nicht erst veröffentlicht.

Pharmafirmen, häufig Geldgeber wissenschaftlicher Studien, haben ein eindeutiges Interesse daran, zum Beispiel ausbleibende positive Wirkungen eines Arzneimittels nicht publik zu machen. Nicht selten werden Studien, deren Ergebnisse in eine „unerwünschte Richtung“ gehen, abgebrochen oder Fragestellungen nachträglich modifiziert. Neben fraglichen Studienergebnissen hat aber auch die Tagespresse eine Wirkung auf das Denken und Handeln von Medizinern. Sie schürt beispielsweise Ängste vor bestimmten Erkrankungen, schafft Modediagnosen oder preist medizinische „Durchbrüche“ an und beeinflusst so unter Umständen auch Therapieentscheidungen.

Ein weiteres Hindernis, das den Wissensfluss in die Köpfe deutscher Mediziner erschwert mag zunächst banal klingen, doch umso wichtiger sein: die Sprachbarriere. Der Löwenanteil neuester Studienergebnisse wird in Form englischsprachiger Originalpublikationen in den einschlägigen Fachjournals veröffentlicht. Viele ärztliche Kollegen haben jedoch Berührungängste mit fremdsprachiger Fachliteratur. Informationen gehen so oft unter oder erreichen ihre Zielgruppe erst mit reichlicher Verspätung. Und selbst in der deutschen Sprache lauern Tücken, die mit Verständnisproblemen einhergehen: statistische Darstellungsformen.

Vorsicht Darstellungstricks!

In ihrem 2011 erschienenen Buch „Better Doctors, Better Patients, Better Decisions“ beschreiben die Autoren Prof. Dr. Gerd Gigerenzer und J. A. Muir Gray das Dilemma wie folgt: „...Aber selten wird in Erwägung gezogen, dass auch Ärzte medizinische Evidenz nicht verstehen (z. B. Berwick et al. 1981; Rao 2008). Und doch begreifen die meisten befragten Ärzte statistische Informationen nicht und können deshalb die



Prof. Gerd Gigerenzer

Evidenz für oder gegen eine Behandlung nicht einschätzen und einen Bericht in einer medizinischen Fachzeitschrift nicht kritisch beurteilen (Gigerenzer et al. 2007). Durch diese mangelnde Kompetenz sind Ärzte den irreführenden Prospekten der Pharmafirmen ausgeliefert und auf die von der Pharmafirma organisierten Fortbildungen angewiesen. ...“ Auch Dr. Wolfgang Blank, niedergelassener Allgemeinmediziner in Kirchberg und DEGAM-Sonderbeauftragter für EBM in der Praxis sowie Fachbereichsleiter des Arbeitskreises „EbM in Klinik und Praxis“ kennt dieses Problem: „Gerade wenn man nicht wissenschaftlich tätig ist, ist es für Ärzte schwierig, Studienergebnisse richtig einzuschätzen. Viele Kollegen verlassen sich zunächst nur auf ihre Erfahrung – und die täuscht manchmal auch noch.“ Oft würden zum Beispiel natürliche Verläufe von Krankheiten mit bestimmten Therapien in Verbindung gebracht. Neutrale Untersuchungen mit großen Fallzahlen wären daher unbedingt nötig. Ein Problem bei der Lektüre von Studien sei jedoch laut Dr. Blank: „Die Wissenschaftler präsentieren ihre Ergebnisse häufig mit Hilfe von Darstellungstricks, die zum Beispiel die Überlebenszeit infolge einer bestimmten Therapie schön.“ Als Hausarzt könne man solche Denk-



Dr. Wolfgang Blank

fallen meist nur schwer durchschauen, so Blank. „Ein Trick ist oft, dass man den Nutzen als relative Risikoreduktion darstellt, also etwa 20 Prozent, den Schaden aber in absoluten Werten angibt, die natürlich immer kleiner sind“, bestätigt Professor Gigerenzer.

„Wenn Sie zum Beispiel ein Medikament haben, das die Wahrscheinlichkeit einer Krankheit bei einer Gruppe von 100 Menschen von 2 auf 1 reduziert, aber das Risiko einer zweiten Krankheit von 1 auf 2 erhöht, dann sollte man das auch ehrlich so sagen. Stattdessen heißt es häufig, das Arzneimittel reduziert die Chance an Krebs zu erkranken um ganze 50 Prozent, die Nebenwirkungen belaufen sich dabei auf nur auf einen Prozentpunkt.“ Untersuchungen zufolge sei dies in einem Drittel aller Publikationen in den medizinischen Zeitschriften der Fall. Prof. Gigerenzers Appell lautet daher: „Es wird also oft mit zweierlei Maß gemessen. So etwas müssen Ärzte erkennen!“

Bei der kritischen Beurteilung wissenschaftlicher Ergebnisse führt Dr. Blank weitere Bedenken auf: „Um sicher zu gehen, müsste ich die Originalarbeit lesen, schon vorhandene Ergebnisse recherchieren und miteinander vergleichen.“ Das ist im Arbeitsalltag aber häufig eine Nummer zu groß. Es ist, wie

wenn ich tanken möchte und dann erst mal in die Raffinerie fahre, um zu schauen, ob das Benzin, das ich tanken will, auch ok ist. Ich kann meinem Kraftstoff aber nicht kilometerlang hinterherfahren. Ich will Benzin haben und damit von A nach B fahren. Ich muss mich also auch auf andere neutrale Kontrolleure verlassen können.“

Verlässliche Quellen

In der Tat stehen Mediziner im Informationsdschungel nicht allein da. Zahlreiche verlässliche Quellen – von denen im Folgenden einige beispielhaft genannt sind – stellen ihnen Wissen zur Verfügung, das dabei helfen kann, informierte Entscheidungen zu treffen. Unabhängige Einrichtungen, etwa das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), stehen Ärzten unterstützend zur Seite. Es prüft Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen und veröffentlicht in Form von Berichten, Dossierbewertungen oder allgemein verständlichen Informationen kontinuierlich Vor- und Nachteile verschiedener Therapie- und Diagnoseverfahren. Als nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit bietet das Deutsche Institut für Medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) fundiertes medizinisches Wissen in Form von Informationssystemen und Datenbanken an. Außerdem betreibt es ein Programm zur Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren (Health Technology Assessment). Auch das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) bietet Ärzten auf seinen Internetseiten eine Fülle von hilfreichen Hinweisen, schnell an evidente Informationen zu gelangen und diese auch zum Vorteil der Patienten anzuwenden.

Vorgestellt werden beispielsweise ausgewählte Suchmaschinen und Datenbanken für verlässliches medizinisches Wissen, etwa die Cochrane Bibliothek. Diese hochwertige Datenbank fasst alle weltweit verfügbaren Studien zu wichtigen medizinischen Fragestellungen in Übersichtsarbeiten zusammen. Die

Hauptdatenbank ist kostenpflichtig und nur in englischer Sprache verfügbar. Dennoch gibt es diverse deutschsprachige Kurzversionen, die auch kostenlos abrufbar sind. PubMed, die Hauptsuchmaschine der U. S. National Library of Medicine, ist frei zugänglich und wird täglich aktualisiert. Sie punktet mit über 21 Millionen Zitaten aus Veröffentlichungen zu Themengebieten biomedizinischer Literatur. Leitlinien, die dabei helfen sollen, Wissen zu bestimmten medizinischen Handlungsfeldern evidenzbasiert aufzubereiten, können zum Beispiel auf den Seiten der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) oder des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) abgerufen werden.

Wertvolle und unabhängige Informationen zu Arzneimitteln sind über das Arznei-Telegramm oder den Arzneimittelbrief für Ärzte erhältlich. Auch die elektronischen Mitteilungsdienste ausgewählter Anbieter können Mediziner in Form von „Feeds“ kostenlos abonnieren und sich so per E-Mail mit aktuellen medizinischen Erkenntnissen versorgen lassen. Beispiele sind hier etwa die „Nelm headlines“ der National electronic Library for Medicines des National Health Service (NHS), die Evidence-Updates des British Medical Journal (BMJ) oder die deutschsprachigen DEGAM-Benefits der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Letztere sind für Mitglieder kostenlos und enthalten relevante Informationen aus der wissenschaftlichen Literatur für Hausärzte, ausgewählt und aufgearbeitet vom ehemaligen Präsidenten der Fachgesellschaft Professor Michael M. Kochen.

Konkrete Hilfe bei der Beurteilung medizinjournalistischer Beiträge in den Medien bietet die Arbeitsgruppe um Professor Holger Worms auf den Internetseiten der TU Dortmund. Anhand festgelegter Kriterien bewerten geschulte Wissenschaftsjournalisten dabei Veröffentlichungen auf ihren

Informationsgehalt hin. Ziel ist es, die Berichterstattung über neue Therapien, Arzneimittel, Tests und Behandlungsarten besser und verständlicher zu machen. Professor Gigerenzer sieht in Angeboten wie diesem großes Potential für Mediziner: „Das Bewertungssystem zeigt beispielweise an, ob eine Information auch wirklich stichhaltig ist, etwa Nutzen und Risiken einer Behandlungsmethode angegeben oder Interessenkonflikte offengelegt werden. Es wird einem auch aufgezeigt, welche Informationen fehlen. Solche fachkundigen Bewertungen regelmäßig zu lesen, wäre für deutsche Ärzte sehr nützlich. Man bekommt hier nämlich nicht nur Updates über neueste Erkenntnisse, sondern lernt auch noch, diese Informationen richtig einzuschätzen.“

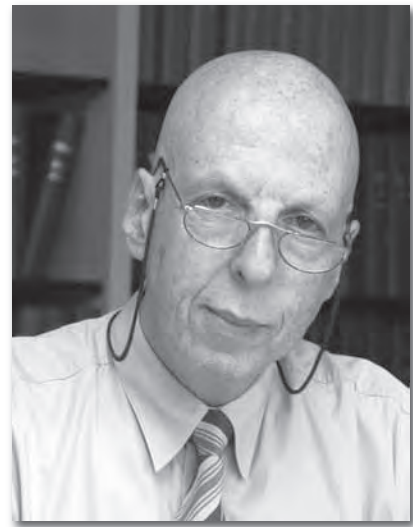
Skepsis kann man lernen!

Eben diese gesunde Skepsis, Informationen kritisch zu hinterfragen, ist kein Hexenwerk. Jeder kann sie erlernen. Oft bildet der gesunde Menschenverstand hierfür schon die Basis. „Schauen Sie auf die Quelle einer Studie!“, rät Gigerenzer. „Es ist immer wichtig zu schauen, wer die Untersuchung bezahlt hat und ob es Interessenkonflikte gibt.“ Die großen internationalen Journale geben das Funding heute in aller Regel am Ende eines Artikels an. Ist dies nicht der Fall, sind Zweifel an der tadellosen Evidenz einer Studie angebracht. Ärzte sollten ferner ihre Kompetenz im Verstehen von Evidenz dringend verbessern, so der Direktor am Max-Planck-Institut. Das könnten sie auf ganz verschiedene Art und Weise tun, zum Beispiel im Eigenstudium (Buchtipps siehe Infokasten).

„Mediziner müssen zudem über ihre Organisationen darauf hinwirken, dass sowohl das Medizinstudium als auch Fortbildungen für Ärzte dahingehend ergänzt werden, endlich Denken mit Evidenz zu lernen. 80 Prozent der deutschen Ärzte können das meinen Untersuchungen zufolge bisher leider nicht.“ Auch die Autoren I. Evans, H. Thornton

und I. Chalmers thematisieren dieses Problem in ihrem 2006 erschienenen Buch „Medizin auf dem Prüfstand“: „... Irreführende Behauptungen über Therapien sind weit verbreitet, deshalb ist es wichtig, dass jeder von uns in der Lage ist, zu entscheiden, ob Behauptungen über die Wirkung von Therapien begründet sind. Ohne dieses Wissen setzen wir uns dem Risiko aus, zu folgern, dass nutzlose Behandlungen hilfreich sind oder dass hilfreiche Methoden nutzlos sind. Um Behandlungsmaßnahmen fair und unvoreingenommen zu testen, müssen Schritte unternommen werden, wodurch man verlässliche Informationen über Behandlungseffekte erhält. Äußerst wichtig ist es, dass der verzerrende Einfluss von systematischen Fehlern (Bias) und Zufälligkeiten verringert wird. ...“ Dass eben diese systematischen Fehler zu falschen Einschätzungen von Behandlungsmethoden führen können, erkennen Mediziner häufig jedoch nicht, wenn sie sich mit Hilfe wissenschaftlicher Untersuchungen belesen und schließlich für eine Therapieform entscheiden möchten. Diese Schwäche nutzen Forscher, zum Beispiel aus kommerziellen Interessen, um bestimmte Behandlungen in einem besseren Licht dastehen zu lassen.

Beim Aufspüren potentieller methodischer Mängel können heute sogenannte „Reporting Guidelines“ helfen. Diese Leitlinien zur Berichterstattung von Studien wurden ursprünglich dazu entwickelt, Autoren bei der genauen und vollständigen Dokumentation ihrer Ergebnisse zu unterstützen. Sie können aber auch Lesern dabei helfen, Studien auf eventuelle Mängel hin zu überprüfen. Viele wissenschaftliche Zeitschriften setzen die Guidelines bereits verpflichtend ein. Sinnvoll sollte es für den Leser in jedem Fall sein, sich bei der Lektüre wissenschaftlicher Untersuchungen über einige Fragen bewusst zu werden: Gibt es eine plausible Begründung für die Durchführung der Studie, ist die Fragestellung von Nutzen für den Patienten? Welche Ergebnisse werden aus welchen Gründen erwartet?



Professor Michael M. Kochen

Welches Studiendesign liegt vor und warum wurde es gewählt? Als Goldstandard der klinischen Prüfung gilt – wenn möglich – die placebo- oder vergleichspräparatkontrollierte, doppelblinde, randomisierte Studie (Randomised controlled trial). Die Zahl der Patienten sollte idealerweise vor Beginn der Studie festgelegt sein. So kann vermieden werden, dass im Fall nicht signifikanter Ergebnisse das Patientenkollektiv einfach so lange erweitert wird, bis sich statistisch eine Signifikanz errechnen lässt. Denn diese wird oft fälschlicherweise mit der klinischen Relevanz einer Methode gleichgesetzt. Wichtig ist zudem, dass auch nicht signifikante Ergebnisse offengelegt werden. Oft stehen jedoch lediglich signifikante Studienergebnisse im Vordergrund – systematische Verzerrungen wissenschaftlicher Untersuchungen und verfälschte Therapieempfehlungen können die traurige Folge sein.

Es ist außerdem darauf zu achten, ob die Einschlusskriterien der Studienpopulation genannt und die verschiedenen Patientengruppen auch wirklich miteinander vergleichbar sind – z. B. hinsichtlich Alter, Krankheitsstadium oder Begleiterkrankungen. Die Daten aller untersuchten Patienten sollten in Form einer Tabelle für den Leser offensichtlich sein, Ausfallzahlen offengelegt und

begründet werden. Auch ein genauer Blick auf eventuelle Prüfsubstanzen ist zu empfehlen. Nicht selten wird die Vergleichsmedikation in unüblicher Dosis geprüft und erzielt so – etwa bei zu niedriger Dosierung – eine im Vergleich zur Testsubstanz unzureichende Wirkung. Umgekehrt resultieren bei zu hoher Dosierung von vornherein stärkere Nebenwirkungen durch das im Vergleich getestete Arzneimittel. Neben der Angabe der statistischen Signifikanz in Form von p-Werten sollten Mediziner auch auf eine umfassende deskriptive Beschreibung der Daten sowie die Angabe von Konfidenzintervallen und Effektstärken achten.

Grafischen Darstellungen statistischer Ergebnisse sollten Textinhalte übersichtlich veranschaulichen, nicht verwirren oder schönen. Dabei ist stets ein geeigneter Maßstab zu wählen. Zudem sollte der Leser prüfen, ob die Ergebnisse der Untersuchung im Hinblick auf die in der Einleitung aufgestellten Hypothesen auch kritisch hinterfragt und im Vergleich mit bereits vorhandener Literatur diskutiert werden. Schlussendlich sollte sich der Leser fragen, welche klinische Relevanz und welchen Nutzen das Ergebnis für seinen Patienten hat und wie er beides bestmöglich umsetzen kann.

Bei der Entscheidungsfindung, ob oder in welchem Maß das Gelesene in die Praxis einfließen soll, können Medizinern Evidenzskalen helfen. Die Evidenzbewertung bezieht sich hauptsächlich auf bestimmte Eigenschaften des Studiendesigns und kann dem Leser eine Orientierung über die interne Validität, also zum Beispiel die Wahrscheinlichkeit systematischer Fehler, bieten.

Bei der Aussagekraft über die externe Validität, das heißt die Anwendung der Studienergebnisse, stößt das System jedoch an seine Grenzen. Ärzte sollten medizinische Entscheidungen daher nicht allein auf Basis von Evidenzstufen treffen, sondern deren Aussagekraft in Kombination mit der eigenen kritischen Beurteilung von Studien nutzen. Professor Ingrid Mühlhauser von der Universität Hamburg fasst den Prozess der Wissensfindung so zusammen: „Zunächst muss ich meine Fragestellung präzisieren, danach geeigneten Datenbanken auswählen, die relevanten Publikationen identifizieren und bewerten.“

Schließlich muss die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf meinen individuellen Patienten geprüft werden. Dies sind Methodenkompetenzen der evidenzbasierten Medizin.“ Die Metho-

dik könne sich ein Arzt etwa in speziellen Kursen aneignen. Informationen zu Weiterbildungsangeboten gibt es über das Deutsche Netzwerk evidenzbasierte Medizin.

Ausblick: Investition Mensch

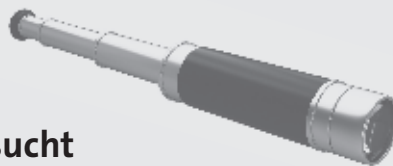
Die Notwendigkeit einer besseren Ausbildung von Medizinern in der Bewertung medizinischer Evidenzen und deren Umsetzung liegt auf der Hand. Doch wie kann das in Zukunft gelingen? „Ein Kernproblem ist, dass Ärzte in Deutschland in einem ständigen Interessenkonflikt leben“, gibt Gigerenzer zu bedenken. „Ein Arzt, der nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin vorgeht und nur das Beste für seinen Patienten möchte, verliert oft Geld.“ Im Extremfall gefährdet er damit sogar das wirtschaftliche Überleben der Praxis. Problematisch sind auch die stetig wachsenden Anreize für Ärzte, IGeL-Leistungen anzubieten. Darunter sind durchaus Leistungen, für deren Nutzen es keinen Beweis gibt, die möglicherweise schaden.

„Der einzelne Arzt muss sich hier entscheiden. Verfüge ich über das alte ärztliche Ideal, nämlich ausschließlich im Sinne des Patienten zu handeln oder bin ich Unternehmer?“ Helfen könnte hier ein Gesundheitssystem, das dafür sorgt, die Interessenkonflikte von Medizinern zu reduzieren. Ein weiteres Dilemma ist die oft defensive Medizin, die Ärzte in Deutschland betreiben. Um sich selbst vor dem Patienten als Kläger zu schützen, wird nicht selten zu unnötigen bildgebenden Verfahren, Biopsien oder Operationen geraten.

„Hier ist natürlich auch der Patient gefragt“, regt Professor Gigerenzer an. Auch er muss überlegen, was er mit seinem Verhalten bewirkt.“ Doch auch ein Patient kann nur gut informiert handeln und sich richtig entscheiden, wenn er über „sauberes“ Wissen verfügt. „Seit Jahrzehnten haben wir jedoch eine Informationspolitik, die nicht dazu da

Alumni

Goldenes Doktordiplom: Charité-Absolventen gesucht



Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“.

Auch in diesem Jahr soll es wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen. Leider ist der Kontakt zu so mancher Kollegin und manchem Kollegen verloren gegangen. Sollten Sie vor 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, auf den das zutrifft, melden Sie sich doch bitte telefonisch im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin unter 030/450576018/-016.

Der Fall Rosiglitazon

Wohin ein Mangel an verlässlichem Wissen führen kann, zeigen Beispiele aus jüngster Vergangenheit, bei denen unzutreffende oder fehlende Informationen falsche Therapieentscheidungen zur Folge hatten. Traurige Schlagzeilen machte nach Pharmaskandalen um Lipobay (Cerivastatin) oder Vioxx (Rofecoxib) vor gut eineinhalb Jahren der Insulinsensitizer Avandia (Rosiglitazon). Er wurde seit 1999 zur Behandlung des Diabetes mellitus eingesetzt. 2007 geriet das Arzneimittel in die Kritik, als eine Veröffentlichung im New England Journal of Medicine mögliche kardiovaskuläre Risiken aufführte. Drei Jahre später entzog die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) dem Wirkstoff in Kenntnis neuer belastender Studienergebnisse die Zulassung. Die Tragik: Dem Hersteller GlaxoSmithKline (GSK) waren die mit der Einnahme von Rosiglitazon verbundenen kardialen Risiken schon weit länger bekannt. Wie ein US-amerikanisches Gutachten 2010 ergab, seien unvoreilhaftige Studienergebnisse jedoch von GSK verheimlicht, kritische Wissenschaftler gar diskreditiert worden. In den rund 10 Jahren des Vertriebs kamen so fast 50.000 Patienten zu Schaden.

Professor Ingrid Mühlhauser sieht häufige Ursachen für falsche Therapieentscheidungen in der Tatsache, dass viele Ärzte die modernen Entwicklungen der Wissenschaftsbasierung ärztlichen Handelns und die Einbeziehung von Patienten in medizinische Entscheidungen immer noch nicht realisiert haben. „Zudem ist vielen Ärzten und Patienten nicht bewusst, dass mit Zulassung eines neuen Medikaments sein klinischer Nutzen bzw. das Nutzen-Schaden-Verhältnis nicht bekannt sind. Statt neue Arzneimittel kritiklos in wissenschaftlich nutzlosen Anwendungsbeobachtungen zu verordnen, sollten Forscher neue Wirkstoffe daher nur im Rahmen von qualitativ hochwertigen Studien einsetzen.“

war, die Menschen zu informieren, sondern zum Beispiel die Teilnehmeraten an den Screenings in die Höhe zu treiben“, beklagt der Direktor des Harding Zentrums.

So würden 98 Prozent der deutschen Frauen den Nutzen des Mammografiescreenings deutlich überschätzen. Genauso wichtig für die Umsetzung evidenzbasierten medizinischen Wissens seien neben fachkundigen Ärzten vor allem auch umfassend informierte Patienten.

Für die Zukunft fordert Professor Gigerenzer: „Das saubere Wasser, das wir im 19. Jahrhundert bekommen haben, war eine erste wichtige große

medizinische Revolution. Im 20. haben wir fantastische Technologien und eine Ausweitung der medizinischen Versorgung erreicht.

Jetzt brauchen wir sauberes Wissen, eine bessere Information und Bildung von Ärzten und Patienten.“ Eben diese Investition in den Menschen hätte das Potential, die Gesundheitsversorgung in Deutschland entscheidend zu optimieren. „Leider schauen wir meist nur nach neuen Technologien und Medikamenten“, beklagt Gigerenzer.

„Wenn wir junge Menschen schon in der Schule kompetent machen, über die Folgen von Fettleibigkeit, Bewegungsmangel, Rauchen und Alkohol aufklären

und nur 10 oder 20 Prozent ihr Verhalten ändern, dann haben wir eine Auswirkung auf die Krebstoten, die alles weit übertrifft, was Medikamente heute machen können“.

Das dieses Potential bisher nicht ausgeschöpft wird, mag Konsequenz mangelnden Bewusstseins sein. Vor allem ist Bildung aber eine langfristige, erst auf lange Sicht profitable Investition in ein Land. Hier braucht es den Mut von Politikern und Ärzten gegenzusteuern und etwas für den Patienten zu tun. Auch in Hinsicht auf die Berichterstattung medizinischer Publikationen gibt es noch gesetzlichen Regelungsbedarf: Da Studienergebnisse aus verschiedenen Beweggründen immer wieder vertuscht bzw. nur teilweise oder verspätet veröffentlicht werden, fordert die Ärztekammer Berlin bereits seit Jahren eine Verpflichtung zur Registrierung und Publikation der Ergebnisse aller klinischen Studien. Nur durch eine klare gesetzliche Regelung, wie sie seit 2008 auch in den USA gilt, kann die sogenannte „Publikations-Bias“ eingedämmt und die Anzahl auf dieser Basis falsch getroffener Therapieentscheidungen reduziert werden.

Dr. Blank, der Allgemeinmediziner aus Niederbayern, hat einen Weg für sich entdeckt, evidenzbasierte Untersuchungsergebnisse besser in die Praxis einzubinden und so die Behandlung seiner Patienten zu optimieren. „Kürzlich haben wir beispielsweise nachgesehen, ob unsere Asthma- und Diabetespatienten auch wirklich die ihrem Krankheitsstadium entsprechende Medikation erhalten. Ich war sehr überrascht, dass zunächst 80 Prozent meiner Patienten nicht leitliniengerecht therapiert wurden. Die Gründe dafür waren vielfältig: mal setzte der Kollege im Krankenhaus zusätzliche Medikamente an oder der Patient ließ eines weg.“

Der Allgemeinmediziner konnte nach der systematischen Auswertung der Patientenakten in vielen Fällen die Medikationen anpassen, reduzieren oder sogar Präparate ganz absetzen. Fast alle

Patienten sind heute optimal eingestellt. „Man muss in der Praxis Strukturen schaffen, die es erlauben, dass neue Therapiestandards besser umgesetzt werden können“, weiß Dr. Blank heute aus Erfahrung. „Wenn ich heute in einem hochrangigen Journal lese, dass die Intervalltherapie mit Cortison bei Kindern mit Asthma das gleiche Outcome hat, wie eine Dauermedikation, dann setze ich das gleich um. Diese Info geht also gleich in meine Therapie über.“

Regelmäßig setzt sich der Mediziner abends noch für ein paar Minuten an den Rechner und stöbert in unabhängigen medizinischen Datenbanken.

Die Zeit dafür investiert er gern. „Lieber spare ich mir die Zeit für den Pharmareferenten und mache dafür eine Onlinesuche zu einem bestimmten Thema. Für den Anfang kann man sich zum Beispiel auch einfach einen Newsletter oder Feed zuschicken lassen.“

Mit zunehmender Begeisterung stößt der Arzt bei seinen Recherchen auf spannende Aspekte und neueste Erkenntnisse seines Fachs: „Neulich wurde ich beispielsweise hellhörig, als ich las, dass Sauerstoffgabe nach Herzinfarkt praktisch keinen Einfluss auf das Überleben der Patienten hat. So wird man neugierig und will wissen, was sich noch geändert hat. Gibt es noch mehr alte Zöpfe, die abgeschnitten werden müssen?“ Viele seiner Kollegen seien hochinteressiert, könnten ihr Interesse aber aus Zeitgründen nicht ausleben oder schätzen das Medium Internet gering, bedauert Dr. Blank. „Dabei ist es wie mit allem: Ist der Anfang erst gemacht, dann kommen die Neugier und Freude an der Sache von ganz allein!“

Wecken auch Sie Ihre Neugier im medizinischen Alltag und lernen Sie, Informationen sicher zu filtern. Entdecken Sie die vielfältigen Möglichkeiten, sich sauberes Wissen anzueignen und nutzen Sie es für sich und Ihre Patienten.

Verfasserin:

Lucia Hagmann, Medizinjournalistin

Vorschläge für weiterführende Tipps und Links

- Umfassende Informationen rund um das Thema Evidenzbasierte Medizin sowie Fortbildungsangebote für Ärzte sind auf den Seiten des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin abrufbar: www.ebm-netzwerk.de
- Hochwertige systematische Übersichtsarbeiten zu wichtigen medizinischen Themen sind in der Cochrane Bibliothek aufgelistet: www.cochrane.de
- Informationssysteme und Datenbanken des Deutschen Instituts für Medizinische Information und Dokumentation finden Sie unter: www.dimdi.de
- Lernen Sie hier, medizinjournalistische Beiträge sicher zu beurteilen: www.medien-doktor.de
- Eine systematisch erstellte und aktuelle Sammlung von „Reporting guidelines“ gibt es unter: www.equator-network.org
- Das Harding Center des Max-Planck-Instituts bietet für Ärzte Fort- und Weiterbildungen zum Thema Risikobewertung an: www.harding-center.de
- Diverse Möglichkeiten zum Austausch über irreführende medizinische Informationen bieten diese Seiten: www.healthskepticism.org
- Gemeinsame Datenbank der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung: www.arztbibliothek.de
- Zahlreiche Informationen zu Medikamenten stellt auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur Verfügung: www.akdae.de
- Bücher:
Das Einmaleins der Skepsis (Prof. Gerd Gigerenzer)
Medizin auf dem Prüfstand (I. Evans, H. Thornton, I. Chalmers)
Better doctors, Better patients, Better decisions (Prof. Dr. Gerd Gigerenzer und J. A. Muir Gray)
- Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bewertet Arzneimittelstudien: www.iqwig.de
- Mit der Leitlinien-Entwicklung befasst sich intensiv die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft e.V. (AWMF): www.awmf.de
- Sehr nützliche Informationen finden Ärzte auch in der National Electronic Library for Medicines des britischen National Health Services (NHS): www.nelm.nhs.uk
- Auf den Seiten der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (www.degam.de) finden Sie u.a. weiterführende Informationen zum Thema „Umgang mit Interessenkonflikten“ (in der Rubrik “Präsidium“)
- Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) können Benefits genannte Informationen zur Arzneimittelverordnung per E-Mail erhalten, Anmeldung unter www.degam.de

In memoriam Manfred Wolter

Am 21. Dezember 2011 ist Professor Manfred Wolter im Alter von 82 Jahren gestorben. Er hat über Jahrzehnte im damaligen West-Berlin und darüber hinaus, auch mit den noch heute tätigen früheren Mitarbeitern, die Neurologie nachhaltig geprägt. Geboren am 10. September 1929 waren seine Anfänge bei Kriegsende nicht gerade auf Rosen gebettet. Zunächst noch Apotheken-Laborhelfer, hat er die Abendschule besucht und mit dem Abitur 1947 abgeschlossen. Die Wartezeit zum Medizinstudium überbrückte er als Hilfskrankenpfleger bis 1949 und konnte 1955 das Staatsexamen ablegen. Nach der Medizinalassistenten-Tätigkeit trat er in die Neurophysiologie-Abteilung des Westend-Krankenhauses ein und baute dort ein EMG-Labor für elektrische Muskel-Nerv-Untersuchungen auf, eine Pionierleistung für diese damals noch sehr junge Untersuchungsmethode. Seine neurologisch-psychiatrische Facharzt-Ausbildung erfuhr er bei Professor Hertha Lange-Cosack im Neuköllner Krankenhaus, wechselte noch zur neu gegründeten neurochirurgischen Abteilung unter Professor Helmut Penzholz im selben Krankenhaus und schließlich 1962 an die neurochirurgisch-neurologische Poliklinik unter ihrem Leiter Professor Dr. Hans Schliack im Westend-Krankenhaus. 1965 übernahm er die Oberarzt-Funktion an der neurologischen Abteilung

des Virchow-Krankenhauses unter Professor Hartwig Heyck.

1971 erwarb er mit der Habilitation an der FU Berlin und 1976 mit der apl. Professur seine akademischen Würden. Mit der Berufung auf den Chefarzt-Posten der neurologischen Abteilung an der neu gegründeten Charlottenburger Schlossparkklinik im Jahre 1970 fand er sein endgültiges Wirkungsfeld. Zwei Chefarzte der ersten Stunde der Schlossparkklinik, der Psychiater Professor Werner Greve und Professor Manfred Wolter, beide langjährig 24 bzw. 22 Jahre kollegial und vorbildlich an den Abteilungen dieser Klinik tätig, sind jetzt innerhalb weniger Monate von uns gegangen.

Er war einer der Chefarzte, die auch an Wochenenden in der Klinik zu finden waren, nicht immer zum Vergnügen seiner Familie. Er war einer der treuesten Teilnehmer der Sitzungen der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, war dort 16 Jahre lang Vorstandsmitglied, 9 Jahre lang Sekretär, seit 1999 Ehrenmitglied. In der Deutschen Gesellschaft für Neurologie war er während mehrerer Jahre Schatzmeister, auch Mitglied in deren wissenschaftlichem Beirat, ebenso in der Multiplen-Sklerose-Gesellschaft und der Gesellschaft für Muskelkranke, wodurch er sich überregional ein Ansehen verschaffte. Mit Hans Schliack, dem frühe-



Foto: privat

ren Ordinarius für Neurologie am Berliner Klinikum Steglitz und später an der Medizinischen Hochschule Hannover, richtete er 1978 den Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie in Berlin aus. Zu seinem 70. Geburtstag und dem 80. Geburtstag von Hans Schliack fand in Berlin ein Symposium zur Geschichte der Neurologie statt, bei dem er wie auch an der Buch-Edition selbst mitwirkte.

Sein Engagement war nicht durch Eitelkeit geprägt, sondern durch ein hohes Pflichtbewusstsein und große Ansprüche an sich selbst. Bescheiden im Lebensstil, konnte er sehr großzügig sein. Berliner Humor und Sarkasmus zeichneten seine oft kritischen Bemerkungen aus. Nach 60-jähriger Ehe hinterlässt er Ehefrau, vier Kinder und acht Enkelkinder. Seine Freunde und früheren Mitarbeiter werden einen geschätzten Menschen und Arzt vermissen.

Professor Dr. med. Bernd Holdorff

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Einen vollständigen Überblick über unsere Veranstaltungen erhalten Sie auf unserer Homepage www.aerztekammer-berlin.de ▶ **Ärzte** ▶ **Fortbildung** ▶ **Fortbildungen der ÄKB**. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die von der ÄKB zertifiziert wurden und Fortbildungspunkte erhalten haben, können im

Online-Fortbildungskalender unter www.aerztekammer-berlin.de ▶ **Ärzte** ▶ **Fortbildung** ▶ **Fortbildungskalender** recherchiert werden. Der Fortbildungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachgebieten oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen in Berlin als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
■ Teil A: 10.02.-11.02.2012 Teil B: 02.03.-03.03.2012 Teil C: 30.03.-31.03.2012 Teil D: 04.05.-05.05.2012	Suchtmedizinische Grundversorgung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung	DRK-Kliniken Mitte Drontheimer Straße 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 135 € je Kursteil, Ermäßigung auf Anfrage	12 P je Kursteil
■ 08.03.-10.03.2012 22.03.-24.03.2012	40 Std. Kurs (Teil 1+2) zum Erwerb der Qualifikation Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie (40 Std. Kurs, Curriculum der Bundesärztekammer)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1403, E-Mail: k.werner@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: r.drendel@aekb.de Tel: 40806-1401 Teilnehmergebühr: 750 €	40 P
■ 10.03.2012 sowie 05.05.2012	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 135 €	9 P
■ 16.03.-17.03.2012	Die Ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen: BREAKING BAD NEWS Wissensch.Leitung: Frau Dr. med. Klapp	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information zum Inhalt: Dr. Werner, k.werner@aekb.de Tel. 40806-1403 Anmeldung: Frau Wegner, i.wegner@aekb.de Tel.: 40806-1402 Teilnehmergebühr: 290,00 € Teilnehmerzahl: 15 TN.	17 P
■ 23.03.2012	Theorie und Praxis der Psychometrie und Perimetrie bei arbeits- und verkehrsmedizinischen Untersuchungen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 60 €	5 P
■ 23.03.-24.03.2012	Verkehrsmedizinische Begutachtung - Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung (weitere Informationen s. S. 9)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 €. Kombipreis für beide Kurse: 290 €	16 P
■ 19.04.-21.04.2012	Patientensicherheit lernen - Intensivseminar Fallanalyse (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1205 E-Mail: a.hofmann@aekb.de Teilnehmergebühr: 530 €	27 P
■ 10.05.-12.05.2012 14.06.-16.06.2012 23.08.-25.08.2012 07.12.2012	Ärztliche Führung - ein praxisorientiertes Intensivprogramm nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S. 9)	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Informationen zum Inhalt: Tel.: 40806-1200 Anmeldung: 40806-1301 E-Mail: aertzliche-fuehrung2012@aekb.de	80 P
■ 01.06.-02.06.2012 17.08.-18.08.2012 31.08.-01.09.2012	Grundlagen der medizinischen Begutachtung 3 Module, nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Teilnehmergebühr: 400 €	45 P

„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Juni 2012 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ als curriculäre Fortbildung an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. P. Marx (ehemals Neurologische Klinik, Charité – Campus Benjamin Franklin, Berlin)

Termin: Modul I: 01.06. - 02.06.2012 / Modul II: 17.08. - 18.08.2012 /
Modul III: 31.08. - 01.09.2012
(freitags jeweils 13.00-19.30 Uhr;
samstags jeweils 08.00-14.00 Uhr)

Ort: Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16,
10969 Berlin

Teilnahmegebühr für die Module I-III: insgesamt 400 EUR / 45 Fortbildungspunkte (15 pro Modul)

Informationen u. Anmeldung: Tel.: 40806-1203, E-Mail: begutachtung@aekb.de

Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit hierfür reduziert werden?

Die ÄKB bietet gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit das Seminar „Fallanalyse“ an. Ziel des Seminars ist es, ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln. Sie lernen aufgetretene Fehler und Schadensereignisse zu analysieren und die Ergebnisse zu kommunizieren.

Es werden die theoretischen Grundlagen und Konzepte der Fehlerentstehung vorgestellt. Mit Fallbeispielen wird die Technik der Prozessanalyse / Systemanalyse eingeübt. Organisationsfaktoren wie Sicherheitskultur, Arbeiten im Team, Kommunikation, Gestaltung von Arbeitsabläufen werden besonders beachtet.

Dieser Kurs bietet keine Einführung in CIRS, sondern befasst sich mit Methoden und Hintergrundwissen zur Analyse von schweren Zwischenfällen und Unfällen.

Das Intensivseminar richtet sich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Termin: Donnerstag 19.04.2012 – Samstag 21.04.2012

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich:

Ärztekammer Berlin, Tel. 408 06-1205, E-Mail: a.hofmann@aekb.de
(Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt)

Teilnehmergebühr: 530 EUR, 27 Fortbildungspunkte

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden- Kurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2012 als Kompaktkurs innerhalb von vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 10.09. - 15.09.2012 / Woche 2: 22.10. - 27.10.2012 /
Woche 3: 10.12. - 15.12.2012 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und
samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.: 40806-1208 (Organisation), Tel.: 40806-1207
(Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2012@aekb.de

Weiterbildungskurs Pädiatrie

zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Der Kurs ist Bestandteil der 5-jährigen WB Allgemeinmedizin (Ersatz für ein halbes Jahr Kinderheilkunde) und setzt sich zusammen aus:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Hospitation in einer Erste-Hilfe-Stelle der KV

Termine Theoriekurs: jeweils Donnerstag 19.00 – 21.15 Uhr
15.03.2012, 29.03.2012 und 26.04.2012

Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 550 EUR, 9 Fortbildungspunkte

Information und Anmeldung: Telefon: 40806-1203, E-Mail: a.hellert@aekb.de

Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin

zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994 – 3)

Kursreihe 17 vom 18.04.2012 – 12.12.2012

Kursleitung: Dr. med. J. Dölling

Termine: jeweils mittwochs 19:00 – 21:15
18.04.12, 02.05.12, 16.05.12, 30.05.12, 06.06.12, 08.08.12, 22.08.12
05.09.12, 19.09.12, 17.10.12, 31.10.12, 14.11.12, 28.11.12, 12.12.12

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 128 EUR, 42 Fortbildungspunkte

Information und Anmeldung: Telefon: 030/40806-1203;
E-Mail: a.hellert@aekb.de

www.berliner-aerzte.net!

„Palliative Care“:

Bericht vom Symposium „Innovative Therapien in der Palliativmedizin“

Beim Symposium der Paul Martini-Stiftung und der Leopoldina in Berlin zogen führende Experten der Palliativversorgung und –forschung zwei Tage lang Zwischenbilanz. Sie ergab, dass sich auf diesem, in Deutschland lange vernachlässigten, Gebiet tatsächlich sehr viel Neues tut. Das beginnt mit der gewandelten Einstellung zum Wechsel des Therapieziels – Lebensqualität statt Lebensverlängerung – und hört bei verbesserter Symptomkontrolle noch nicht auf. Hier folgt ein Bericht über die wichtigsten Innovationen. Sie könnten jedem auch ad usum proprium einmal von Nutzen sein. Denn neu ist auch, dass die Palliativmedizin nicht mehr nur Krebspatienten zugute kommt.

In einem Gewirr von Kabeln und Schläuchen ein sterbender Mensch; „einer Medizin ausgeliefert, die sich nur daran orientierte, was technisch machbar ist“. So kommentierte der Münchner Palliativmediziner und Medizinethiker Ralf J. Jox (Klinikum Großhadern) das, was er ein „Schreckensbild“ nannte: ein fünfzig Jahre altes Foto aus einer Intensivstation – leider bis heute nicht ganz veraltet. Noch immer werden zuhause gut versorgte Sterbende in letzter Minute doch noch eingeliefert, weil die Angehörigen angesichts von Atemnot und Delir in Panik geraten. Neu sind nach Mitteilung einer Diskutantin Leitlinien für Notärzte in Münster, die solche „Schreckensbilder“ verhindern sollen.

Intensivmedizinische Sterbensverlängerung wird langsam, aber stetig verdrängt vom friedlichen Bild palliativ Behandelter und Umsorgter zu Hause oder im Hospiz. Dazu verhilft die wichtigste Innovation: Die Einsicht, die der bekannte Berliner Palliativmediziner Christof Müller-Busch in die einfachen Worte fasste: „Nicht alles, was in der Medizin getan werden kann, muss auch getan werden.“ Die Entscheidung über Therapiebegrenzung oder –verzicht soll zusammen mit dem Patienten gefunden werden, und auch dies ist neu: Immer mehr Menschen halten ihren Willen in einer Patientenverfügung fest. Sie ist seit dem Gesetz von 2009 grundsätzlich bindend, nur leider oft unklar formuliert oder den Ärzten nicht bekannt.

Aber „jede Therapie erfordert die Indikation und den Patientenwillen. Der Wille des Patienten hat Vorrang“, sagte der Tübinger Medizinethiker Urban Wiesing. Der Abbruch einer kurativ gemeinten Behandlung ist rechters, wenn sich abzeichnet, dass nur noch das Sterben verlängert wird. Und „nur der Nutzen legitimiert eine medizinische Maßnahme.“

Palliative Lebensverlängerung!

Neu oder besser wiederentdeckt ist auch das umfassende biopsychosoziale Verständnis von Palliativversorgung. Zeitweise legte man das Schwergewicht einseitig auf die Symptomkontrolle oder gar nur auf die Schmerztherapie Krebskranker. Aber Dame Cicely Saunders, die sie entwickelt und in ihrem Londoner Muster-Hospiz St. Christopher’s erprobt hat, legte von Anfang an Wert auf eine multidisziplinäre Versorgung der Patienten mit ihren individuellen somatischen, psychischen, sozialen und auch spirituellen Bedürfnissen. International spricht man von „Palliative Care“, nicht „Medicine“.

Auch dies ist eine Innovation: „Ausbehandelte“ Patienten gibt es nicht mehr. Die Therapie wird nicht abgebrochen, es ändert sich nur ihr Ziel: Palliativ statt (ausichtslos) kurativ, „care“ statt „cure“, Lebensqualität statt Verlängerung des Lebens – oder eher des Sterbens. Und ganz neu ist, dass dieses „statt“ in Frage gestellt werden muss. Nach amerikani-

schen Studien hat palliative Versorgung bei Verzicht auf sinnlos gewordene Diagnostik und Therapieversuche die Lebensqualität verbessert, ohne das Leben zu verkürzen. Eine randomisierte Studie hatte sogar ein sensationelles Resultat: Eine Gruppe von Patienten mit metastasierendem Bronchial-Ca. erhielt die gleiche Standardtherapie wie die Kontrollgruppe, wurde aber außerdem frühzeitig palliativ versorgt. Diese Patienten hatten nicht nur eine bessere Lebensqualität, sondern lebten auch fast drei Monate länger. (Jennifer Temel et al, Harvard medical School, im New England Journal of Medicine, Bd. 363, S. 733-742.)

Wissenschaft und Fürsorge

Neu ist auch, dass Palliation nicht erst kurz vor dem Ende des Lebens eine sinnvolle Indikation hat. Gian Domenico Borasio (Lehrstuhl für Palliativmedizin, Univ. Lausanne) erinnerte an die Definition der WHO. Danach dient palliative Versorgung der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohenden Krankheit konfrontiert sind. Wörtlich heißt es weiter: „Dies geschieht durch Prävention und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“

Bemerkenswert findet es Borasio, dass diese drei Kategorien gleichberechtigt nebeneinander stehen. Und was Lebensqualität ist, habe ein Todkranker für sich selbst zu entscheiden. Dennoch hat sich das neue Fach um wissenschaftliche Evidenz für das zu bemühen, was es den Patienten anbietet. Borasio charakterisiert es so: „Strikte Wissenschaftlichkeit verbunden mit Fürsorge.“ Es fällt auf, wie viele Vorträge dieses Symposiums sich auf wissenschaftliche Studien stützten, auch im psychosozialen und selbst im spirituellen Bereich. Das erweitert die Thematik von Paul Martini, Namensgeber der veranstaltenden Stiftung, dem es in erster Linie um Studien zur Wirksamkeit von Arzneimitteln ging.

Dass Medikamente auf diesem Kongress einer Stiftung der forschenden Pharmaindustrie ebenso wenig eine Hauptrolle spielten wie in der Palliativversorgung, hob der Münchner Hochschulinternist Peter Scriba ausdrücklich hervor: „Wir sehen es als Zeichen, dass auch in der Stiftung Medikamente als Therapiebausteine und nicht als Therapie an sich oder gar als Lösung für alle Lebenslagen gesehen werden“, sagte der wissenschaftliche Berater der Stiftung, der zusammen mit Monika Führer (gleichfalls München) und Borasio auch die Tagung wissenschaftlich leitete.

Öfter Opioide verordnen!

Auf einige Innovationen in der medikamentösen Symptomkontrolle lohnt ein Hinweis: Morphin ist nicht mehr alleiniger Goldstandard in der Behandlung schwerer Schmerzen, Oxycodon und Hydromorphon gelten jetzt als gleichberechtigt, sagte Lukas Radbruch (Direktor der Bonner Univ.-Klinik für Palliativmedizin). Als einziges neues Opioid erwähnte er Tapentadol, eine Weiterentwicklung von Tramal. Wichtiger scheinen neue Applikationsformen der alten Opioide. Zu Retardtabletten und Pflastern kam nun die Anwendung über Mund- und Nasenschleimhaut, nützlich wegen der schnellen Wirkung besonders bei Durchbruchschmerzen. Hierfür empfahl der Aachener Palliativmediziner Frank Elsner vor allem das schnell und nur kurz wirkende Fentanyl.

Orale Opioide sollten schon früher als im bekannten WHO-Stufenplan mit einfachen Analgetika kombiniert werden. Würden die bewährten Opioide immer, wenn sie nötig sind, leitliniengerecht angewandt, könnten „höchstwahrscheinlich mehr Palliativpatienten eine gute Schmerzlinderung erfahren als durch die Einführung neuer Substanzen und Applikationsformen“, meint Radbruch. Abgekommen sei man von invasiven Verfahren zur Schmerzlinderung. Auch ohne sie sei heute eine effektive Schmerzlinderung fast immer möglich.

Mit Opioidbehandlung haben 90 Prozent der Palliativpatienten eine Obstipation, 80 Prozent aber auch ohne sie. Als einziges in

aussagekräftigen Studien geprüftes Gegenmittel nannte Gerhild Becker (Univ. Freiburg) Methylnaltrexon (MNTX), 2009 in den USA zugelassen zur Behandlung der Opioidobstipation, mit strikter Kontraindikation bei Darmperforationsrisiko.

Atemnot, Delir, Kachexie...

Opioide sind die einzigen Mittel, deren Wirksamkeit gegen die oft schwer zu behandelnde Atemnot durch Studien erwiesen ist, sagte Steffen Simon (Zentrum für Palliativmedizin des Univ.-Klinikums Köln). „Eine Atemdepression muss bei sachgerechter Anwendung nicht befürchtet werden“. Oft helfen allgemeine Maßnahmen wie Entspannungsübungen, beruhigende Musik oder Physiotherapie. Sauerstoffgaben seien eher selten indiziert. Klinische Studien zeigten, dass sie nicht wirksamer sind als Raumluft (Handventilator!), aber ein größeres Nebenwirkungspotenzial haben.

Das Delir – mit Formen von Agitation bis Apathie – ist bei 50 Prozent der Patienten reversibel, wenn man die Ursachen erkennt und ausschaltet, sagte die Münchner Psychosomatikerin Johanna Anneser (Klinikum Rechts der Isar): Medikamente, Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts, zuviel Unruhe auch durch medizinische und Pflege-Maßnahmen. Notfalls helfen hochpotente Neuroleptika wie Haloperidol gegen die Verwirrtheit. – Kachexie und Fatigue werden beide heute ähnlich behandelt, ohne dass die Therapie bisher evidenzbasiert ist, meinte Florian Strasser (Palliativzentrum St. Gallen). Ziel der ernährungstherapeutischen, psychologischen und medikamentösen Behand-

lung sei eine „palliative Rehabilitation“, die den Todkranken so weit kräftigt, dass er die letzte Lebenszeit zu Hause verbringen kann.

Die Wechselwirkungen zwischen medizinischer Symptomkontrolle und Hilfe bei psychosozialen und auch spirituellen Problemen wurden auf dieser Tagung mehrfach betont. Sterbensranke haben Depressionen und Angst vor Schmerzen, vor Autonomieverlust, vorm Sterben, fühlen sich hilf- und hoffnungslos, schilderte Maria Wasner (Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin am Münchner Univ.-Klinikum Großhadern) deren Verfassung. Psychosoziale Interventionen verbessern nicht nur die psychische Befindlichkeit der Patienten und ihrer Angehörigen; sie wirken auch positiv „auf die Funktionalität, auf Schmerzen und andere belastende Symptome wie zum Beispiel Atemnot sowie auf Nebenwirkungen der Behandlung“, sagte die Professorin unter Berufung auf Studien.

Psychosoziale und spirituelle Hilfen

Jeder Kontakt mit Sterbenden und ihren Angehörigen ist eine Art unspezifischer und oft unbewusster Intervention, weshalb alle Beteiligten wenigstens entsprechende Grundkenntnisse haben sollen. Zu einer optimalen psychosozialen Versorgung braucht es aber ein interprofessionelles Team. Und viele Patienten wünschen sich im Krankenhaus einen Ansprechpartner, der die Fäden in der Hand hält – damit sie nicht jedem Beteiligten alles neu erzählen müssen. Die Realität sieht

ANZEIGEN

anders aus: Oft erfährt die ausländische Stationshilfe das meiste, berichtete Maria Wasner. Weil sie ein offenes Ohr hat.

Neu ist in Deutschland auch der Begriff „Spiritual Care“ – sehr diffus und nicht mit Seelsorge gleichzusetzen. Im Ausland gibt es bereits Hunderte von Studien dazu. Eine davon ergab, dass religiöse Patienten nicht etwa seltener, sondern öfter lebensverlängernd gemeinte aggressive Maßnahmen verlangen als nichtreligiöse. Gespräche über spirituelle Fragen wollen Palliativpatienten in erster Linie mit Angehörigen führen, dann mit ihren Ärzten und erst an dritter Stelle mit Geistlichen. Das berichtete Traugott Roser, ein evangelischer Pfarrer, der sich mit einem katholischen Amtskollegen eine von vier Professuren am Münchner Zentrum für Palliativmedizin teilt.

Als neu kann auch die Ausdifferenzierung der Palliativversorgung bezeichnet werden.

Es gibt spezialisierte Teams und Einrichtungen für Kinder, für Hochbetagte, auch Demen- te mit leidverursachender Symptomatik, für Patienten mit bestimmten Krankheiten wie zum Beispiel Multipler Sklerose – alles Vortragsthemen dieser Tagung.

Höchste Priorität für palliative Versorgung!

Von einer „enormen Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland“ sprach Christoph Fuchs (Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer a.D.). Es gebe aber noch eine erhebliche Unterversorgung, ambulant wie stationär: Es fehlen noch 60 Prozent der nötigen Palliativbetten. Und ambulant? Da warf Fuchs den Krankenkassen eine Blockadepolitik vor. Er forderte den Gesetzgeber zum Handeln auf, um kassenübergreifende Verträge zu schaffen, wenn Einzelverträge so schwer zustande kommen.

Die Verankerung der Palliativmedizin als Pflicht- und Prüfungsfach in der Approbationsordnung begrüßte Fuchs als wesentliche Innovation. Er bezweifelte aber, dass Ausbildung, Versorgungsforschung, Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in dem neuen Fach geleistet werden können, solange es nicht an allen deutschen medizinischen Fakultäten kompetent vertreten ist. Zurzeit gibt es erst an zehn Universitäten (Stiftungs-) Lehrstühle oder -Professuren.

Die Charité ist nicht darunter, obwohl Berlin in der Palliativversorgung Vorreiter ist. Laut Fuchs muss aber der Ausbau der Palliativmedizin als gesamtgesellschaftliche Aufgabe „höchste Priorität“ haben.

Alle Vorträge sind im Internet abrufbar unter: www.paul-martini-stiftung.de.

Rosemarie Stein

Qualvoll muss keiner mehr sterben

Gian Domenico Borasio: Über das Sterben – was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen.
Verlag C.H. Beck, München 2011. 207 S., 11 Abb., 5 Tabellen. Geb. 18,95 Euro.

Ein verregnetes Wochenende wäre mit diesem Buch in der Hand sehr gut genutzt. Allenfalls Palliativmediziner können sich in Kenntnis der vielen neuen Studien aus ihrem Fachgebiet die Lektüre sparen. Allen anderen Ärzten in Praxis und Klinik wie auch Vertretern medizinischer Berufe sei die Lektüre dieser kurzen und verständlichen Einführung in die Palliativmedizin dringend empfohlen – auch und gerade weil sie in erster Linie für chronisch und unheilbar Kranke und ihre Angehörigen geschrieben ist, so weit sie den nötigen Bildungsgrad haben. Der informative Text wird durch viele Fallbeispiele anschaulich, die Informationen

sind auf dem neuesten Stand und durch Literaturhinweise belegt.

Vor allem Hausärzte werden von der Lektüre sehr profitieren. Der Autor ist einer der bekanntesten und erfahrensten europäischen Palliativmediziner (er gehörte auch zum Leitungsgremium des auf Seite 24 referierten Kongresses), und er findet, Palliativmedizin sei im Grunde „nichts anderes als hochspezialisierte Allgemeinmedizin am Lebensende“. Auch den Kollegen vom anderen Ende des Spektrums, den Intensivmedizinern, wäre die Lektüre von Nutzen – schon wegen eines von Borasio mitgeteilten Umfrageergebnisses: Auf einer Intensivstation wollen nur Intensivmediziner sterben, aber nur auf der eigenen. (Wenigstens haben die keine Opioidphobie.)

Nun stellen Sie sich vor, Sie sprechen mit dem vorsorgebevollmächtigten Sohn ei-

ner terminal kranken 87-Jährigen, der Sie das Sterben erleichtern wollen, mit Flüssigkeitszufuhr und Sauerstoffgaben. Der Sohn ist strikt dagegen und Sie fahren ihn heftig an: „Wollen Sie Ihre Mutter verdursten oder ersticken lassen?“ Da zitiert dieser Laie ganz sachlich aus dem Abschnitt „Therapiefehler“ in Borasios Buch, in dem begründet wird, warum Sauerstoff und Flüssigkeit Sterbenden nicht nur nichts nützen, sondern sogar schaden: Es „bringen die wohlgemeinten Maßnahmen zur Vermeidung von Verdursten und Ersticken in der Sterbephase genau jene qualvollen Symptome erst richtig hervor, die sie eigentlich verhindern sollten“. Warum, das lesen Sie am besten selbst; dies und noch viel mehr unbedingt Wissenswertes über Voraussetzungen und Hindernisse eines friedlichen Abschieds vom Leben. Nicht nur, weil informierte Patienten sonst mehr wissen als ihre Ärzte.

Informationen über Palliativversorgung in Berlin: Zentrale Anlaufstelle Hospitz, Tel. 4071 1113, www.hospitz-aktuell.de

R. St.

Palliativmedizin ural!

Michael Stolberg: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute. Mabuse-Verlag Frankfurt/M. 2011, 303 S., 29,90 Euro.

„Pallatio, palliativa cura“ wird es von den Ärzten genannt, wenn bei verzweifelten und unheilbaren Krankheiten und nach der Prognose eines infausten Ausgangs bestimmte Mittel gegeben werden, die den Schmerz oder andere bedrängende Symptome mildern...“ So beginnt das Schlagwort „Pallatio“ im „Pschyrembel“ von 1682 (dem damals führenden, von Bartolommeo Castelli begründeten „Lexikon medicum graecolatinum“). Übersetzt wurde das Stichwort vom Autor des hier zu empfehlenden Buchs. Die zitierte Definition ist unzureichend, denn zur Sterbebegleitung gehörte schon im Mittelalter auch die „cure psychica“, in den Schriften der frühen Neuzeit als unerlässliche Pflicht des Arztes ausführlich beschrieben.

Palliativmedizin (international treffender „palliative care“ genannt) gilt heute als

„neue“ Disziplin – eine der vielen gängigen Annahmen, die Stolberg als Irrtümer entlarvt. Die palliative Versorgung terminal Kranker war nur während etwa hundert fortschrittsgläubiger Jahre (ca. 1850-1950) vergessen; so vollständig, dass selbst Experten des „neuen“ Fachs dessen Wurzeln kaum kennen, meint der Würzburger Professor für Medizingeschichte.

Stolbergs fesselnd geschriebenes und wissenschaftlich aus sehr vielen nachgewiesenen Quellen gespeistes Buch ist ein umfassender Überblick nicht nur über Theorie und Praxis der ärztlichen Sterbebegleitung in den letzten 500 Jahren. Er geht auch auf den Umgang von Laien mit Sterbenden ein, zieht literarische Zeugnisse heran, zeichnet die Geschichte der Vorläufer unserer Palliativstationen, stationären und ambulanten Hospize nach und schildert frühe Diskussionen noch heute aktueller ethischer Probleme, von der Mitteilung infauster Prognosen bis zur Tötung auf Verlangen früher oft grauenvoll leidender Krebs- und Tb-Kranker. Hierzu bekannten sich einzelne Ärzte

schon um 1800, weit früher als bisher gedacht.

Ein paar der vielen anderen hier richtiggestellten Irrtümer: „Palliativ“ kommt zwar von pallium=Mantel, gemeint war jedoch nicht der symbolische warme Mantel, der den Sterbenskranken fürsorglich einhüllt, sondern die „Bemäntelung“ unheilbarer Krankheiten durch reine Symptomkontrolle. – Die Warnung vor nutzloser oder sogar schädlicher (Über-)Therapie terminal Krebskranker mit starken Medikamenten wurde nicht erst durch (Über-)PR für immer neue, immer teurere antineoplastische Mittel notwendig, sondern findet sich schon seit dem späten Mittelalter in verbreiteten Chirurgie-Handbüchern. – Bereits Hufeland verurteilte die „zu große Furcht der Ärzte vor dem Opium“, die man heute noch als Morphinphobie kennt. – Eine romantische Verklärung der Vergangenheit ist die Vorstellung vom guten, schönen Tod („Euthanasie“ im Wortsinn) im Familienkreis als Regelfall, da doch die Sterbenden oft tage- und nächtelang schrien vor unerträglichen Qualen. – Dissertationen des 18. Jahrhunderts kritisieren schon die „Dysthanasia“ oder Kakothanasia medica“.

R. St.

MUT – Gesellschaft für Gesundheit feiert 20-jähriges Jubiläum

Die MUT – Gesellschaft für Gesundheit hat kürzlich ihr 20-jähriges Bestehen unter dem Dach der Ärztekammer Berlin mit einem Festakt gefeiert. Geschäftsführerin Bettina Lange nutzte die Gelegenheit für eine Rückschau und für Dank an ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Als die MUT – Gesellschaft für Gesundheit vor 20 Jahren als Tochter der Ärztekammer Berlin startete, wäre wohl kaum jemand auf die Idee gekommen, dass sich aus einer Beratungsinitiative für arbeitslose Ärztinnen und Ärzte ein vielfältig tätiges, gemeinnütziges Unternehmen mit rund 40 Angestellten entwickeln würde. Die eigentliche Gründung

geht auf Initiative dreier West-Berliner Ärzte zurück, die unmittelbar nach dem Mauerfall beschlossen, die Ost-Berliner Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen. Einer dieser drei Ärzte, Wolfgang Kreischer, war bei der 20-Jahr-Feier am 23. November in den Räumen der MUT in der Friedrichshainer Rudolfstraße anwesend.



ÄKB-Vorstandsmitglied Kilian Tegethoff (re.) würdigte die Arbeit der MUT-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Links daneben MUT-Geschäftsführerin Bettina Lange.

Hilfe für arbeitslose Ärzte

Die Kernidee – arbeitslose Ärztinnen und Ärzte wieder in Beschäftigung zu bringen – wurde schnell auf andere Berufsgruppen ausgeweitet, zahlreiche andere Betätigungsfelder kamen hinzu. Die Leitaufgabe Arbeitsförderung im Gesundheits- und Sozialwesen ist dabei aber geblieben. Bundesweite Bekannt-

heit hat die MUT mit ihren ärztlichen und zahnärztlichen Obdachlosenpraxen am Ostbahnhof und in Lichtenberg erlangt. Die dort geleistete humanitäre Arbeit wurde schon vielfach gewürdigt und ausgezeichnet (u.a. „Ausgewählter Ort 2008“ der Initiative „Deutschland Land der Ideen“). Doch daneben gab und gibt es zahlreiche weitere Aufgabenfelder und Projekte. Beispielhaft zu nennen sind die Ausbildung Medizinischer und Zahnmedizinischer Fachangestellter, das gesundheitsorientierte Stadtteilzentrum „Pestalozzi-Treff“ in Mahlsdorf, die Suchtberatungsstelle und das betreute Einzelwohnen in Treptow sowie die Tagesstätten für Obdachlose und Bedürftige.

MUT-Geschäftsführerin Bettina Lange nutzte die Gelegenheit, sich bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für deren Einsatzfreude, Leistungsbereitschaft und Kreativität zu bedanken. Ihr besonderer Dank galt dabei denjenigen, die schon über viele Jahre hinweg Weggefährten sind. Sie berichtete den Gästen von der nicht immer ganz einfachen Aufgabe, sich in der vielfältigen Berliner Trägerlandschaft, die sich immer wieder wandelt, zu behaupten.

ÄKB-Vorstandsmitglied Kilian Tegethoff freute sich, die MUT näher kennen lernen zu können und hob in seinem Grußwort ihre Bedeutung als Träger von Qualifizierungsmaßnahmen im sozialen Bereich hervor. Gleichzeitig betonte er, dass die Ärztekammer hinter der MUT und ihren Aufgaben steht.

srd

Die MUT-Gesellschaft für Gesundheit bietet für Praxismitarbeiter/innen Fortbildungskurse zu verschiedenen Themen an:

QM verständlich und nutzbringend

10.03.2012, 9:00 – 16:00 Uhr

Inhalt / Ziel des Kurses:

In diesem Seminar wird der Begriff Qualitätsmanagement (QM mit Inhalt gefüllt, sinnvolle Herangehensweisen vorgestellt und verdeutlicht, dass ein gut organisiertes QM den Praxisalltag erleichtert, sowie Leitung und Mitarbeiter entlastet.

- Gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines internen QM
- Qualitätsmanagement: Was ist „eigentlich“ damit gemeint?
- Wer nimmt welche Rolle im QM ein?
- Identifizierung der Interessengruppen (Stakeholder)
- Typische Blockaden bei Veränderungen
- Überblick über die bestehenden QM-Systeme
- Rahmenbedingungen für die Umsetzung
- Pro und Contra – Externer Sachverstand

Dozent: Dr. Andreas Ossendorf, MPH
Diplomkaufmann, DGQ Auditor
Teilnahmegebühr: 100 Euro

Mentale und körperliche Entspannung

18.04.2012, 18:00 – 21.00 Uhr

Inhalt / Ziel des Kurses:

Verspannter Nacken, kreisende Gedanken, schlaflose Nächte – In diesem Seminar können Sie lernen sich fallen zu lassen und neue Kraftquellen erschließen!

- Erlernen körperlicher und geistiger Entspannungsmethoden zum Abschalten und Regenerieren

Dozentin: Diana LaFond, Gymnastiklehrerin
Teilnahmegebühr: 45,00 Euro

Bitte bequeme Kleidung und warme Socken mitbringen.

Anmeldung per E-Mail:

silke.strietzl@mut-gesundheit.de

Besuchen Sie uns auch auf unserer Homepage www.mut-gesundheit.de. Dort finden Sie weitere Angebote sowie ein Anmeldeformular.

Erste Hilfe an Kindern

02.06.2012, 10:00 – 15:00 Uhr

Inhalt / Ziel des Kurses:

- **Lebenssichernde Maßnahmen:**
Vorgehen am Unfallort, Rettungskette, Notruf, Bewusstlosigkeit, Gehirnerschütterung
- **Kindernotfälle:**
Pseudokrupp/Epiglottitis, Verschlucken v. Fremdkörpern, Insektenstiche im Rachenraum, Plötzlicher Kindstod (SDS), Fieberkrampf, Sonnenstich
- **Praktische Übungen der Herz- Lungen- Wiederbelebung am Säugling und Kleinkind**
- **Rund um Haut und Wunden:**
z.B. Fremdkörper im Auge, Ohr, Nase, Verbrennungen/Verbrühungen, Vergiftungen...
- **Sicheres Handeln in Notfallsituationen bei Kleinkindern und Säuglingen**

Dozentin: Andrea Hölzl, Rettungsanwältin,
zertifizierte Dozentin für Notfallkurse
Teilnahmegebühr: 75,00 Euro

Das Leben mit der Krankheit: Chronisch Kranke erzählen

Auf der Internetseite www.krankheitserfahrung.de erzählen Menschen von ihrem Leben zwischen Gesundheit und Krankheit, von ihren Erfahrungen mit der Medizin, von Veränderungen in ihrem Alltag und von Unterstützung, die sie erhalten. Diese Internetseite basiert auf wissenschaftlichen Interviewstudien einer Forschergruppe der Universitäten Freiburg und Göttingen und ist deshalb auch für Ärztinnen und Ärzte sehr zu empfehlen.

Von Gabriele Lucius-Hoene

„Mir fehlt mein Platz in dieser Welt.“ So schildert Daniela Klein (Pseudonym, auf www.krankheitserfahrungen.de) die Veränderungen, die sich in ihrem Leben abgespielt haben, seitdem sie an einem Morbus Sudeck der rechten Hand leidet. Mit diesen Empfindungen ist sie nicht allein. Eine chronische Krankheit verändert die Welt der Menschen, die von ihr betroffen werden. Kaum ein Bereich des Lebens bleibt von ihr ausgespart: sie greift in den Alltag ein, zieht die familiären und freundschaftlichen Beziehungen in Mitleidenschaft, macht Beruf und Mobilität zum Problem und setzt die Rahmenbe-

dingungen und Sinnstrukturen eines Lebens auf den Prüfstand. Chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen müssen sich langsam oder schlagartig auf diese Veränderungen einstellen. Nicht nur am Anfang, sondern auch immer wieder während des Krankheitsprozesses kann die mühsam erworbene Anpassung an die Bedürfnisse, Notwendigkeiten und Einschränkungen durch neue Probleme im Krankheitsprozess über den Haufen geworfen werden. Der Medizinsoziologe Arthur Frank, selbst erfahren im Umgang mit schweren Erkrankungen, gebraucht die Metapher des „Reisens ohne Landkarte“,

mit dem die Menschen sich plötzlich zu recht finden müssen, ohne die Möglichkeit, auf alte Erfahrungen und bewährte Routinen zurückgreifen zu können, um die neuen Herausforderungen auf sich zu nehmen (Frank 1995). Während medizinische Informationen eher zugänglich sind, kann es außerordentlich schwer sein, zu erfahren und sich darauf einzustellen, wie sich die Krankheit auf die persönliche Lebenssituation auswirken wird und wo man sich als Hilfe zur Bewältigung darüber orientieren kann.

Diese Erfahrung machten auch die beiden englischen Mediziner Ann McPherson und Andrew Herxheimer, als sie von schweren Erkrankungen betroffen wurden, und feststellten, dass sie zwar ärztlich gut versorgt wurden, ihnen aber wesentliche Informationen fehlten, wie die Krankheit ihr Leben verändern würde. Hier waren die Erfahrungen der Menschen gefragt, die selbst schon einmal diese Wege hatten gehen müssen, also andere Kranke. Aus ihrer Initiative entstand eine Arbeitsgruppe der Universität Oxford (DIPEX; database of individual patients' experiences) unter Leitung von Sue Ziebland, die dieses Anliegen methodisch umsetzte. Um

auch der wachsenden Nutzung des Internets in medizinischen Fragen nachzukommen, konzipierte sie hierzu eine öffentlich zugängliche Internetseite. Unter dem Namen **www.healthtalkonline.org** werden hier seit 2001 nach Krankheiten geordnet Erfahrungsgeschichten betroffener Menschen in offenen Interviews gesammelt, systematisch ausgewertet und in Video- oder Audioclips und Texten präsentiert. Die Website ist vor allem auf die Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen zugeschnitten, steht aber allen Interessierten offen. Seit ihrer Gründung konnte **www.healthtalkonline.org** mittlerweile über 60 verschiedene Krankheitsbilder oder Gesundheitsfragen präsentieren und einen wichtigen und auch durch zahlreiche Preise anerkannten Stellenwert in der englischen Gesundheitsszene erwerben. Durch intensive Öffentlichkeitsarbeit erzielt die Website einen hohen Bekanntheitsgrad und vermittelt die Wichtigkeit, den betroffenen Menschen eine eigene Stimme zu verleihen. Mittlerweile spielt healthtalkonline.org mit seinen vielfältigen Erkenntnissen zur subjektiven Bedeutung und Verarbeitung von Krankheit auch in den gesundheitspolitischen Organen eine anerkannte Rolle. Neben dem Aufbau der Website werden die umfangreichen Datenkorpora auch für eine Fülle von qualitativen Sekundäranalysen zum Leben mit Krankheit genutzt, die in medizinischen und sozialwissenschaftlichen Fachzeitschriften publiziert wurden (Herxheimer & Ziebland, 2008).

Die Idee von DIPEX wurde in den folgenden Jahren von zahlreichen anderen Ländern übernommen und in Kooperation mit dem englischen Team in den nationalen Arbeitsgruppen umgesetzt. Es formierte sich ein Dachverband (DIPEXInternational), in dem sich die beteiligten Länder seit 2008 regelmäßig treffen, Erfahrungen austauschen, Fachtagungen organisieren und interkulturelle Vergleiche ihrer Daten vornehmen.

Angeregt von der englischen Website, bildete sich auch in Deutschland eine Arbeitsgruppe an den Universitäten Freiburg (Abteilung für Rehabilitations-

psychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie) und Göttingen (Abteilung für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin). Sie fand Unterstützung beim Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ der Deutschen Rentenversicherung Bund, der gesetzlichen und privaten Krankenkassen und einiger Bundesministerien, der den Aufbau der Website und die Erarbeitung der ersten vier Krankheitsmodule finanzierte.

Im Februar 2011 wurde die nach dem DIPEX-Prinzip aufgebaute Website **www.krankheitserfahrungen.de** der Öffentlichkeit übergeben, seitdem regen genutzt und auch von Medien vielfältig aufgegriffen. Als erste Krankheitserfahrungen präsentiert sie die Themen Chronischer Schmerz und Diabetes 2. Derzeit entstehen die Module Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen in der Göttinger und Epilepsie in der Freiburger Arbeitsgruppe; mit ihrer Veröffentlichung ist Ende 2012 zu rechnen.

www.krankheitserfahrungen.de unterscheidet sich wie das englische Vorbild ganz wesentlich von anderen Internetseiten, in denen Betroffene von ihren Erfahrungen berichten, da sie nach methodischen Prinzipien der qualitativen Sozialforschung aufgebaut ist und bei der Wahl ihrer InterviewpartnerInnen sowie der Datenauswertung systematisch vorgeht. Damit werden Unausgewogenheiten und einseitige Interessendarstellungen vermieden. Die Zusammenstellung der Teilnehmergruppe von etwa 40 bis 50 Personen vollzieht sich nach der Methode des theoretischen Sampling. Hier wird nicht eine statistische Repräsentativität angestrebt, sondern eine möglichst breite Erfassung aller Phänomene des Krankheitserlebens und der Behandlungserfahrungen sowie des sozialen Hintergrunds der Informanten. Ziel ist, dass jeder Nutzer der Seite unter den Erfahrungsgeschichten auch Anhaltspunkte für seine eigenen Probleme findet. Personen, die bereit sind, ihre Erfahrungen in den narrativen Interviews weiterzugeben, werden über Medien,

medizinische Praxen und Kliniken, Selbsthilfegruppen oder auch durch Mund-zu-Mund-Propaganda angesprochen. Unsere bisherige Arbeit mit den ersten Modulen zeigen, dass viele betroffene Menschen gern bereit sind, ihr persönlichen Erfahrungen der Website zur Verfügung zu stellen, um damit anderen Betroffenen zu helfen. Durch ein aufwändiges Einwilligungsverfahren wird erreicht, dass die Teilnehmer in allen Phasen der Datenerhebung und Veröffentlichung im Netz mitentscheiden, ob und in welcher Form ihr Beitrag auf der Website präsentiert wird. Die Daten werden selbstverständlich mit Pseudonymen und nicht den Echtnamen veröffentlicht; alle Hinweise, die auf die Person zurückzuführen sind, werden entfernt. Ebenso können die Teilnehmer jederzeit ihre Bereitschaft zurückziehen und ihre Daten von der Website nehmen lassen, was bisher allerdings noch nie verlangt wurde.

Wer auf die Seite von krankheitserfahrungen.de geht, hat die Möglichkeit, sich zu dem gewählten Krankheitsbild einerseits die persönliche Krankheitsgeschichte und die zugehörigen Video-, Audio- oder Textausschnitte jeder der teilnehmenden Personen anzuschauen oder andererseits ein Thema zu wählen, dass die Ergebnisse aus allen Interviews zusammengefasst und ausgewogen präsentiert. Pro Krankheit wurden die Daten in einem aufwändigen, PC-gestützten Analyseverfahren in etwa 35 verschiedene Themen zusammengestellt, die mit den Originalausschnitten der Erzähler untermauert und anschaulich illustriert werden. Themenblöcke sind zum Beispiel die Erkrankungs Vorgeschichte und das Erleben der Symptome, die Auswirkungen im persönlichen, beruflichen und sozialen Bereich, die Folgen für Psyche und Alltagsbewältigung, Erfahrungen mit Ärzten, Kostenträgern und Hilfsinstitutionen, und vieles mehr. Die nach der Methodologie qualitativer thematischer Vorgehensweisen konzipierte Analysemethodik garantiert, dass jede Äußerung in den Texten repräsentiert ist und alle Beiträge der Erzähler in ein Thema ein-

gehen (Ziebland & McPherson, 2006). So entsteht ein ebenso systematisches wie höchst eindrucksvolles und lebensnahes Bild der Schwierigkeiten und Möglichkeiten des Lebens mit der chronischen Krankheit. Weitere Seiten der Website bieten einschlägige Links zu anderen Internetseiten mit zuverlässigen Informationen und Adressen der Hilfsorganisationen.

Neben dem Ziel, das Internetangebot für betroffene Menschen aufzubauen, widmen sich die DIPEX-Forschungsprojekte auch der systematischen Evaluation der Bedeutung und Optimierung narrativer (gegenüber einer auf die Fakten beschränkten) Information für Patienten und der Evaluation der Benutzerfreundlichkeit der Website sowie den Bedürfnissen und Präferenzen von Internetnutzern auf der Suche nach verlässlicher medizinischer Information (Khangura, Bennet, Stacy et al., 2008; Newman, Ziebland & Barker, 2009; Overberg, Otten, de Man et al., 2010; Rozmovits & Ziebland 2004; Sillence & Herxheimer, 2004).

Wie im englischen Vorbild, fanden auch die Inhalte der deutschen Website mittlerweile vielerorts Eingang in die Lehre und Ausbildung von Ärzten, Psychologen und medizinischen Personal, da sie höchst eindrucksvoll und authentisch die Seite der persönlichen Betroffenheit von Krankheit und die Erfahrungen mit den medizinischen Möglichkeiten und Versorgungseinrichtungen wiedergeben und durch ihre systematische Präsentation gezielt ausgesucht werden können.

Um neue Module zu erarbeiten, kooperiert die Arbeitsgruppe entsprechend den ethischen Richtlinien von DIPEXInternational mit Kostenträgern, die keine eigenen materiellen Interessen im Gesundheitssektor verfolgen; dies beglaubigt ihr und ihren Nutzern materielle und ethische Unabhängigkeit als unabdingbare Voraussetzung für die Vertrauenswürdigkeit ihrer Inhalte. Zur Zeit werden neue Projektanträge bei Einrichtungen der Forschungsförderung gestellt mit dem Ziel, die Website lang-

fristig auf alle wichtigen Krankheitsbilder zu erweitern.

So verfolgt die unabhängige Website **www.krankheitserfahrungen.de** mehrere Anliegen: Sie liefert eine wissenschaftlich fundierte Datenbasis von persönlichen Krankheitserfahrungen zur Information und Unterstützung von Entscheidungsprozessen im Internet, sie bietet durch die Erfahrungsgeschichten einen emotionalen Rückhalt und hilft bei der Krankheitsbewältigung, sie vermehrt das fachliche Wissen über subjektive Erfahrungen und Entscheidungsgrundlagen von Patienten, sie leistet einen systematischen Beitrag zur Erforschung der Wirkung von Informationsangeboten für Patienten, und sie stellt Material für medizinische Aus- und Weiterbildung zur Verfügung. Nicht zuletzt wertet sie die Stimmen und Erfahrungen der Patienten auf, gibt ihnen Raum und Bedeutung und unterstützt damit sowohl Patientenautonomie und -kompetenz als auch das Verständnis anderer für die Lage der Betroffenen. Damit ordnet sich das internationale Projekt in den Kontext der narrativen Medizin ein, die die Erfahrungsgeschichten von Patienten konsequent der evidenzbasierten Medizin an die Seite stellt und ihr einen unverzichtbaren Stellenwert in der Patientenversorgung zuordnet (Charon 2006, Greenhalgh & Hurwitz 2005; Hurwitz, Greenhalgh & Skultans, 2004; urHLucius-Hoene 2008).

Flyer zum Auslegen für Patienten und Informationsmaterial sind über die beiden Projektgruppen erhältlich:

Arbeitsgruppen DIPEXGermany

Projektstandort Freiburg:
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
Institut für Psychologie
D 79085 Freiburg

Projektstandort Göttingen:
Abteilung Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtalle 38
D 37073 Göttingen

Frank, A. (1995). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.

Herxheimer, A & Ziebland, S (2008). Das DIPEX-Projekt: Eine systematische Sammlung persönlicher Krankheitserfahrungen. *Neurol Rehabil* 14(1), 31-40.

Hurwitz, B., Greenhalgh, T. & Skultans, V. (2004) (eds.). *Narrative research in health and illness*. Oxford: Blackwell.

Khangura, S, Bennett, C, Stacey, D, et al. (2008). Personal stories in publicly available patient decision aids. *Patient Educ Couns* 73, 456-464.

Lucius-Hoene, G (2008). Krankheitserzählungen und die narrative Medizin. *Rehabilitation* 47, 90-97.

Newman, MA, Ziebland, S, Barker, KL (2009). Patients' view of a multimedia resource featuring experiences of rheumatoid arthritis: pilot evaluation of www.healthtalkonline.org. *Health Informatics J* 15, 147-159.

Overberg, R, Otten, W, de Man, A, et al. (2010). How breast cancer patients want to search for and retrieve information from stories of other patients on the internet: an online randomized controlled experiment. *J Med Internet Res* 12, e7.

Rozmovits, L, Ziebland, S (2004). What do patients with prostate or breast cancer want from an internet site? A qualitative study of information needs. *Patient Educ Couns* 53, 57-64.

Sillence, E, Briggs, P., Herxheimer, A (2004). Personal experiences matter: what patients think about hypertension information online. *Health Inform Internet* 42, 3-5.

Ziebland, S. & McPherson, A. (2006). Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEX (Personal experiences of health and illness). *Medical Education* 40, 405-414.

Verfasserin:

Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene
Projektgruppe DIPEXGermany
Freiburg Institute for Advanced Studies (FRIAS)
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
Institut für Psychologie
Universität Freiburg
79085 Freiburg

ANZEIGE

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen November bis Dezember 2011 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Nasra Aboud	FA Transfusionsmedizin	03.11.11
Nabil Ahmed	FA Radiologie	07.12.11
Dr. med. Simon Ahrens	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	08.11.11
Tariq Al-Rawashdeh	FA Augenheilkunde	16.11.11
Dr. med. Christian Alb	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	23.11.11
Linda Alkayyal	FA Radiologie	07.12.11
Talal Alkhadher	FA Chirurgie	06.12.11
Athanasios Apostolidis	FA Urologie	29.11.11
Dr. med. Thomas Arnoldt	FA Allgemeinmedizin	29.11.11
Johannes Backer	FA Innere Medizin	02.11.11
Svetlana Baeva	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	06.12.11
Philipp Bartels	FA Psychiatrie und Psychotherapie	13.12.11
Dr. med. Katharina Bartz	FA Anästhesiologie	12.12.11
Dr. med. Erika Baum	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.12.11
Dr. med. Nina Baumann	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	07.12.11
Mirjam Bender	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	23.11.11
Jörg Berger	FA Anästhesiologie	21.12.11
Matthias Bohe	FA Psychiatrie und Psychotherapie	01.11.11
Alexander Bohn	FA Innere Medizin	14.12.11
Dr. med. Roberta Bova	FA Chirurgie	06.12.11
Dr. med. Anna Brandenburg	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	21.12.11
Dr. med. Heiko Brandes	FA Kinder- und Jugendmedizin	23.11.11
Dr. med. Thorsten Braun	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.11.11
Dr. med. Caroline Breidert	FA Innere Medizin	14.12.11
Dr. med. Tim Benjamin Briem	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	15.11.11
Daniela Budach	FA Transfusionsmedizin	03.11.11
Dr. med. Alexandra Buschmann	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	12.12.11
Dr. med. Sascha Santosh Chopra	FA Chirurgie	01.11.11
Dr. med. Nicole Czaja	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	23.11.11
Ivan Diaz Ramirez	FA Innere Medizin und Kardiologie	14.12.11
Thorsten Diehl	FA Chirurgie	20.12.11

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Sven-Maria Gregor Dormann	FA Chirurgie	01.11.11
Dr. med. Angela Kloppenborg	FA Innere Medizin und Geriatrie	23.11.11
Serban-Andrei Dumitrescu	FA Radiologie	14.12.11
Dr. med. Friedrich Eilers	FA Innere Medizin	02.11.11
Dr. med. Nina Ewerdwalbesloh	FA Kinder- und Jugendmedizin	23.11.11
Dr. med. Clemens Fritsche	FA Innere Medizin	07.12.11
MUDr. Denisa Frncikova	FA Anästhesiologie	01.12.11
Dr. med. Sibylle Gebauer	FA Innere Medizin und Geriatrie	23.11.11
Dr. med. Jan Gensch	FA Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie	16.11.11
Galia Iankova Georgieva	FA Urologie	29.11.11
Dr. med. Undine Ariane Gerlach	FA Chirurgie	12.12.11
Dr. med. Maximilian Gertler	FA Innere Medizin	07.12.11
Michael Glöckler	FA Neurochirurgie	15.12.11
Julia Göke	FA Allgemeinmedizin	01.11.11
Dr. med. Juliane Götttsche	FA Innere Medizin	30.11.11
René Grabow	FA Anästhesiologie	12.12.11
Dr. med. Daniel Bertram Grund	FA Innere Medizin	02.11.11
Dr. med. Thomas Hanke	FA Diagnostische Radiologie	14.12.11
Dr. med. Matthias Hantsch	FA Innere Medizin	14.12.11
Dr. med. Mareike Härtel	FA Allgemeinmedizin	13.12.11
Jukka Hartikainen	FA Innere Medizin	02.11.11
Dr. med. Julia Heckhausen	FA Innere Medizin	30.11.11
Sibylle Heim	FA Pathologie	01.12.11
Kristian Herberger	FA Anästhesiologie	21.12.11
Dr. med. Sabine Hoffmann	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.11.11
Dr. med. Felix Holzinger	FA Allgemeinmedizin	13.12.11
Pattariya Jansch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.12.11
Dr. med. Ulrike John	FA Anästhesiologie	12.12.11
Dr. med. Dagmar Jubit	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.11.11
Anke Kalisch	FA Chirurgie	01.11.11
Volker Kalisch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	15.11.11
Dr. med. Martin Kanne	FA Urologie	29.11.11
M.B.Ch.B.(IRQ) Ayad Khachikchi	FA Nervenheilkunde	01.11.11
Dr. med. Anatol Kivi	FA Neurologie	08.12.11
Mark Kleinschmidt	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.12.11
Sören Kneif	FA Chirurgie	12.12.11
Dr. med. Astrid Knobel	FA Psychiatrie und Psychotherapie	22.11.11

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Evelyn Koblitz	FA Anästhesiologie	12.12.11
Claudia Köcher	FA Chirurgie	20.12.11
Cordelia Krajewski	FA Anästhesiologie	03.11.11
Christine Krämer	FA Anästhesiologie	03.11.11
Dr. med. Volker Kullmann	FA Innere Medizin	14.12.11
Dr. med. Julia Langreck-Schopohl	FA Innere Medizin	07.12.11
Patrick Lemmin	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	15.11.11
Dr. med. Stefanie Lenze	FA Kinder- und Jugendmedizin	07.12.11
Dr. med. Cathrin Link	FA Innere Medizin	30.11.11
Dr. med. Frank Marzinik	FA Neurologie	15.12.11
Dr. med. Martin Maurer	FA Radiologie	07.12.11
Dipl.-Psych.Univ.Dr.med. Angela Merkl	FA Psychiatrie und Psychotherapie	13.12.11
Dr. med. Indra Mertz	FA Plastische Chirurgie	08.11.11
Vladimir Mezdrikov	FA Allgemeinmedizin	29.11.11
Dr. med. Dominik Mittler	FA Anästhesiologie	21.12.11
Dr. med. Anna Mleczo-Kras	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	21.12.11
Lutz Monske	FA Anästhesiologie	03.11.11
Priv.-Doz. Dr. med. Annette Moter	FA Mikrobiologie und Infektions- epidemiologie	01.11.11
Dr. med. Andreas Muntendorf	FA Innere Medizin	07.12.11
Dr. med. Melanie Narbe	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	23.11.11
Dr. med. Lars Neeb	FA Neurologie	08.12.11
Fonyuy Nyuyki	FA Nuklearmedizin	05.12.11
Dr. med. Corinna Ostapowicz	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	23.11.11
Timur Özdemir	FA Chirurgie	01.11.11
Dr. med. Nicolai Paul	FA Innere Medizin	07.12.11
Dr. med. Susanne Preiß	FA Innere Medizin	16.11.11
Dr. med. Sabine Jeanette Presser	FA Gefäßchirurgie	06.12.11
Dr. med. Barbara Prieto Pinilla	FA Psychiatrie und Psychotherapie	13.12.11
Dr. med. Katja Remuss-Trabulsi	FA Kinder- und Jugendmedizin	07.12.11
Dr. med. Anne Christina Rensing	FA Innere Medizin	16.11.11
Dr. med. Cornelia Rheinländer	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.11.11
Roland Ricken	FA Psychiatrie und Psychotherapie	08.11.11
Dr. med. Elisabeth Schepers	FA Innere Medizin	16.11.11

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Andrea Schernick	FA Psychiatrie und Psychotherapie	01.11.11
Dr. med. Christian Scheurig- Münkler	FA Radiologie	14.12.11
Franziska Schmohl	FA Anästhesiologie	01.12.11
Dr. med. Christian Schopohl	FA Allgemeinmedizin	29.11.11
Dr. med. Alexandra Schramm	FA Thoraxchirurgie	20.12.11
Dr. med. Stefan Schreiber	FA Neurochirurgie	15.12.11
Markus Schumacher	FA Innere Medizin	16.11.11
Dr. med. Natascha Schwertfeger	FA Psychiatrie und Psychotherapie	06.12.11
Anja Siebke	FA Allgemeinmedizin	13.12.11
Jan Sönnichsen	FA Anästhesiologie	12.12.11
Dr. med. Frank Spillmann	FA Innere Medizin	16.11.11
Urszula Stellwag	FA Allgemeinmedizin	01.11.11
Sebastian Stiehl	FA Innere Medizin	02.11.11
Igor Stojanovski	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	16.11.11
Dr. med. Andreas Sebastian String	FA Allgemeine Chirurgie	01.11.11
Dr. med. Mona Tamannai	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.11.11
Dr. med. Laura Teichgräber	FA Nuklearmedizin	05.12.11
Dr. med. Monika Trendelenburg	FA Psychiatrie und Psychotherapie	15.12.11
Franziska van Hall	FA Psychiatrie und Psychotherapie	22.11.11
Vladislav Vassilev	FA Anästhesiologie	12.12.11
Dr. med. Stefan Verlohren	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.11.11
Antje Vieweger	FA Anästhesiologie	12.12.11
Dr. med. Martin Voss	FA Psychiatrie und Psychotherapie	08.11.11
Dr. med. Dirk Walter	FA Psychiatrie und Psychotherapie	06.12.11
Oliver Wengert	FA Neurologie	08.12.11
Dr. med. Thomas Wermke	FA Innere Medizin	14.12.11
Kathrin Wildermann	FA Allgemeinmedizin	13.12.11
Martin Wiontzek	FA Anästhesiologie	01.12.11
Dr. med. Harald Wolf	FA Neurologie	13.12.11
Dr. med. Kathrin Wunnicke	FA Neurologie	15.12.11
Dr. med. Julia Ziethen	FA Arbeitsmedizin	07.12.11
Dr. med. Ulrich Zils	FA Neurochirurgie	15.12.11

* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert.

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net!

Musik für Ihre Patienten!

„Yehudi Menuhin Live Music Now Berlin e.V.“

Über den Dächern von Berlin-Neukölln sitzen an festlich geschmückter Kaffeetafel in einem Wintergarten ein paar ältere Leute. Sie lauschen den zarten Klängen aus dem 18. Jahrhundert, die David Trummel, ein fortgeschrittener Musikstudent, einem Spinett entlockt. Kurz zuvor hat er das zusammenlegbare Instrument auf dem Rücken ins Ricam-Hospiz geschleppt. Nach dem Konzert setzt er sich zu den Zuhörern und beantwortet Fragen zum Instrument, zur Musik und zu den Gedichten, die er, passend zur Musik, selbst ausgesucht und vorgetragen hat. Einer fragt gar nichts, sagt nur überwältigt: „So etwas habe ich noch nie erlebt.“

Die Sterbenskranken und ihre Angehörigen genossen hier eines der vielen Konzerte, die der gemeinnützige Verein „Yehudi Menuhin Live Music Now“ in Berlin veranstaltet. In Konzersälen finden nur die Benefizkonzerte statt, deren Ertrag zusammen mit Spenden den bescheidenen Spesenausgleich für die jungen Musiker ermöglicht. Die spielen in Krankenhäusern, Hospizen, Alters- und Pflegeheimen, Behinderten-Institutionen, Gefängnissen und neuerdings auch in Schulen.

Diese kostenlosen Konzerte sind ganz im Sinne des großen Geigers und Philanthropen Yehudi Menuhin. Der 1916 in New York geborene Sohn russisch-jüdischer Einwanderer gab im Krieg und danach rund 500 Konzerte für Soldaten – Freund und Feind – oft in Lazaretten. Er spielte in Flüchtlingslagern und im befreiten Konzentrationslager Bergen-Belsen vor den Überlebenden. Als erster jüdischer Künstler trat er schon 1947 im zerbombten Berlin auf – im Titaniapalast mit dem gerade „entnazifizierten“ Furtwängler.

Musik als Medium der Versöhnung, als Quelle von Trost und Kraft wollte Menuhin live zu jenen bringen, die in kein Konzert kommen. Mit der Gründung von „Live Music Now“ 1977 in England verband er diese Intention mit der Förderung des be-

sonders begabten musikalischen Nachwuchses. Jungen Musikern sollten gegen Ende ihrer Ausbildung Auftritte ermöglicht werden, und sie sollten sich vor ganz besonderen Zuhörern bewähren. Nichts für blutige Anfänger. „Wer vor einem solchen Publikum auftritt, muss besonders



Yehudi Menuhin
(Zeichnung von Ursula Wieland-Lambach)

gut spielen“, sagte Menuhin in einem Interview, ein Jahr vor seinem Herztod im Berliner Martin Luther-Krankenhaus, 1999 während einer Deutschland-Tournee als Dirigent.

Der erste deutsche „Live Music Now“-Zweig entstand 1992 in München, Berlin folgte 1996. In einer Zwischenbilanz nach fünfzehn Jahren berichtet die jetzige Vorsitzende Amelie von Gisycki, dass bis jetzt in Berlin rund 2400 Konzerte mit etwa 500 jungen Musikern stattfanden; meist noch Studierende, ausgewählt nach strengen Kriterien von einer Jury aus Musikprofessoren. Die gesamte Organisation bewältigen ehrenamtlich die Vereinsmitglieder, zurzeit 31, ganz überwiegend Frauen, darunter Ärztinnen und Musikerinnen. Jede übernimmt in einigen der weit über hundert beteiligten Institutionen die Organisation und Moderation der Konzerte. Das Haus stellt nur den Raum zur Verfügung und nennt eine

Kontaktperson. Die Programme werden zusammen mit den Musikern geplant, wobei die Eigenart und die Wünsche des Hauses zu berücksichtigen sind. Nötigenfalls holt man sich auch musiktherapeutischen oder pädagogischen Rat.

Einem der ersten Berliner „Live Music Now“-Konzerte gab der alte, weise Menuhin selbst die Ehre: Am 2. Mai 1997 saß er auf einem Sessel im durchsonnten gläsernen Lichthof des schönen Behringkrankenhaus-Neubaus von Gottfried Böhm zwischen Patienten und Personal und hörte verklärt lächelnd zu. Das Sirenes-Quartett spielte Brahms und Mozart, fürs Stadler-Quartett verstärkt durch einen Klarinettenisten. Zum Schluss sprach Menuhin ein paar Worte und zitierte den Hippokrates-Satz über die heilende Wirkung der Musik.

Und als Postskriptum nun ein miterlebtes Beispiel für die fördernde Wirkung oder wirksame Förderung durch Yehudi Menuhin „Live Music Now“: Fünfzehn Jahre später fand ich das vergilbte Programm wieder, entdeckte einen wohlbekannten Namen und zeigte es meinem Nachbarn Wolfram Brandl, dessen drei Kinder immer zwischen unseren Häusern spielen. Er erzählte, dass es schon damals als höchst erstrebenswert galt, von dem Verein für potenzielle Konzerte ausgewählt zu werden. Beim Zehlendorfer Konzert war der erst 21-jährige ganz kurzfristig für eine der verhinderten „Sirenen“ eingesprungen.

Und dann saß da Yehudi Menuhin persönlich, was sie vorher nicht wussten. Kein Wunder, dass sie alle mit hochroten Köpfen spielten. „Und Menuhin schüttelte hinterher jedem einzelnen die Hand!“ erinnert sich Wolfram Brandl. Für ihn war das eine Art Ritterschlag. Drei Jahre später war er schon bei den Berliner Philharmonikern, und jetzt ist er Konzertmeister in Barenboims Staatskapelle, sitzt also derzeit im Orchestergraben des Schillertheaters.

R. Stein

www.livemusicnow-berlin.de,
Tel. 847 146 72 (Amelie v. Gisycki);
Spendenkonto: Deutsche Bank Berlin,
BLZ 100 700 00, Konto-Nr. 3064482

BERLINER  ÄRZTE

2/2012 49. 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.)
Michaela Peeters, M. A.
Eveline Pötter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Svea Keller
Univ. Prof. Dr. Harald Mau
Dr. med. Bernd Müller
Dr. med. Gabriela Stempor
Dr. med. Kilian Tegethoff
Julian Veelken
Dr. med. Elmar Wille

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelbild und Bild Inhaltsverzeichnis und Titelthema: Sehstern
Seite 13 - © Gina Sanders - Fotolia.com
Seite 11 - © PhotoSG - Fotolia.com
Seite 7 - © vege - Fotolia.com
Seite 18 - © linao486 - Fotolia.com

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.l-va.de, E-Mail: mb@l-va.de
Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Umlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Brühlsche Universitäts-
druckerei GmbH & Co KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

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 € 79,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 53,50 inkl. Versandkosten, im Ausland € 79,50 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,45 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2012 vom 01.01.2012.

ISSN: 0939-5784