

BERLINER ÄRZTE

04/2012 49. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

*Bitte sauber
bleiben*

Hygiene in Klinik
und Praxis



Die Arbeit im ÖGD lohnt sich!



Dr. Claudia Wein M.A.
*ist Amtsärztin im Bezirksamt
Berlin-Lichtenberg.*

„**M**ach das nur, das ist zwar ein wenig langweilig, aber mit Deiner Familie ist das am besten so.“ Das war der Kommentar meiner Klinikkolleginnen und -kollegen, als ich 1988 mit zwei kleinen Kindern überlegte, eine Stelle im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) anzutreten. Also, ich machte, und stellte fest, dass meine Kollegen zum Glück nur teilweise recht hatten: Die Familienfreundlichkeit gab es wirklich, die Langeweile deutlich weniger. Ich lernte motivierte und kompetente Kolleginnen und Kollegen kennen, die ihre Arbeit gern und qualitativ auf hohem Niveau leisteten und bekam eine interessante Aufgabe. Bis heute bin ich fasziniert vom ÖGD und weiß, dass ich nicht die einzige bin, für die das zutrifft.

In Vorbereitung auf dieses Editorial habe ich einige Kolleginnen und Kollegen gefragt, warum sie ihre Arbeit im ÖGD attraktiv finden. Hier beispielhafte Zitate aus den Antworten:

■ **Sozialpsychiatrie:**

„Der Blickwinkel auf die Klienten wird durch die Hausbesuche und Krisendienstleistungen mit Einblicken in das Wohnumfeld der Klienten erweitert. Ich habe nun einen deutlich besseren Einblick in das komplementär versorgende Hilfesystem, vom gesetzlichen Betreuer über die Träger der Hilfen bis zu den niedergelassenen ärztlichen

Kollegen. Last but not least war für mich auch die größere Familienfreundlichkeit dieser Arbeit, keine Nachtdienste, in der Regel ein planbares Arbeitsende, flexiblere Arbeitszeiten, im Gegensatz zur Klinik wichtig.“

■ **Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen, Krebs und AIDS:**

„...auch ohne klinische Tätigkeit anspruchsvolles Arbeitsfeld.“

„...abwechslungsreiche Tätigkeit – vielfältige Aufgaben in Form bürgernaher und problemnaher Tätigkeit.“

„...Arbeit im Team, Kollegialität, gutes Arbeitsklima und nicht zuletzt flexible und geregelte Arbeitszeiten (familienfreundlich).“

Dennoch hat der ÖGD große Schwierigkeiten, offene Arztstellen zu besetzen. Er hat ein Imageproblem, das sich aus verschiedenen Quellen speist. Einerseits trägt er noch immer an der schweren Last, im Nationalsozialismus instrumentalisiert worden zu sein. Prävention und Arbeit in sozialmedizinischen Feldern galten in der Nachkriegszeit deutlich weniger als die kurative Tätigkeit der klinischen Medizin. Das Selbstbewusstsein schwand. Hartnäckige Vorurteile entstanden, die bis heute wirken. Die erhebliche Ressourcenknappheit der Kommunen ist auch im ÖGD sichtbar und erscheint wenig attraktiv.

Bisher war es natürlich so: Wer Medizin studiert, möchte in die klinische, kurative

Tätigkeit. Der ÖGD mit seinem weiten Aufgabenspektrum blieb über Jahrzehnte unbekannt und wurde nicht in die jeweils eigenen Berufsplanungen einbezogen, wenn nicht die familiäre Situation dazwischen kam, siehe oben.

Aber ich blicke optimistisch in die Zukunft. In letzter Zeit gibt es mehr Interesse am ÖGD, er wird wichtiger. Seine Aufgaben an den vielen Stellen, die im sektoral gegliederten Gesundheitswesen ambulant sowie stationär eben nicht zufriedenstellend gelöst werden können, und auch seine originären Aufgaben wie Prävention, konzeptionelle Arbeit, Umweltmedizin, Sozialmedizin oder auch Infektions- und Katastrophenschutz gewinnen an Attraktivität. Hinzu kommen die überraschend weitgehende Unabhängigkeit in der Versorgung des Einzelfalls und das gute Gewissen, einer „guten Sache“ zu dienen.

Und ich bin mir sicher, es gibt genügend Kolleginnen und Kollegen, die ihren Arztberuf für sozial Randständige, psychisch Kranke, nicht Versicherte und Arme, aber auch für Familien und Schulkinder, für Menschen mit Behinderungen und Infektionskrankheiten im Gesundheitsschutz und in der Umweltmedizin ausüben wollen.

Ich kann Sie nur ermuntern, sich trotz finanzieller Abstriche für die Arbeit im ÖGD zu interessieren – er ist oft die bessere Alternative, wenn man weder im Krankenhaus noch in der Praxis tätig sein möchte.

Claudia Wein



„...du darfst nie vergessen, dass du nicht Krankheiten sondern Kranke heilen willst. ... Werde ein guter Arzt. ... Wenn auch der Abschluss meiner Karriere reichlich scheußlich war, war ich mit meinem Beruf restlos zufrieden und das ist schön am Ende festzustellen“, schreibt 1939 der Schöneberger Gynäkologe Dr. med. Bruno Wolff aus dem belgischen Exil an seinen nach England geflohenen Sohn Fritz. Dieser lebt heute 91-jährig als Frederick Wolff in Baltimore.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Bruno Wolffs Lebensgeschichte können Sie seit Januar 2012 im Rathaus Schöneberg nachlesen. Mit Wolffs biografischem Album und einer weiteren Ärzte-Biografie hat die Dauerausstellung ‚Wir waren Nachbarn‘ ihren diesjährigen Themenschwerpunkt ‚Verfolgte Jüdische Ärzte in Schöneberg‘ eingeleitet. Als zentrale Veranstaltung wird im September 2012 die Sonderausstellung ‚Jüdische Ärzte in Schöneberg‘ – Topographie einer Vertreibung den „Verlust“ von etwa 300 Ärzten – wörtlich – sichtbar machen. Praxen werden im Stadtplan verortet. Schicksale jüdischer Mediziner aus ganz Berlin geben Auskunft über Entrechtung, Verfolgung und Tod.

Diese Sonderausstellung braucht dringend Ihre Unterstützung. Der Bezirk Tempelhof-Schöneberg stellt Räume und laufende Kosten. Die Produktion der Sonderausstellung finanziert der gemeinnützige Verein frag doch! allein aus Spenden. Durch umfangreiches ehrenamtliches Engagement lassen sich die 20.000 € Kosten für die Sonderausstellung auf 13.000 € reduzieren.

Wir bitten Sie hier um Ihre Spende, damit dieses Erinnerungsprojekt für Bruno Wolff, die 300 Schöneberger und die über 2000 jüdischen Ärzte im Berlin der 30er Jahre ermöglicht wird.

Spendenkonto: frag doch! Verein für Begegnung und Erinnerung e.V.
Konto Nr.: 17832280
BLZ 100 208 90, Hypovereinsbank
Stichwort: Ärzteschwerpunkt 2012

Wir freuen uns über Ihre Spende, Ihre Anwesenheit, Ihre Fragen und Impulse. Der Verein „Frag doch“ stellt Ihnen selbstverständlich eine Spendenquittung aus. Ergänzender Hinweis: Wir möchten jeden Spender nennen, bitte geben Sie uns Ihr Einverständnis.

Dr. Ruth Federspiel,
 Projektleiterin ‚Wir waren Nachbarn‘
 Vorstand frag doch!

Dr. Ruth Jacob,
 Kuratorin der Sonderausstellung
 ‚Jüdische Ärzte in Schöneberg‘

UNTERSTÜTZERKREIS

Wir – die Erstunterzeichner/innen – fördern die Sonderausstellung Jüdische Ärzte in Schöneberg – Topographie einer Vertreibung. Diesen „void“ – also den entleerten Raum konkret im verdichteten städtischen Raster sichtbar zu machen, ist eine erste Bestandsaufnahme. Hier bietet sich ein neuer Zugang zu der Frage, wie sich die nationalsozialistische Verfolgung jüdischer Ärzte nach 1933 auf die Patientenversorgung und unsere Medizin heute ausgewirkt hat.

- Dr. Günther Jonitz für den Vorstand der Ärztekammer Berlin
- Prof. Detlev Ganten, ehem. Charité-Vorstand, MDC-Gründungsdirektor, ehem. Vorstandsvorsitzender der Charité - Universitätsmedizin Berlin
- Prof. Volker Hess, Direktor Institut für Geschichte der Medizin, Charité
- Prof. Dieter Janz, em für Neurologie, FU-Berlin
- Dr. Norbert Kampe, Leiter der Gedenkstätte „Haus der Wannsee-Konferenz“
- Prof. Jutta Limbach, Präsidentin des Bundesverfassungsgerichtes i.R.
- Prof. Gesine Schwan, Präsidentin HUMBOLDT-VIADRINA School of Governance
- Dr. Rebecca Schwach, Institut für Geschichte der Medizin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Dr. Hermann Simon, Direktor Stiftung Neue Synagoge Berlin - Centrum Judaicum
- Prof. Fritz von Weizsäcker, Chefarzt Innere Medizin I, Schlossparkklinik, Berlin

Bitte geben Sie diesen Spendenaufruf an Kolleginnen und Kollegen, an Bekannte und Freunde weiter!

Das Rahmenprogramm zur Ausstellung finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de



TITELTHEMA.....

Kampf der Mikroben-Mafia

Von Adelheid Müller-Lissner.....14

Die tödliche Katastrophe von Bremen

Von Sascha Rudat.....20



EDITORIAL.....

Die Arbeit im ÖGD lohnt sich!

Von Claudia Wein.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*..... 6

Nicht Erlebtes falsch gedeutet

Filmkritik
Von Harald Mau.....10

Nahrungsergänzungsmittel: Riskant auch für Patienten, die Cumarin-Antikoagulantien einnehmen

Informationen aus dem Bundesinstitut
für Risikobewertung.....11

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

Delegierte befassen sich mit den Übergangsgeldern des KV-Vorstandes

Bericht von der Delegiertenversammlung
am 22. Februar 2012
Von Sascha Rudat.....22

„Vier von fünf Befragten wür- den wieder Ärztin werden“

Interview mit Astrid Bühnen über ihre
Studie „Ich bin Ärztin“..... 32

Wolf-Dieter Ludwig zum Sechzigsten

Außergewöhnliches Symposium für
einen außergewöhnlichen Querdenker
Von Rosemarie Stein35

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der Ärzttekammer Berlin..... 26

PERSONALIEN.....

Zum 80. Geburtstag von Wolfgang Fischer.....30

In memoriam Hans Igel 31

Zum 90. von Wolfgang Unger..34

Bestandene Facharztprüfungen Januar/Februar 2012.....24

Die Ärztekammer Berlin trauert um ihre verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

..... 38

BUCHBESPRECHUNGEN...

Anke Michel: Die Ärztin..... 30

FEUILLETON.....

Mit den „Klassikern auf Landpartie“

22. Saison der Brandenburgischen
Sommerkonzerte..... 21

Mit Thomas Bernhard in der Irrenanstalt

Von Rosemarie Stein..... 40

Impressum..... 50

Marburger Bund

Viel Prominenz beim Bleibtreu-Empfang

Eine Vielzahl von Prominenten aus der Gesundheitspolitik hat sich beim 2. Bleibtreu-Empfang des Marburger Bundes Berlin/Brandenburg am 10. Februar in Charlottenburg ein Stelldichein gegeben. Unter den insgesamt 80 Gästen in den Büroräumen des MB in der Bleibtreustraße

befanden sich die Senatoren Mario Czaja (Gesundheit und Soziales, Foto rechts) und Michael Müller (Stadtentwicklung), die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer, die Vizepräsidentin im Berliner Abgeordnetenhaus, Anja Schillhaneck, und der

gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Fraktion, Thomas Isenberg. Außerdem waren die Staatssekretärin für Verbraucherschutz, Sabine Töpfer-Kataw, und der brandenburgische Gesundheitsstaatssekretär Daniel Rühmkorf sowie die Landeschefin der Grünen, Bettina

Jarasch, und Charité-Chef Karl Max Einhäupl erschienen. Darüber hinaus hatten sich drei Ärztekammerpräsidenten versammelt: Udo Wolter (Brandenburg), Rudolf Henke (Nordrhein) und Günther Jonitz (Berlin).

srd



ANZEIGE

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt „Häusliche Gewalt“

„Wenn Partnerschaft verletzend wird... – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt“

Gewalt in Partnerschaften ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Partnerschaften stets mit betroffen. Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen, wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten und helfen, den generationenübergreifenden Kreislauf von Opfer- und Täterschaft zu durchbrechen.

Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt ebenso für Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen, in der rechtssicheren Dokumentation, in

der Kenntnis von weiterführenden Hilfen sowie Klarheit über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen.

Die Zusammenarbeit mit weiterführenden Versorgungs-, Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen gewährleistet eine fachkompetente Intervention und entlastet zugleich alle beteiligten Berufsgruppen. Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am 05.05.2012 (10-16 Uhr) sowie am 09.05.2012 (18:30-20:30 Uhr) in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt.

Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Partnerschaften“.



Eine Anmeldung ist erforderlich.

Anmeldeverfahren: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle Hilde Hellbernd, MPH;

Karin Wieners, MPH; Tel.: 030 / 246 30 579; Fax: 030 / 275 95 366



Klinikführer: „Tagesspiegel“ befragt Niedergelassene

Der Berliner „Tagesspiegel“ führt seit fünf Jahren regelmäßig Ärztebefragungen für den Klinikführer von „Tagesspiegel“ und Gesundheitsstadt Berlin durch.

Im Frühjahr wird eine solche Umfrage erneut stattfinden. Ermutigt wird der „Tagesspiegel“ nach eigenen Angaben durch die bis-

lang rege Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an diesen Erhebungen. So hätten sich im Jahr 2009 mehr als 1600 Mediziner an der Befragung beteiligt.

Die Bitte, sich wiederum an der Befragung zu beteiligen, sehen die Initiatoren des Klinikführers auch

vor dem Hintergrund, dass immer mehr Internetportale – wie jüngst auch die von Krankenkassen getragenen – auf den Markt kommen, die jedoch fast ausschließlich durch die Patienten bewertet würden. Die für den Klinikführer verantwortliche Redaktion ist nach eigenen Angaben hingegen der Ansicht, „dass es vor allem der einweisende Arzt ist, der die Behandlungsqualität in Krankenhäusern beurteilen und qualifizierte Empfehlungen geben kann, und man deshalb diese Bewertungen berücksichtigen müsse“.

Neu: Kliniken im Berliner Umland werden einbezogen

In diesem Jahr sollen erstmals auch Brandenburger Kliniken zumindest des Berliner Umlandes in den Vergleich einbezogen werden, „weil immer mehr Brandenburger Ärzte ihren Patienten auch Krankenhäuser in der Hauptstadt empfehlen und dies auch umgekehrt“ geschehe, heißt es.

Die diesjährigen Umfrage-schwerpunkte

In der neuen Umfrage geht es schwerpunktmäßig u. a. um Implantationen künstlicher Gelenke, Herzerkrankungen, gynäkologische Eingriffe, Geburtshilfe, Augenoperationen, urologische Erkrankungen, Bauchchirurgie, Kinderheilkunde und Operationen bei Krebserkrankungen.

Außerdem sollen (wie schon beim Praxisführer 2010/2011) einige wenige Indikationen von ambulanten Spezialpraxen einbezogen werden.

Das in der Vergangenheit bewährte Verfahren, die Ärzte bestimmter Fachgruppen zunächst schriftlich um ihre Klinikempfehlungen für bestimmte Behandlungen zu bitten, soll beibehalten werden. Die kurzen Fragebögen mit jeweils zwei Fragen zu maximal sechs Indikationen sind bereits auf dem Weg an die Ärzte der Fachgebiete Allgemeine und Innere Medizin, Augenheilkunde, Orthopädie, Gynäkologie, Kinderheilkunde und Urologie. Die Initiatoren bitten darum, die Bögen auszufüllen und mit dem beigelegten Freiumschlag zurückzusenden.

Zusätzlich werden Mitarbeiter des „Tagesspiegel“-Servicecenters telefonisch Ärzte um ihre Empfehlungen bitten. Sollte ein niedergelassener Arzt der genannten Fachrichtungen keinen Fragebogen erhalten haben, aber an der Befragung teilnehmen wollen, so kann er die Unterlagen gerne anfordern. Ansprechpartner beim „Tagesspiegel“ ist der Journalist Ingo Bach. Er ist am schnellsten erreichbar per E-Mail: ingo.bach@tagesspiegel.de

ANZEIGEN

MUT

Allgemeinmedizin/Internist für Obdachlosenpraxis gesucht

Sind Sie interessiert, Ihr medizinisches Wissen der Arztpraxis für Obdachlose der MUT Gesellschaft für Gesundheit in der Weitlingstr. 11 in 10317 Berlin, zur Verfügung zu stellen? Dort ist eine (Teilzeit-)Stelle ab 01.04.2012 neu zu besetzen.

Ihre Bewerbung schicken Sie bitte an: MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH

Personalabteilung, Frau Bein
Rudolfstr.11, 10245 Berlin

oder per E-Mail an:
ute.bein@mut-gesundheit.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



MEDIAN Klinik Berlin-Kladow

Zum 1. Februar hat Dr. med. Christian Dohle, MPhil., zuvor Oberarzt an der Klinik, die Leitung der neurologischen Abteilung und die Ärztliche Direktion der MEDIAN Klinik Berlin-Kladow, Fachklinik für neurologische und orthopädische Rehabilitation, übernommen. Er tritt in die Fußstapfen von Professor Dr. med. Karl-Heinz Mauritz der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

DRK Kliniken Berlin/Köpenick

Seit dem 1. März ist Professor Dr. med. Robert Stingele neuer Chefarzt der Klinik für Neurologie der DRK Kliniken Köpenick. Prof. Stingele war zuvor an der medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel als Professor für Neurologie tätig. Seine Vorgängerin, Dr. med. Sabine Fitzek, hat das Unternehmen verlassen.

DRK Kliniken Berlin/Westend

Mit der Neueröffnung der Hauptabteilung der Klinik für Augenheilkunde, bereits zum 1. April vorigen Jahres, die zuvor eine Belegabteilung war, wurde Privatdozent Dr. med. Klaus-Martin Kreusel zum Chefarzt der Klinik berufen. Zuvor war Kreusel Leiter des Augenzentrums Westend.

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

Personalie

Gerd Antes zum Honorarprofessor ernannt



Der Leiter des Deutschen Cochrane Zentrums in Freiburg, Dr. rer. nat. Gerd Antes, ist von der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg als Pionier der evidenzbasierten Medizin (EbM) ausgezeichnet worden. Die Medizinische Fakultät ernannte Antes im Februar zum Honorarprofessor. Der Mathematiker wurde damit für seine erfolgreiche Tätigkeit im Bereich der wissenschaftlich fundierten Medizin geehrt. Als Leiter des Deutschen Cochrane Zentrums hat er in den vergangenen Jahren wissenschaftliche Pionierarbeit dabei geleistet, alle klinischen Studien zu einem Thema objektiv zu bewerten, damit nur wirklich gesicherte Ergebnisse Eingang in die klinische Praxis finden.

Seit 1997 ist Antes Direktor des Cochrane Centrums und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik am Universitätsklinikum Freiburg. Er ist Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien des Gesundheitswesens, insbesondere zur Förderung der EbM.

Lithiumsalze

nephrologische UAW

Bei bipolaren Erkrankungen werden Lithiumsalze (Hypnorex®, Quilonum®, Generika) erfolgreich eingesetzt – trotz zahlreicher unerwünschter Wirkungen (UAW) bei Abgleiten in den toxischen Bereich des Serumspiegels (ab 1,5 - 2,0 mmol/l). Die geringe therapeutische Breite erfordert eine Kontrolle der Serumspiegel mindestens vierteljährlich (bei engmaschiger Kontrolle beim Einschleichen). Die Gabe u.a. von Thiazid-Diuretika, NSAID (außer ASS) und Spironolacton können die Lithiumspiegel erhöhen.

Nephrotoxisches Potential von Lithiumsalzen :

- Ein beim Absetzen reversibler Diabetes insipidus mit Polyurie und Polydipsie lässt sich bei 20 bis 40 % der Patienten nachweisen.
- Darüber hinaus kann unter langjähriger Therapie eine Lithium-induzierte Nephropathie mit Mikrozysten (bei bis zu 62 % der Patienten) entstehen.
- Die Möglichkeit des Auftretens einer chronischen Niereninsuffizienz erfordert regelmäßige Kontrollen des Serum-Kreatinin-Spiegels.
- Der Nachweis einer Hyperkalzämie bei 15 - 20 % der Patienten erfordert eine Umstellung der Therapie. Der dieser UAW zugrunde liegende Hyperparathyreoidismus ist erst Monate nach Absetzen rückläufig.

Quelle: Dtsch Med Wschr. 2012; 137: 143-8

Einnahmefehler

Koma, Sepsis

Eine 60-jährige Patientin mit bekannter Leberzirrhose wurde mit Verdacht auf ein Leberausfallkoma stationär aufgenommen. Trotz regelgerechter Therapie verschlechterte sich der Zustand der Patientin, unklare Peritonitiszeichen waren unter Antibiotikagabe therapieresistent, Ergebnis: eine letal verlaufende Sepsis. Die Obduktion ergab eine Darmperforation durch eine scharfkantige Ecke einer Blisterpackung, die mit einer Schere zu einzelnen Tabletten zu rechtgeschnitten wurde.

Orale Aufnahme eines Zäpfchens oder einer Vaginaltablette (zum Teil mit Verpackung), Verwechslung von Milliliter (ml) mit Meßlöffel (ML) und der oben genannte Fall: zahlreiche Möglichkeiten von Einnahmefehlern sollten insbesondere bei multimorbiden Patienten in Betracht gezogen werden.

Eindeutige Hinweise, vorzugsweise schriftlich, zur Art der Anwendung eines Arzneimittels (bis hin zur persönlichen Verabreichung) können derartige Fehler minimieren.

Quelle: Dtsch Med Wschr. 2012; 137: 126-30

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

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 3/2012

F I L M K R I T I K

Nicht Erlebtes falsch gedeutet

„Barbara“ – ein Film über Ärzte in der DDR. Das interessiert, da geht man hin. Bei einem so hoch gelobten, hoch dekorierten und hoch geförderten Film erwartet man Besonderes. Und das wird auch geboten. Zwei exzellente Hauptdarsteller (Nina Hoss und Ronald Zehrfeld) und als Drittes ein Stasibüttel (Rainer Bock), der so beklemmend echt wirkt, dass man glauben könnte, er spiele sein früheres Leben. Dieser in der DDR der frühen Achtziger stattfindende sozialistische Alltag ist gut getroffen. Die Zweitakter, der bröckelnde Putz, die fehlende Farbe – das Äußere stimmt.

Aber dann wird es ungenau. Die Darstellung der Menschen, der Gesellschaft, ist falsch. Regisseur und Drehbuchautor Christian Petzold ging das Risiko ein, niemals Erlebtes zu deuten. Das ging schief.

In diesem Handlungsfeld mit wenigen Figuren fehlt die „führende Rolle der Partei“. Eine nach Haft in ein Provinzkrankenhaus strafversetzte Charité-Ärztin wäre der Parteigruppe des Krankenhauses übergeben worden, niemals einem einzelnen, und wenn es auch der Genosse Chefarzt wäre. Die Parteigruppe hätte mit nimmermüder Fürsorge die verloren gegangene Liebe zur DDR wiedererwecken müssen. Und dass der Ärztin Westgeld in die DDR gebracht wurde, damit sie den Fluchthelfer entlohnen konnte – so etwas Dämliches gibt es sonst nur bei James Bond. Das in der DDR eingesperrt sein wird in diesem Film verniedlicht. Da kommt eben mal einer mit dem Mercedes aus Düsseldorf und geht mit seiner Geliebten ein Stündchen ins Kornfeld. Noch alberner die Flucht über die Ostsee. Wenn es so einfach gewesen wäre, in den

Westen abzuhausen, würde es nicht über 200 Tote an der Mauer und einige Tausend in den Gefängnissen gegeben haben.

Leider war auch das, was vom Krankenhaus gezeigt wurde, ein bisschen daneben. Auch in der DDR wurden Narkosen von Ärzten gemacht, die dazu ausgebildet waren und es konnten und nicht von solchen, bei denen in der Stasi-Akte stand, dass sie es irgendwann gemacht hätten. Und eine Trepanation wurde in Bezirkskrankenhäusern durch Neurochirurgen nach entsprechender Diagnostik durchgeführt und nicht nach Gefühlslage auf dem „Küchentisch“ des Provinzkrankenhauses. Gut wäre gewesen, wenn von den Fördermitteln ein kleiner Betrag für eine sachkundige Beratung investiert worden wäre. So ist es eine fabelhaft gespielte Geschichte und, was das Ende betrifft, ein Märchenfilm geworden.

Prof. Dr. Harald Mau

www.barbara-der-film.de

Nahrungsergänzungsmittel: Riskant auch für Patienten, die Cumarin- Antikoagulanzen einnehmen

Glucosaminhaltige Nahrungsergänzungsmittel bergen für Patienten, die Cumarin-Antikoagulanzen einnehmen, ein Gesundheitsrisiko. Glucosamin kann die blutgerinnungshemmende Wirkung der Medikamente verstärken und zu Blutungen führen. Glucosamin ist ein Aminosucker, der als Arzneimittel bei Arthrosen im Knie verwendet wird. In Mengen, die unterhalb der pharmakologischen Wirkung liegen, wird Glucosamin zudem in Nahrungsergänzungsmitteln eingesetzt; Nahrungsergänzungsmittel gelten rechtlich als Lebensmittel.

Bereits in den Jahren 2007 und 2010 hatte das BfR auf das gesundheitliche Risiko hingewiesen, das mit Glucosamin-haltigen Nahrungsergänzungsmitteln verbunden ist. In seinen Stellungnahmen hatte das BfR Patienten, die Cumarin-Antikoagulanzen zur Hemmung der Blutgerinnung einnehmen, als Risikogruppe benannt.

Nahrungsergänzungsmittel mit dem Inhaltsstoff Glucosamin werden in Deutschland und in der Europäischen Union mit verschiedenen gesundheitsbezogenen Angaben („Health Claims“) vertrieben. So sollen die Produkte nach Angaben der Hersteller beispielsweise zur Erhaltung der Beweglichkeit der Gelenke beitragen. Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) hat darauf hingewiesen, dass diese Produkte für Personen, die Cumarin-Antikoagulanzen zur Hemmung der Blutgerinnung einnehmen müssen, gesundheitliche Risiken bergen. Die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) hat diese Einschätzung des BfR nun bestätigt: Die Behörde gelangte übereinstim-

mend mit der Bewertung des BfR zu der Schlussfolgerung, dass Belege für das Risiko von Wechselwirkungen zwischen Glucosamin und Cumarin-Antikoagulanzen vorliegen.

Glucosamin kann zu einer Verstärkung der blutgerinnungshemmenden Wirkung der Medikamente führen, das heißt diese kann unversehens stärker als erwartet ausfallen. Eine mögliche Folge ist das Auftreten von Blutungen. In den meisten der berichteten Fälle handelte es sich um symptomlose Laborwertveränderungen. In einigen Fällen traten jedoch Blutungen in verschiedenen Organen auf, in einem Fall mit der Folge einer schweren Hirnblutung.

Irreführende Angaben

Die EFSA hatte sich zudem in den vergangenen Jahren mit den Wirksamkeitsbehauptungen von Glucosamin nach der sogenannten Health-Claims-Verordnung der EU beschäftigt. In den bisher veröffentlichten Gutachten zu mehreren eingereichten gesundheitsbezogenen Angaben für Glucosamin als Lebensmittelinhaltsstoff hat die Behörde festgestellt, dass keine ausreichenden wissenschaftlichen Belege für die Wirksamkeit im Hinblick auf die gesunde Allgemeinbevölkerung vorgelegt wurden. Mit irreführenden Angaben dürfen Lebensmittel nach den deutschen und europäischen Rechtsvorschriften nicht vertrieben werden.



Skandalisierung von Fehlerstatistiken schadet der Patientensicherheit

Am 16. Februar 2012 titelte die Bild-Zeitung „1712 Todes-Fälle durch Ärztepfsuch“. Sie bezog sich dabei auf eine vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Todesursachen-Statistik (veröffentlicht über Bundestag Drucksache 17/8538, S. 63ff).

Die zitierte Statistik dokumentiert gemeldete Todesursachen in einer amtlichen Klassifikation (ICD 10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) in der zum Teil auch Behandlungs komplikationen und -fehler erfasst werden. Ein realistisches Abbild über die Häufigkeit der Behandlungsfehler insgesamt und deren Entwicklung in Deutschland lässt sich alleine über die gemeldeten Fälle in der Todesursachenstatistik nicht erstellen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Anstieg der gemeldeten Todesfälle, die auf Behandlungsfehler zurückzuführen sind, eine verstärkte Wahrnehmung dieser Problematik unter den Heilberufen widerspiegelt.

Unzulässig und geradezu unlauter ist die Schlussfolgerung, die berichteten Todesfälle seien alle

auf Fehlverhalten („Pfsuch“) zurückzuführen. Über die Ursachen der aufgeführten Behandlungskomplikationen bietet diese Statistik keine Informationen. Dieser unqualifizierte Umgang mit Fehlerstatistiken schadet der weiteren Entwicklung einer zuverlässigen Erhebung von nicht vermeidbaren Komplikationen und vermeidbaren Behandlungsfehlern. Sie dient nicht der notwendigen Weiterentwicklung der Sicherheitskultur in Deutschland und schadet letztlich der Patientensicherheit!

In allen Gesundheitssystemen weltweit stellen Behandlungsfehler unbestritten ein hochrangiges, ernstes Problem der gesundheitlichen Versorgung dar. In vielen Staaten laufen daher Anstrengungen zum Ausbau der Patientensicherheit – auch in Deutschland. Um Vorstellungen über das Ausmaß des Problems zu erhalten, wurden vorhandene wissenschaftliche Studien über die Wahrscheinlichkeit von Behandlungsfehlern systematisch ausgewertet (APS, Agenda

Patientensicherheit 2007). Die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Analyse legen den Schluss nahe, dass geschätzt bei 0,1% aller Krankenhauspatienten mit einem Behandlungsfehler mit Todesfolge zu rechnen ist (ebd. S. 8, 26). Für Deutschland ist demnach von ca. 17.500 Todesfällen nach Behandlungen im Krankenhaus auszugehen.

Diese hochgerechnete Zahl bezieht sich alleine auf die Behandlungen im Krankenhaus – die ambulanten Behandlungen sind damit nicht erfasst. Die enorme Dimension dieses medizinischen Versorgungsproblems und die entsprechenden Herausforderungen sind damit ausreichend gekennzeichnet. Es gilt: Jeder einzelne Todesfall durch einen Behandlungsfehler ist ein Todesfall zu viel.

Aus den internationalen Studien wissen wir aber auch, dass knapp die Hälfte der unerwünschten Ereignisse bei einer Krankenhausbehandlung – wenn es also durch die Behandlung zu einem Schaden am Patienten kommt – NICHT vermeidbar ist. Die Rede vom Ärztepfsuch ist ein beliebtes und in den Medien häufig verwendetes Bild, das das Problem unzulässig vereinfacht und einzelnen Ursachen zuschreibt. Die Realität sieht jedoch anders aus.

Denn: Vermeidbare unerwünschte Ereignisse im Behandlungsprozess sind sehr häufig nicht an einer einzelnen Ursache fest zu machen. Fehleranalysen zeigen, dass bei „menschlichem Versagen“ Defizite in der Struktur der Einrichtung, in der Organisation und dem Prozessablauf verbun-

den mit Zeitdruck und dadurch ausgelöster Unaufmerksamkeit wesentliche Ursachen sind. Deshalb sind Analysen von Risiken, die Wahrnehmung und Meldungen von unerwünschten Ereignissen (ob vermeidbar oder unvermeidbar) auch in Bezug auf Medizinprodukte, Arzneimittel und deren Anwendung sowie der offene Umgang mit Fehlern von größter Wichtigkeit für eine nachhaltige Sicherheitskultur in unseren Kliniken.

Unsere Anstrengungen müssen sich auf die Reduktion von Behandlungsfehlern (vermeidbare unerwünschte Ereignisse) und den Ausbau der Patientensicherheit konzentrieren. Dazu dürfen Fehler nicht verschwiegen werden. Sie müssen registriert und analysiert werden, damit die Chance erhöht wird, diese zukünftig zu vermeiden.

Dafür zu sorgen, dass dies in den Kliniken möglich ist und auch geschieht, ist Aufgabe der Träger der Krankenhäuser.

Gleichsam sind in der Ausbildung der Heil- und Pflegeberufe alle Aspekte der Patientensicherheit deutlich zu berücksichtigen: Teamarbeit, Kommunikation, Hygiene, der sichere Umgang mit Arzneimitteln, das Lernen aus Fehlern, die Beteiligung von Patienten. Die Skandalisierung von Fehlern ist kontraproduktiv und schadet dem weiteren Ausbau der Patientensicherheit.

www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de/apsside/Agenda_2007_mit_Titelblatt.pdf

www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de

Weiterbildungskurs

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 Uhr
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: 28 Euro, 42 Fortbildungspunkte

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



Die Preisträgerinnen Claudia Gehre, Diewertje Sluik und Dr. Ines Ziegler (v.l.n.r.). Im Hintergrund: Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz, Professor Ulrike Maschewsky-Schneider (BSPH) und Professor Dieter Kleiber (FU).

Hertha-Nathorff-Preis für beste Masterarbeiten verliehen

Drei Preisträgerinnen sind mit dem diesjährigen Hertha-Nathorff-Preis ausgezeichnet worden. Bereits seit 1995 würdigt die Ärztekammer Berlin damit jährlich die besten Berliner Masterarbeiten im Bereich Public Health. Der mit insgesamt 2.500 Euro dotierte Preis ist nach der jüdischen Ärztin Hertha Nathorff benannt, die in den 30er Jahren von den Nationalsozialisten verfolgt wurde und in die USA emigrieren musste. Eine unabhängige, von der Ärztekammer Berlin berufene Jury wählte die besten aus 26 höchstbenoteten Magisterarbeiten von Absolventen der gesundheitswissenschaftlichen Aufbaustudiengänge der Berlin

School of Public Health an der Charité und des Studiengangs „Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung“ der FU Berlin aus.

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, würdigte bei der Preisverleihung am 2. März auf dem Campus Virchow-Klinikum der Charité das hohe Niveau der ausgezeichneten Masterarbeiten. Er forderte die Absolventinnen und Absolventen auf, sich in die gesundheitspolitische Diskussion einzumischen und machte zugleich Themenvorschläge für künftige Masterarbeiten: „Public Health muss unbequem sein.“

Die Preisträgerinnen

1. Preis

Der mit 1.250 € dotierte 1. Preis geht an Diewertje Sluik für ihre Arbeit mit dem Titel: „Physical Activity and Mortality in Individuals with Diabetes Mellitus: A Prospective Study and Meta-Analysis“. Sie untersucht den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Mortalität bei Diabetikern. Das Thema wurde mit qualitativ hochwertigen statistischen und epidemiologischen Methoden bearbeitet und leistet einen wichtigen Beitrag zur Evidenz im Bereich der körperlichen Empfehlungen bei Diabetikern. Die Autorin konnte nachweisen, dass bereits eine mäßige kör-

perliche Aktivität das Mortalitätsrisiko absenken kann. Dies ist eine wichtige Information für Diabetiker, bereits durch eine einfache Änderung des Lebensstils wesentlich zu ihrer Gesundheit selbst beizutragen.

2. Preis

Für ihre Arbeit mit dem Titel „Frauenspezifische Risiken für unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln in der Anästhesie – Systematisches Review und Handlungsempfehlung“ erhält Dr. med. Ines Ziegler den 2. Preis, der mit 750 Euro dotiert ist. Die Autorin hat ein sehr wichtiges Thema im Schnittfeld von Public Health, pharmakologischer Versorgungsforschung und Genderforschung bearbeitet. Die Ergebnisse des umfangreichen systematischen Reviews haben gezeigt, dass bei der Anwendung von Anästhetika geschlechtsspezifische Unterschiede im Auftreten von unerwünschten Wirkungen bestehen.

3. Preis

Den 3. Preis (500 €) erhält die Arbeit mit dem Titel „Das Ampelsystem und andere Nährwertkennzeichnungssysteme in der Lebensmittelindustrie“ von Claudia Gehre. Thema der Arbeit sind die unterschiedlichen Nährwertkennzeichnungssysteme in der Lebensmittelindustrie. Die Autorin führte qualitative Interviews mit unterschiedlichen Akteuren aus den Bereichen Verbraucherschutz/Politik/Wissenschaft/Lebensmittelindustrie, um ein breites Meinungsbild von Experten zur Lebensmittelkennzeichnung zu ermitteln. Die Ergebnisse liefern wichtige Erkenntnisse, aus welchen Gründen einzelne Kennzeichnungssysteme bevorzugt oder abgelehnt werden. Eine wichtige praxisrelevante Schlussfolgerung der Arbeit ist, dass eine Nährwertkennzeichnung nur dann einen erfolgreichen Beitrag bei der Bekämpfung der Übergewichtsproblematik leisten kann, wenn Verbraucher diese auch verstehen.



KAMPF DER MIKROBEN-MAFIA

Wir leben in einer Gesellschaft, der Reinlichkeit auf höchstem Niveau längst selbstverständlich scheint. „Vor dem Essen, nach dem Essen, Händewaschen nicht vergessen“, das lernen wir schon im Kindergarten. Duschen, Deo, Dentalhygiene werden später im heimischen Badezimmer zur täglichen Routine, in vielen Haushalten wird inzwischen des vermeintlich Guten zu viel getan, dort kommen beim Putzen sogar Desinfektionsmittel zum Einsatz.

Im Krankenhaus wird sie ohnehin vorausgesetzt, die berühmte „klinische Sauberkeit“. Von Ignaz Semmelweis und seiner bahnbrechenden Erkenntnis, dass Ärztehände besonders prädestiniert sein können, den Tod zu bringen, haben die meisten Mediziner schließlich längst vor Beginn ihres Studiums gehört. Ein für allemal abgehakt ist das Thema Hygiene damit leider nicht.

Von Adelheid Müller-Lissner



Hygiene in Klinik und Praxis: Bewährte Standards, neue Herausforderungen

HMoS ist ebenso unsichtbar wie unbestechlich. Das Intelligente Handhygiene Monitoring System weiß genau, wie viele Male in den letzten Tagen, Wochen, Monaten an jedem einzelnen Desinfektionsmittelspender auf der neuen großen Intensivstation der Charité am Campus Benjamin Franklin ein Paare Hände desinfiziert wurden: Sendemodule, die in die Spender eingebaut sind, machen eine direkte und automatische Erfassung möglich. Das schlaue System, das an der Fachhochschule Gelsenkirchen ersonnen und entwickelt wurde, war zuerst im Marienhospital Mülheim an der Ruhr im Einsatz. In Steglitz bot sich vor kurzem dann auch noch die Möglichkeit, die gesamte Intensivstation, auf der 38 Patienten behandelt werden können, neu zu konzipieren. „Wir konnten also genaue Absprachen über die Platzierung der Spender treffen“, berichtet Dr. med. Justus Hilpert, Oberarzt und Leiter der Intensivstation.

Aus Erfahrung weiß Hilpert, dass weite Wege der Compliance von Ärzten und Pflegekräften in Sachen Handhygiene nicht gerade dienlich sind. „Die Spender wurden also möglichst in Armreichweite angebracht, ein weiterer besonderer Vorzug liegt darin, dass sie automatisch eine Dosis Desinfektionsmittel

abgeben.“ Im Rahmen einer Studie, die Hilpert gemeinsam mit dem Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité gestartet hat, soll nun herausgefunden werden, ob dieser Komfort die Compliance tatsächlich erhöht. L'Art pour l'art ist das keineswegs. Auch heute ziehen sich in Deutschland in jedem Jahr 400.000 bis 600.000 Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten medizinischen Behandlung eine Infektion zu. Schätzungsweise zwischen 7.500 bis 15.000 von ihnen sterben jährlich daran. Viele der nosokomialen Infektionen werden durch Erreger verursacht, die gegen Arzneimittel resistent und deshalb schwer zu behandeln sind. Größtes Problem ist Multiresistenz, der prominenteste Problemkandidat der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus, kurz MRSA.

Ihr Fach sei heute nicht allein in der Frage gefordert, wie man die Erreger an der Weiterverbreitung hindern kann, sagt Prof. Dr. med. Petra Gastmeier, Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité. „Großen Forschungsbedarf haben wir auch, was ihre Entstehung und was die sachgerechte Verordnung von Antibiotika betrifft.“ Die praktischen Probleme könne man längst als Krankenhaushygieniker nicht mehr allein lösen, sagt



Dr. med. Justus Hilpert

Gastmeier. „Wir müssen die strikten Sektorgrenzen überwinden, schon weil auch die Keime sich nicht an sie halten.“ Aber auch für die Patienten sei es wichtig, nicht durch die unterschiedlichen Maßstäbe und Maßnahmen verschiedener Einrichtungen verwirrt zu werden. „Warum kommen etwa die Rettungssanitäter mit Mundschutz, aber in der Notaufnahme des Krankenhauses gibt es keinen?“ In der Zwischenzeit haben sich, auf eine Empfehlung der Konferenz der Gesundheitsminister der Länder aus dem Jahr 2006 hin, regionale Netzwerke gegen MRSA gebildet, so auch in einigen Berliner Bezirken, beginnend mit Marzahn-Hellersdorf.

Foto: privat
Prof. Dr. med. Petra Gastmeier

Gefahrenträchtige „devices“

Die gefährlichen Keime sind das eine, die besonders empfindlichen, besonders schwer kranken und teilweise auch besonders alten potenziellen Opfer dieser Keime das andere. Das verhängnisvolle Trio wird aber komplettiert durch einen geeigneten Übertragungsweg, und hier kommen die Mitarbeiter von Krankenhäusern und Pflegeheimen ins Spiel: Zwanzig bis dreißig Prozent aller nosokomialen Infektionen wären allein durch eine bessere Einhaltung von bekannten Regeln der Infektionshygiene vermeidbar, so lauten die derzeitigen Schätzungen des Charité-Instituts. Das würde bedeuten, dass jedes Jahr in Deutschland 1500 bis 4500 Todesfälle vermieden werden könnten, die auf solche Infektionen zurückgehen.

„Die meisten nosokomialen Infektionen werden durch die körpereigene Flora des Patienten hervorgerufen, etwa durch Erreger auf der Haut, Schleimhaut oder im Darm des Patienten“, sagt Gastmeier. Ihren Weg in normalerweise sterile Körperbereiche des Wirts finden die Erreger vorzugsweise durch sogenannte „devices“ wie Harnwegkatheter, Gefäßkatheter und Trachealtuben. Selbstverständlich können auch andere Patienten oder das Personal Quelle von nosokomialen Infektionen sein, wenn sie etwa Träger von Hepatitis B- oder C-Viren

oder von *Staphylococcus aureus* in der Nase sind. „Gegenstände in der Umgebung der Patienten sind dagegen selten Ursache für die Entwicklung von nosokomialen Infektionen“, sagt Gastmeier.

Vor 15 bis 20 Jahren wurde in Fachkreisen eine heftige, teilweise fast weltanschaulich anmutende Debatte darüber geführt, ob auch die Nachtkästchen und andere Flächen in allen Krankenzimmern desinfiziert werden sollten. Um dieses Thema ist es inzwischen stiller geworden, nicht zuletzt weil in den Instituten ein Generationswechsel stattgefunden hat. „Vor allem aber hat die Einsicht gesiegt, dass wir wichtigere Probleme haben und nicht über so etwas vergleichsweise Nebensächliches streiten sollten“, sagt Gastmeier. Das Thema, das die Chefin des Charité-Instituts sich zur Herzensangelegenheit gemacht hat, wirkt unscheinbar und ist doch zentral: Die (mangelnde) Sauberkeit der Hände von Ärzten und Pflegekräften.

Aktion „Saubere Hände“

Der Name Aktion „Saubere Hände“ mag politisch interessierte Italiener sofort an die „Mani pulite“ erinnern, jene legendäre juristische Großoffensive gegen Korruption, Amtsmissbrauch und illegale Parteienfinanzierung zu Beginn der 90er Jahre. Missstände sind es allemal, die in beiden Fällen bekämpft werden sollen: Nur hat die Aktion „Saubere Hände“ das Ziel, die Compliance der Händedesinfektion in deutschen Krankenhäusern deutlich und nachhaltig zu erhöhen und auf diese Weise die Zahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen zu senken. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit, die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. und das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen haben die Aktion für deutsche Gesundheitseinrichtungen ins Leben gerufen, nachdem sich im Jahr 2005 162 Staaten dieser Erde auf Initiative der WHO hin auf solche Kampagnen verpflichtet hatten.

700 von rund 1.700 Akutkrankenhäusern im Bundesgebiet beteiligen sich inzwischen. In Berlin sind neben der Charité das Bundeswehrkrankenhaus, die Elisabeth Klinik, die Evangelischen Krankenhäuser Hubertus, Königin Elisabeth Herzberge und Waldkrankenhaus Spandau, das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, die Helios-Kliniken in Buch und Zehlendorf, das Paulinenkrankenhaus, die S + A Klinik für MIC, die Sana Kliniken, das Unfallkrankenhaus und die Krankenhäuser St. Gertrauden und St. Joseph Tempelhof dabei. Sie alle verpflichten sich, den Verbrauch an Händedesinfektionsmittel oder, durch direkte Beobachtung, die Compliance zu überwachen – in der Hoffnung, sie zu steigern, nicht zuletzt durch Schulungen der Mitarbeiter. Um die Technik der Händedesinfektion zu verbessern, haben sich zum Beispiel Schwarzlichtlampen bewährt, unter die die Hände anschließend gehalten werden, um den Erfolg optisch erkennbar zu machen. In den beteiligten Häusern ist tatsächlich innerhalb der ersten drei Jahre eine Steigerung um 36 Prozent zu verzeichnen. Die Schulungsinhalte basieren auf den Empfehlungen der WHO (ein Beispiel siehe Kasten).

„Wir haben uns in den ersten Jahren ganz auf Krankenhäuser konzentriert und dann Alten- und Pflegeheime einbezogen, jetzt kümmern wir uns verstärkt auch um den niedergelassenen



» Oft hört man sagen, die Hygiene oder Gesundheitslehre sei eine neue Wissenschaft, und erst jetzt beginne eine erfolgreiche, rationelle Gesundheitspflege; aber die Hygiene ist ihren tatsächlichen Grundlagen nach so alt, wie das Menschengeschlecht, welches sie von jeher erfahrungsgemäß und instinktmäßig betrieben hat, gerade so wie Essen und Trinken. Wenn die Menschen hätten warten müssen, bis ihnen die Wissenschaft Anleitung gegeben hätte, wenn sie nicht von Anfang an praktisch hygienisch vorgegangen wären, so hätten sie sich nie über den thierischen Zustand hinaus entwickeln, sich nie über die ganze Erdoberfläche verbreiten können, gerade so wie sie verhungert und verdurstet wären, wenn der Gebrauch von Speise und Trank davon abhängig gewesen wäre, daß man zuvor die Gesetze der Ernährung gekannt hatte. Neu ist nur, daß man jetzt nach einer wissenschaftlichen Begründung der praktischen Hygiene sucht.«

(Aus: Max von Pettenkofer, Was ist und was will „Gesundheitslehre?“, 1878)

Bereich“, berichtet Gastmeier. In Berlin beteiligt sich neben verschiedenen Rettungsdiensten und OP-Zentren auch eine in Zehlendorf ansässige orthopädische Gemeinschaftspraxis an der Aktion „Saubere Hände“. „Die Anregung dazu brachten im letzten Jahr mehrere unserer Angestellten von einer Fortbildung mit“, berichtet Dr. med. Raimund Stammeier, der die Praxis zusammen mit seinem Kollegen Dr. med. Reinhard Koch führt. Kurz zuvor hatte das Team erstmals die leidvolle Erfahrung gemacht, dass MRSA auch vor der Tür einer Facharztpraxis nicht Halt macht. Das könnte zur Sensibilisierung für das Thema Hygiene beigetragen haben.

Fragile Frühchen

„Ärzte aus Fachgebieten, die besonders vulnerable Patienten betreuen, sind für die Hygieneproblematik von vorne herein besonders sensibel“, so Gastmeiers einleuchtende Erfahrung. Neonatologen gehören ohne Zweifel dazu. Die Allerkleinsten sind schließlich von Infektionen am meisten gefährdet: Bei unreif geborenen Babys sind auch die Grenzmembranen der Haut und der Innenauskleidung des Darms noch nicht so dicht, dass sie Erreger effektiv abwehren könnten. Zudem ist ihr Immunsystem noch nicht ausgereift. Bakterien, die zur Standortflora gehören, sind deshalb wesentlich schlechter in Schach zu halten. „Auch wenn man alles richtig macht, kommt es bei den extrem sensi-

blen Frühgeborenen immer wieder zu nosokomialen Infektionen“, sagt der Neonatologe PD Dr. med. Frank Jochum, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau. Umso wichtiger sei es, alle Vorfälle kritisch aufzuarbeiten, auch die aus anderen Häusern und Orten, von denen man etwa durch die Medien erfährt. „Oft erkennt man dabei, dass kein greifbares Verschulden vorliegt.“

Ein dauerhaft sicheres Ruhekitzen bietet diese Erkenntnis nicht. Jochum findet es besonders wichtig, immer wieder zu überprüfen, wie die eigene Klinik im Vergleich mit anderen dasteht. NEO-KISS, das Surveillance-System für nosokomiale Infektionen bei Frühgeborenen auf neonatologischen Intensivstationen, stellt solche Vergleichsdaten zur Verfügung. Eingeschlossen sind alle Kinder, die mit weniger als 1.500 Gramm auf die Welt kamen und bei ihrer Entlassung – oder ihrem frühen Tod – über 1.800 Gramm wogen. Die Infektionsarten, die erfasst werden: Pneumonien, primäre Sepsis und nekrotisierende Enterokolitis. Verbesserungspotenzial gebe es hier immer, betont Jochum. Ein zentraler Punkt ist für ihn dabei der zurückhaltende Umgang mit Antibiotika. „Wir brauchen sehr gute Strategien, um sie sinnvoll einzusetzen, ohne eine aggressive Flora zu züchten.“

Über nosokomiale Infektionen und penible Krankenhaushygiene mussten sich Neonatologen seit den Anfängen der

Intensivmedizin für Frühgeborene Gedanken machen. Früher hat man dabei aber eher auf Medikamente und Technik gesetzt, prinzipiell Antibiotika gegeben, häufiger beatmet und länger künstlich ernährt. „Inzwischen sind wir immer kritischer geworden in dem, was wir anbieten“, sagt Jochum. Zentrale Katheter und Intubation werden als mögliche Transportmittel für Krankheitserreger zurückhaltend eingesetzt. „Wir möchten Risiken minimieren statt Rekorde aufzustellen.“ Ein heikles Thema ist dabei manchmal auch der prinzipiell sehr erwünschte Besuch der Familien. Eltern schauten durchaus besorgt, wenn die Besucher am Nachbarbett husten oder ihr Taschentuch zücken, berichtet Jochum. Kinder, die ihr winziges neues Geschwisterchen in der Klinik besuchen, werden deshalb in der Regel zuvor von einem der Ärzte kurz angeschaut. Jochum plädiert auch in diesem Punkt für Umsicht.

Um sie walten zu lassen, müssen allerdings genug Pflegekräfte und Ärzte vorhanden sein. Ideal wäre, wenn sie überhaupt nicht von einem Frühchen zum anderen wandern müssten. „Kommt es bei einem der Kinder zu einer Apnoe, so müssen wir schließlich schnell handeln, dann ist es schwer, die Zeit für eine gewissenhafte Desinfektion zu finden“, gibt Jochum zu bedenken.



Personalmangel: Eine Chance für die Erreger

In einer aktuellen Stellungnahme zum Ärztemangel in der Krankenhaushygiene macht auch der Arbeitskreis „Krankenhaus- und Praxishygiene“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sich über den heiklen Punkt Personalschlüssel Gedanken. „In diesem Zusammenhang wird eines der gravierendsten Probleme der Krankenhaushygiene vollständig übersehen: Zwar kann per Gesetz oder Verordnung Krankenhäusern vorgeschrieben werden, eine bestimmte Anzahl von Hygienefachpersonal (auf der pflegerischen wie der ärztlichen Ebene) zu beschäftigen, wie aber soll verfahren werden, wenn diese Personen auf dem Arbeitsmarkt nicht verfügbar sind?“ Auf der Ebene der Pflege könne der derzeitige Mangel in absehbarer Zeit wahrscheinlich behoben werden, so der Arbeitskreis, denn Hygienefachkräfte würden inzwischen zunehmend ausgebildet. Anders bei den Ärzten: Die Zahl der Weiterbildungsstellen sei in den letzten Jahren kontinuierlich reduziert worden, und auch die Zahl der Ausbildungsorte nehme ab. Inzwischen haben nur noch elf von 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland einen Lehrstuhl für Hygiene und Umweltmedizin. „Bund und Länder fordern etwas, dessen Abschaf-

fung die Bundesländer gleichzeitig an ihren Universitäten zulassen.“ Der Arbeitskreis fordert nicht allein die Neuschaffung von Lehrstühlen, sondern auch eine bundeseinheitliche Festschreibung der Inhalte aus dem Fachgebiet Hygiene, die in den Curricula anderer Fachdisziplinen in Zukunft zu berücksichtigen sind. „Wir brauchen beides, mehr Basiswissen und mehr Experten“, verpflichtet Gastmeier bei.

Bis zum 31. März sollten die Bundesländer, dem Anfang August letzten Jahres in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes zufolge, Hygieneverordnungen erlassen. In diesen Rechtsverordnungen soll festgelegt sein, mittels welcher Maßnahmen nosokomiale Infektionen und das Auftauchen von Krankheitserregern mit Resistenzen gegen Antibiotika verhütet oder wie sie im Ernstfall bekämpft werden sollen. Die Länder werden ermächtigt, auch Praxen von Ärzten und Zahnärzten zum Aufstellen von Hygieneplänen zu verpflichten. Zu den Punkten, auf die die Bundesländer sich selbst dabei festnageln sollen, gehört auch der Personalschlüssel, also die Anzahl von Hygienefachkräften und Fachärzten für Hygiene- und Umweltmedizin in den stationären Einrichtungen. Bis 2016 haben die Krankenhäuser Zeit, diese Vorgaben zu erfüllen.

Hygieia vor Gericht

Schon heute aber landen immer wieder Fälle vor Gericht, in denen Infektionen während stationärer Aufenthalte für Patienten mit einer schweren Krankheit oder sogar im Tod endeten. „Als Behandlungsfehler gilt, was gegen den Facharztstandard verstößt“, erläutert Dr. jur. Ruth Schultze-Zeu, Berliner Fachanwältin für Medizinrecht. Das gebündelte Wissen, das in den Augen der Juristin dafür maßgeblich ist, findet sich in der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, kurz KRINKO, des Robert-Koch-Instituts. Dort ist zum Beispiel festgelegt, welche

Nützliche Links:

www.hygiene-klinik-praxis.de
Aktuelle Leitlinien des Arbeitskreises Krankenhaus- und Praxishygiene der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

www.wir-gegen-viren.de
Gemeinsame Seite von RKI und BZgA, Aufklärung über Hygiene im Alltag

www.aktion-sauberehaende.de

BETEILIGTE INSTITUTIONEN:

www.nrz-hygiene.de
Nationales Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen

www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de

www.gqmg.de
Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen e.V.

Patienten gleich bei der Aufnahme auf MRSA getestet werden müssen, um die nötigen Hygienemaßnahmen ergreifen zu können. Schultze-Zeu berichtet von einem ihrer typischen Fälle: Ein Patient war bei Aufnahme auf die Intensivstation nicht Träger von MRSA, infizierte sich dort und verstarb wenig später an einer Sepsis. „Exogene Infektionen dieser Art gelten juristisch als voll beherrschbare Risiken, so dass ein Hygienefehler unterstellt werden kann“, erläutert die Juristin. Postoperative Infektionen von Wunden, die in der Regel auf endogene Keime zurückgehen, seien dagegen „haftungsrechtlich sehr schwierig“.

Für Ärzte, die ja nach den Worten des Dr. Rieux aus Albert Camus' berühmtem Roman „Die Pest“ vordringlich „die Gesundheit der Menschen angeht“, sind auch solche Infektionen trotzdem eine Niederlage. Schließlich ist Hygieia ihre Schutzpatronin.

Von Dr. Adelheid Müller-Lissner
Medizinjournalistin



DIE 5 INDIKATIONEN DER HÄNDEDESINFEKTION

Indikationsgruppe	Warum	WHO Empfehlung
VOR Patientenkontakt	Um den Patienten vor Kolonisation mit Erregern, welche die Hand der Mitarbeiter temporär besiedeln, zu schützen	<ul style="list-style-type: none"> • VOR direktem Patientenkontakt, im Sinne eines direkten Körperkontaktes (Kategorie IB)*
VOR aseptischen Tätigkeiten	Um den Patienten vor dem Eintrag von potentiell pathogenen Erregern, inklusive seiner eignen Standortflora, in sterile/nicht kolonisierte Körperbereiche, zu schützen	<ul style="list-style-type: none"> • VOR Konnektion / Diskonnektion eines invasiven Devices unabhängig vom Gebrauch von Handschuhen (Kategorie IB)* • Wechsel zwischen kolonisierten/ kontaminierten und sauberen Körperbereichen während der Patientenversorgung (Kategorie IB)*
NACH Kontakt mit potentiell infektiösen Materialien	Schutz des Personals und der erweiterten Patientenumgebung vor potentiell pathogenen Erregern, Schutz nachfolgender Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • NACH Kontakt mit Körperflüssigkeiten und Exkreten, Schleimhäuten, nicht intakter Haut oder Wundverbänden (Kategorie IA)* • Wechsel zwischen kolonisierten/ kontaminierten und sauberen Körperbereichen während der Patientenversorgung (Kategorie IB)* • NACH dem Ausziehen der Handschuhe (Kategorie IB)*
NACH Patientenkontakt	Schutz des Personals und der erweiterten Patientenumgebung vor potentiell pathogenen Erregern, Schutz nachfolgender Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • NACH direktem Patientenkontakt, im Sinne eines direkten Körperkontaktes (Kategorie IB)* • NACH dem Ausziehen der Handschuhe (Kategorie IB)*
NACH Kontakt mit Oberflächen in unmittelbarer Umgebung des Patienten	Schutz des Personals und der erweiterten Patientenumgebung vor potentiell pathogenen Erregern, Schutz der Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • NACH Kontakt mit Oberflächen und medizinischen Geräten in unmittelbarer Umgebung des Patienten (Kategorie IB)* • NACH dem Ausziehen der Handschuhe (Kategorie IB)*

(Nach dem WHO-Modell „My 5 Moments of Hand Hygiene“ von der Aktion Saubere Hände zusammengestellt)

Die tödliche Katastrophe von Bremen

Welch katastrophale Folgen Hygieneprobleme haben können, zeigt der Fall des Klinikums Bremen-Mitte, wo es nach einer ersten tödlichen Infektionswelle bei Frühchen im vergangenen Jahr kürzlich zu zwei weiteren Todesfällen kam. Bereits 2009 sollen drei weitere Kinder mit dem gleichen Stamm des Bremer Keims *Klebsiella pneumoniae* in Kontakt gekommen sein.

Die Station wurde inzwischen geschlossen, der Geschäftsführer des Klinikverbunds „Gesundheit Nord“ (GeNo), Diethelm Hansen, freigestellt. Trotz intensiver Suche wurde die Quelle des Keims, dessen Stamm außer in Bremen nur in Russland vorkommen soll, bis Redaktionsschluss nicht gefunden. Seit April 2011 sind auf der betroffenen

Station 30 Frühchen mit dem multiresistenten Darmkeim infiziert worden. Im August und Oktober starben drei Babys an den Folgen. Danach wurde die Station zunächst geschlossen, nach einer kompletten Renovierung und Desinfektion im Januar aber wieder geöffnet. Offenbar ein fataler Fehler.

Der Bremer Untersuchungsausschuss, der sich mit den Vorgängen befasst, ließ Anfang März in den Geschäftsräumen des Klinikums Akten und elektronische Daten beschlagnahmen. Die Vorsitzende Antje Grotheer erklärte, nachdem der Ausschuss erfahren habe, dass ihm wichtige Akten nicht übermittelt worden seien, habe er beim Amtsgericht Bremen Durchsuchungsbefehle beantragt.

Personalmangel als Fehlerquelle?

Hygieneexperten sprachen vor dem Untersuchungsausschuss von erheblichen Hygiene-, Personal- und Organisationsmängeln in der Klinik und kritisierten den Umgang mit der Krise. Unter anderem waren die Behörden erst Anfang November über die Infektionen informiert worden – lange nach dem Keimausbruch. Hansen hingegen betonte, er habe nach Bekanntwerden der Infektionswelle im November den Krisenstab aktiv moderiert, um die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte „zu entlasten und aus dem Fokus zu nehmen“. Er selbst habe aber „keinerlei Verantwortlichkeit für das, was da passiert ist“.

Bremens Gesundheitssenatorin und Aufsichtsratsvorsitzende der GeNo, Renate Jürgens-Pieper (SPD), hatte Hansen nach dem Tod der zwei Frühchen von seinen Funktionen freigestellt. Sie hatte dies mit einem schleichenden Vertrauensverlust begründet. Zudem war die Aufarbeitung der Infektionswelle ihrer Ansicht nach nicht zufriedenstellend.

Die neu eingesetzte GeNo-Chefin Jutta Dervedde erklärte in einem Interview, eine neue Neonatologie werde in einem anderen Gebäude untergebracht, sollte die Infektionsquelle nicht gefunden werden. Ex-Chef Hansen betonte hingegen vor dem Untersuchungsausschuss, sollte die inzwischen geschlossene Abteilung an anderer Stelle wiedereröffnet werden, sei es „völlig irrig“ zu glauben, dass die Keimgefahr gebannt sei. Ihm sei in ganz Deutschland fast keine Neonatologie bekannt, auf der keine Keime vorhanden wären. „Das Problem wird bleiben, auch an einem anderen Standort“, sagte Hansen.

Von Sascha Rudat



Mit den „Klassikern auf Landpartie“

22. Saison der Brandenburgischen Sommerkonzerte

Wenn im Sommer die Opernhäuser, Orchester und Theater für die Spielzeitpause schließen, schlägt die Stunde der Brandenburgischen Sommerkonzerte: Klassische Konzerte auf höchstem musikalischen Niveau in Verbindung mit Naturerleben, kulinarischen Genüssen und Erkundung von Sehenswürdigkeiten der Mark Brandenburg locken die Besucher hinaus aufs Land – dies ist die Idee der „Klassiker auf Landpartie“. Seit 22 Jahren stehen regelmäßig international renommierte Künstler wie Trevor Pinnock, Barbara Hendricks, Lars Vogt, Tabea Zimmermann, Ingo Metzmacher, das Deutsche Symphonie-Orchester Berlin oder der RIAS Kammerchor auf dem Programm des etablierten Musikfestivals.

Letzterer gibt am 7. Juli in der Klosterkirche von Kloster Zinna ein Konzert, wo die Brandenburgischen Sommerkonzerte in diesem Jahr bereits zum 18. Mal zu Gast sind. In den Mittelpunkt des Konzertprogramms rückt der renommierte Chor die „Missa Papae Marcelli“, ein zentrales Werk der Kirchenmusikgeschichte des römischen Renaissance-Meisters Giovanni da Palestrina. In Kombination mit Chorliteratur aus verschiedenen anderen Epochen und kunstvollen Lichteffekten wollen die Künstler in der heraufziehenden Abenddämmerung eine beschwörende Atmosphäre in die Gemäuer des jahrhundertealten Zisterzienserklosters zaubern. Einblicke in die Geschichte des Ordens und des Klosters gibt ein kleines Museum, das heute im ehemaligen Abtshaus untergebracht ist.

An einer Figur der Brandenburgischen Geschichte kommt in diesem Jahr wohl niemand vorbei: man begeht heuer den 300. Geburtstag des preußischen Königs Friedrich II. Überall in der Mark Brandenburg trifft man auf seine Spuren: von Potsdam bis Niederschönhausen, von Rheinsberg bis eben Kloster Zinna. Denn er war es, der 1764 auf dem Klostergebiet die Stadt Kloster Zinna gründete. Am 7. Juli um 18.00 Uhr liest der Schauspieler und Regisseur Alexander Bandilla aus dem umfangreichen dichterischen Werk des preußischen Herrschers. Anmutig-spielerisch, geistvoll-melancholisch, boshaft-witzig

und philosophisch-ernsthafte sind die Gedichte Friedrichs. Im Mittelpunkt der Lesung steht die Epistel „An meinen Geist“ – ein Selbstgespräch“, welches Friedrich 1749, nach fast zehn Jahren Regentschaft mit sich selbst führte. Die Verse geben Einblick in einen zerrissenen Menschen, dessen selbst auferlegter „Dienst“ des Regierens, was das Kriegführen einschließt, nicht vereinbar ist mit seinen musisch-philosophischen Interessen. Die Lesung ist Teil einer ganzen Lesereihe der Brandenburgischen Sommerkonzerte, die sich in sechs Veranstaltungen verschiedenen Aspekten Friedrichs II. nähert.

Die musikalischen Ausflüge der Brandenburgischen Sommerkonzerte

locken in diesem Jahr vom 9. Juni bis 9. September an 27 Sommertagen an insgesamt 32 Orte der Mark Brandenburg, vom Elbe-Elster-Land bis in die Uckermark, von der Prignitz bis an die Oder. Dabei stehen nicht nur klassische Konzerte auf dem Programm, sondern es bereichern auch musikalische Facetten von Jazz bis Tango den musikalischen Sommer. Und wer sich scheuen sollte, den Weg in entlegene Dörfer mit dem eigenen Wagen zurückzulegen, kann – von Berlin aus – den vom Veranstalter organisierten Busshuttle direkt zum Konzertort nutzen.

Weitere Informationen: www.brandenburgische-sommerkonzerte.de
Tel.: (01805) 805720 (14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz)



Delegierte befassen sich mit Übergangsgeldern des KV-Vorstandes

Bericht von der Delegiertenversammlung am 22. Februar 2012

Die Tagesordnung der Delegiertenversammlung im Februar war überschaubar. Dass sich die Sitzung trotzdem rund drei Stunden hinzog, lag an den beratungsintensiven Themen. Während die Wahl der Delegierten für den diesjährigen Deutschen Ärztetag in Nürnberg gewohnt schnell von statten ging, benötigte das brandaktuelle Thema Gendiagnostikgesetz (GenDG) erheblich mehr Zeit. Intensiver Diskussionsbedarf bestand auch bei dem gesundheitspolitischen Thema, das die Wochen zuvor die Schlagzeilen gefüllt hatte: Die Übergangsgelder des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Dieser Tagesordnungspunkt fand aufgrund der Tatsache, dass zwei der drei KV-Vorstände Mitglied der Delegiertenversammlung sind, als Personalangelegenheit in nicht-öffentlicher Sitzung statt. Die Delegierten beschlossen dazu eine Stellungnahme.

Von Sascha Rudat

Allzu oft kommt es nicht vor, dass sich die Delegiertenversammlung direkt mit Themen der KV Berlin befasst. Doch die im vergangenen Jahr an den KV-Vorstand gezahlten Übergangsgelder beschäftigten die Berliner Ärzteschaft und die Öffentlichkeit weit über die KV-Grenzen hinaus. KV-Vorsitzende Angelika Pohn und KV-Vorstand Burkhard Bratzke bezogen in der Delegiertenversammlung zu den Vorgängen Position. Im Anschluss verständigten sich die Delegierten auf eine Stellungnahme, in welcher der KV-Vorstand aufgefordert wurde, die Gelder bis zur Klärung des Sachverhaltes auf ein Notaranderkonto zu überweisen. Diesem Vorgehen stimmten Pohn und Bratzke zu. Im Kasten rechts finden Sie die Stellungnahme der Delegiertenversammlung, die einstimmig bei Enthaltung der beiden Betroffenen verabschiedet wurde.

GenDG in der Kritik

Das Gendiagnostikgesetz beschäftigte die Kammer und viele Berliner Ärztinnen und Ärzte seit einigen Monaten intensiv. Das GenDG trat bereits zum 1. Februar 2010 in Kraft. Danach dürfen genetische Beratungen im Zusammenhang mit ge-

netischen Untersuchungen ab dem 1. Februar 2012 nur noch durch speziell qualifizierte Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden (s. BERLINER ÄRZTE 1/2012).

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin sieht mit großer Sorge die Auswirkungen des Beschlusses der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlins, die Auszahlung der Übergangsgelder nachträglich zu genehmigen.

Unabhängig von einer juristischen Bewertung, die ohne Kenntnisse der tatsächlichen rechtlichen Gesamtzusammenhänge für die Ärztekammer Berlin auch nicht möglich ist, ist durch den Umgang und die öffentliche Berichterstattung ein erheblicher politischer und moralischer Schaden entstanden, der auf die gesamte Ärzteschaft zurückfällt.

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hält den derzeit eingeschlagenen Kurs an einer möglicherweise formal unangreifbaren Regelung festzuhalten, für hoch problematisch. Dieses Vorgehen wird die Handlungsspielräume der KV Berlin eher einschränken, denn stärken. Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin sieht diesen Kurs daher kritisch.

Dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung wird nahe gelegt, die strittigen Beträge bis zur Klärung der Sach- und Rechtslage auf ein Notaranderkonto einzuzahlen und ihr Bedauern über die öffentlichen Auswirkungen dieses Vorganges auszusprechen.

Der grundsätzliche Anspruch auf eine leistungsgerechte und der Verantwortung gerecht werdende Vergütung der hauptamtlichen KV-Vorstände in Berlin bleibt davon unberührt.



Allerdings wurden der Kammer erst am 5. Dezember 2011 von der Aufsichtsbehörde folgende Aufgaben übertragen:

- Abnahme der Wissenskontrollen
- Durchführung von Qualifikationsmaßnahmen
- Anerkennung von Qualifikationsmaßnahmen Dritter

Die organisatorische Umsetzung wurde sofort danach im Hause der Ärztekammer Berlin gestartet, so dass im Januar bereits die ersten Kurse stattfinden konnten. Kammergeschäftsführer Michael Hahn betonte in diesem Zusammenhang, dass die Bewältigung dieser schwierigen Aufgabe nur durch die hervorragende Zusammenarbeit aller Abteilungsleiterinnen und Abteilungsleitern möglich war. Die Leiterin der Abteilung Berufsrecht, Martina Jaklin, ging im Anschluss auf die Einzelheiten ein und führte aus, dass vom Robert-Koch-Institut (RKI) noch nicht im Detail geklärt wurde, welche Untersuchungen unter das Gendiagnostikgesetz fallen. An dieser Stelle seien auch die Fachgesellschaften gefragt, die sich direkt an das RKI mit entsprechenden Fragen wenden sollten. Die Ärztekammer Berlin habe bereits einen Fragenkatalog für das RKI vorbereitet. Sie er-

läuterte die angestrebte bundeseinheitliche Umsetzung. Nachfolgend stellte der Leiter der Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung die Umsetzung der Richtlinien durch die Kammer dar. Er ging dabei auch auf einen Artikel der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ ein, in dem unterstellt wurde, dass den Ärzten der Erwerb der Zertifikate zu leicht gemacht werde. Schaefer betonte, dass dies im Bereich der Ärztekammer Berlin nicht der Fall ist und erläuterte die Einzelheiten der Wissenskontrollen und der so genannten Refresher-Kurse. Die hohe Qualität dieser Angebote wurde von Stefan Skonietzki, dem Vorsitzenden des Berliner Landesverbandes der Frauenärzte, bestätigt. Das Echo der Kollegen sei insgesamt sehr positiv und man sei sich darin einig gewesen, dass ohne die Teilnahme an den Auffrischkursen, die Wissenskontrolle sicher nicht bestanden worden wäre.

In der anschließenden Diskussion ging es um viele Detailfragen, die zeigen, wie groß der Informationsbedarf der Ärzteschaft bei diesem Thema ist. Insgesamt wurde die Realitätsferne des GenDG beklagt. Es fehle an Präzision und Klarheit, besonders hinsichtlich der Frage, welche Untersuchungen unter das Gesetz fallen und welche nicht.

Aktuelle Informationen zum GenDG finden Sie unter:

www.aekb.de/10arzt/30_Berufsrecht/10_Gesetzesänderungen/70_Gendiagnostikgesetz.html

Delegierte für Nürnberg

Einstimmig benannt wurden außerdem als Delegierte bzw. deren Stellvertreter zum 115. Deutschen Ärztetag, der vom 22. bis 25. Mai 2012 in Nürnberg stattfindet, folgende Ärztinnen und Ärzte:

Liste	Delegierter	Stellvertreter
1.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Matthias Albrecht	Herr Dr. med. Justus Hilpert
2.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Peter Bobbert	Herr Alfred Höfer
3.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Werner Wyrwich	Frau Dr. med. Sigrid Kemmerling
4.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Klaus Thierse	Frau Dorothea Spring
5.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Thomas Werner	Herr Dr. med. Kilian Tegethoff
6.) Fraktion Gesundheit	Frau Katharina Kulike	Herr Julian Veelken
7.) Fraktion Gesundheit	Frau Dr. med. Eva Müller-Dannecker	Herr Hermann Brehme
8.) Fraktion Gesundheit	Herr Dr. med. Herbert Menzel	Herr Dr. med. Wolfram Singendonk
9.) Fraktion Gesundheit	Herr Dr. med. Volker Pickerodt	Herr Dr. med. Harald Lazar
10.) Allianz Berliner Ärzte	Frau Dr. med. Svea Keller	Herr Helmut Mälzer
11.) Allianz Berliner Ärzte	Herr Prof. Dr. med. Harald Mau	Herr PD Dr. med. Dietrich Banzer
12.) Allianz Berliner Ärzte	Herr Burkhard Bratzke	Herr Dr. med. Dietrich Bodenstein
13.) Allianz Berliner Ärzte	Frau Dr. med. Sabine Krebs	Herr Dr. med. Hans-Detlef Dewitz
14.) Allianz Berliner Ärzte	Herr Dr. med. Klaus-Peter Spies	Frau Dr. med. Regine Held
15.) Hausärzte im BDA	Frau Bettina Linder	Herr Dr. med. Wolfgang Kreischer
16.) Hausärzte im BDA	Herr Stephan Bernhardt	Herr Michael Janßen

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Januar und Februar 2012 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Jihad Al-Abdullah	FA Psychiatrie und Psychotherapie	23.02.12
Anis Kahtan Almohamad	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	22.02.12
Sergiy Bashynskyy	FA Pathologie	19.01.12
Safia Bazara	FA Transfusionsmedizin	21.02.12
Frauke Becker	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	18.01.12
Henning Brand	FA Innere Medizin	15.02.12
Larisa Bukreeva	FA Transfusionsmedizin	31.01.12
Nabil Burshan	FA Kinder- und Jugendmedizin	18.01.12
Dr. med. Benjamin Claus	FA Herzchirurgie	29.02.12
Dr. med. Patrick Cramer	FA Anästhesiologie	23.01.12
Dr. med. Anna Raab	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.02.12
Dr. med. Felicitas Escher	FA Innere Medizin	29.02.12
Matthias Feiler	FA Anästhesiologie	07.02.12
Dr. med. Burkhard Fragel	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	22.02.12
Dr. med. Jens Christian Frey	FA Viszeralchirurgie	21.02.12
Dr. med. Thore Geert Gamer	FA Innere Medizin	15.02.12
Dr. med. Ralf Ganzleben	FA Viszeralchirurgie	21.02.12
Dr. med. Katrin Geth-Zemojtel	FA Psychiatrie und Psychotherapie	14.02.12
Nuha Ghosoun	FA Laboratoriumsmedizin	28.02.12
Tanja Gieschen	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	18.01.12
Dr. med. Andrea Gietz	FA Innere Medizin	29.02.12
Dr. med. Veronika Gohlke	FA Allgemeinmedizin	21.02.12
Dr. med. Anne Grampp	FA Radiologie	22.02.12
Dr. med. Oliver Haase	FA Viszeralchirurgie	10.01.12
Dörthe Haberland	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.01.12
Dr. med. Ulrike Hahn	FA Innere Medizin	29.02.12
Dr. med. Martin Hardmeier	FA Neurologie	23.02.12
Dr. med. Jan Heidemann	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	22.02.12
Agnes Heiden	FA Kinder- und Jugendmedizin	18.01.12
Angela Heidenfelder	FA Innere Medizin	25.01.12

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Martin Herbst	FA Neurologie	14.02.12
Ludmila Hild	FA Allgemeinmedizin	10.01.12
Dr. med. Dominik Holbe	FA Innere Medizin	25.01.12
Dr. med. Ranja Hübner	FA Innere Medizin	25.01.12
Dr. med. Wolfgang Hund	FA Anästhesiologie	28.02.12
Stefan Jarosch	FA Anästhesiologie	23.01.12
Bernd Jenner	FA Anästhesiologie	29.02.12
Dr. med. Katharina Kaufmann	FA Innere Medizin	29.02.12
Yasemin Kilic	FA Strahlentherapie	27.02.12
Lars Kirstein	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.01.12
Lorenz Kleeberg	FA Innere Medizin	18.01.12
Dr. med. Christoph Klonz	FA Allgemeinmedizin	28.02.12
Dr. med. Angela Elisabeth Kloppenborg	FA Innere Medizin und Geriatrie	23.11.11
Nicole Marlen Kuhnert	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.01.12
Nona Lakotka	FA Augenheilkunde	11.01.12
Dr. med. Jae-Yun Lee	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.02.12
Luzie Henriette Marie Lenzner	FA Innere Medizin	25.01.12
Stephan Lobitz	FA Kinder- und Jugendmedizin	18.01.12
Dr. med. Blanca Lüdecke	FA Innere Medizin	18.01.12
Anne Lüdtker-Handjery	FA Innere Medizin	18.01.12
Dr. med. Sven Märdian	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.01.12
Dr. med. Jürgen Mast	FA Anästhesiologie	29.02.12
Yasushi Matsushita	FA Gefäßchirurgie	29.02.12
Melanie Scholz	FA Innere Medizin	15.02.12
Karla Mittag	FA Innere Medizin	29.02.12
René-Lars Morgen	FA Chirurgie	21.02.12
Dr. med. univ. Markus Moser	FA Anästhesiologie	28.02.12
Dr. med. Babette Müller-Prack	FA Allgemeinmedizin	21.02.12
Dr. med. Lena Noesselt	FA Anästhesiologie	28.02.12
Dr. med. Anke Oltmann	FA Laboratoriumsmedizin	01.02.12
Dr. med. Timo Pauli	FA Neurologie	14.02.12
Dr. med. Sebastian Petzoldt	FA Chirurgie	10.01.12

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Nadine Pohl	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22.02.12
Anastasia Probst	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	18.01.12
Dr. med. Annekatriin Evelin Retzlaff	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.02.12
Alexandra Ridjab	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	18.01.12
Dr. med. Martin Roesler	FA Anästhesiologie	28.02.12
Jochen Rohrbeck	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	21.02.12
Dr. med. Stefanie Rupp	FA Innere Medizin	18.01.12
Alexander Rütter	FA Kinder- und Jugendmedizin	18.01.12
Dr. med. Eva Schildmann	FA Innere Medizin	29.02.12
Leena Schmidl	FA Innere Medizin	15.02.12
Nicole-Simone Schmidt	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	21.02.12
Timo Schmidt	FA Urologie	16.02.12
Dr. med. Andreas Schmidt-Schönberg	FA Innere Medizin	29.02.12
Kathi Schreiber	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22.02.12
Yvonne Schwarz	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22.02.12
Claudia Siebenäuger	FA Anästhesiologie	23.01.12
Vladimir Skrypnikov	FA Anästhesiologie	07.02.12
Robert Sondersorg	FA Innere Medizin	15.02.12
Marina Spyridaki	FA Augenheilkunde	11.01.12
Dr. med. Uta Stege	FA Allgemeinmedizin	10.01.12
Dr. med. Silke Strathmann	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	22.02.12
Caroline Timm	FA Allgemeinmedizin	28.02.12
Dr. med. Sascha Treskatsch	FA Anästhesiologie	07.02.12
Maria Helena van der Vaart-Bakker	FA Allgemeinmedizin	28.02.12
Dr. med. Heike Vogel-Schrank	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	18.01.12
Linda Wichert	FA Anästhesiologie	07.02.12
Marlen Wiczorek	FA Innere Medizin	29.02.12
Wiebke Wientgen	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	15.02.12

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Tessa Winkel	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22.02.12
Dr. med. Frank Zimmermann-Viehoff	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	22.02.12
Dr. med. Urte Zurbuchen	FA Chirurgie	21.02.12

** 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.*

ANZEIGEN

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
■ 18.04.-12.12.2012	Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994-3) (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de Teilnehmergebühr: 128 €	42 P
■ 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
■ 05.05. und 09.05.2012	Wenn Partnerschaft verletzend wird... Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt (weitere Informationen s. S. 7)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V. Tel.: 246 30 579 Fax: 275 95 366	11 P
■ 07.05.-09.05.2012	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G 20 „Lärm“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 360 €	31 P
■ 09.05.2012 19.30-21.30 Uhr	„Burnout“ in aller Munde – ist uns eigentlich klar, worum es geht? (weitere Informationen s. S. 27)	Kaiserin-Friedrich-Stiftung / Hörsaal; Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin	Keine Teilnehmer-Gebühr, keine Anmeldung erforderlich	3 P
■ 11.06.-13.06.2012	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 €	21 P
■ 13.06.-15.06.2012 15.06.2012	Spezialkurs im Strahlenschutz - bei der Röntgendiagnostik - bei interventioneller Radiologie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: Spezialk.Rö-diag: 220 € Spezialkurs IR: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs IR)
■ 10.09.-19.09.2012 (Kursteil A1) 19.09.-28.09.2012 (Kursteil A2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs A: 960 € Kursteile A1, A2: 480 €	60 P pro Kursteil
■ 19.10.-20.10.2012	Kurs zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragte/r sowie Transfusionsverantwortliche/r (16. Std. Kurs, Curriculum der Bundesärztekammer)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401/1400 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Tel: 80681-126 Teilnehmergebühr: 150 €	8 P pro Tag

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin „Burnout“ in aller Munde – ist uns eigentlich klar, worum es geht?

Das Phänomen „Burnout“ erweist sich als ein Thema mit großer Popularität und ist in den Medien sehr gegenwärtig. Dank der intuitiven Verständlichkeit lässt sich „Burnout“ oftmals gut mit persönlichen Erfahrungen beleben. Bei aller Ernsthaftigkeit von Erschöpfungsphänomenen ergeben sich gleichwohl Einwände gegenüber der Selbstverständlichkeit, die im Umgang mit dem Begriff „Burnout“ zu beobachten ist. So beschreibt „Burnout“ keine anerkannte Krankheit. Es existiert als Diagnose aktuell weder nach den international gültigen Kriterien der WHO (ICD-10) noch nach den Kriterien der American Psychiatric Association (DSM-IV).

Welche psychischen Störungen verbergen sich hinter der plakativen Diagnose „Burnout“? Welche differenzialdiagnostischen Überlegungen kommen in Betracht? Und wie lauten geeignete differenzialtherapeutische Strategien? Diesen und weiteren Fragen wird sich der Referent widmen und so für einen medizinisch verantwortungsvollen Umgang mit einem unscharf umrissenen Beschwerdekomples sensibilisieren. Schließlich möchte die Veranstaltung zum Schutz vor Erschöpfungsphänomenen Strategien aufzeigen, die beispielsweise auch im beanspruchenden ärztlichen oder apothekerlichen Berufsalltag anwendbar sind.

Zur Abrundung bietet die Veranstaltung hinreichend Gelegenheit für die fachliche Diskussion.

Referent: Dr. med. Markus Pawelzik / Leitender Arzt, EOS-Klinik für Psychiatrie, Münster

Moderator: Dr. med. Matthias Brockstedt / Vorsitzender der Kommission Arzt/Apotheker der Ärztekammer Berlin

Termin: 09.05.2012, 19:30 bis 21:30 Uhr

Ort: BITTE BEACHTEN

Kaiserin-Friedrich-Stiftung / Hörsaal; Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

3 Fortbildungspunkte – eine Anmeldung ist nicht erforderlich

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 drei 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

„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.

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

Termine: 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: 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

www.berliner-aerzte.net!

Anke Michel: Die Ärztin

Historischer Roman

Aufbau-Verlag, Berlin 2010.
Taschenbuch, 315 S., 9,95 Euro.

Zwei große Vorzüge hat dieses Buch: 1. ist es ein phantasievoller, unterhaltsamer, spannender Roman, aus dem man auch einiges über die praktische Medizin im 18. Jahrhundert und über die erste promovierte Ärztin Deutschlands lernt; und 2. macht es Appetit auf Authentisches über Dr. med. Dorothea Erxleben. Zu 1: „Die Ärztin“ ist ein lebenspralles Buch voller Dialoge in leicht altertümelnder Sprache, mit farbigen,

anschaulichen Schilderungen. Man sieht manche der Szenen direkt vor sich. Kein Wunder, die Autoren kommen vom Film. „Anke Michel“ ist der gemeinsame nom de plume von Anke Apelt und Michael Bergmann. Beide sind sie Drehbuchautoren, die ihr Handwerk verstehen.

Zu 2: Dieser historische Roman über die Erxleben (nicht der einzige) ist weit mehr romanhaft als historisch – mit voller Absicht. Die Verfasser haben sich (so ihr Nachwort) entschieden, „sich von den Zwängen der historischen Fakten zu

lösen“ und das Leben ihrer Protagonistin zu überhöhen, ja, „neu zu erfinden“. So schildern sie diese höchst bemerkenswerte Frau als „Lichtgestalt“ ohne Fehl und Tadel, und aus dramaturgischen Gründen schicken sie sie sogar in den Krieg – zum Praktikum. Im Sanitätszelt bittet sie Friedrich den Großen um eine Feuerpause zum Bergen der Verwundeten, trifft dabei den einen (erfundene) von zwei geliebten Männern und muss dem anderen, der sie aus dem Kugelhagel rettet, den dabei zerschossenen Unterarm eigenhändig amputieren. Ein bisschen zu dick aufgetragen, aber wie gesagt: Es liest sich gut, und vor allem macht das Buch neugierig auf die historische Dorothea von Erxleben.

R. Stein

Zum 80. Geburtstag von Wolfgang Fischer



Foto: privat

Nur wenige Jahre vor der Veröffentlichung des ersten deutschsprachigen Lehrbuches „Ein gynäkologischer Beitrag zur Urologie“ von Walter

verdienst war es, die Urogynäkologie umstrukturiert zu haben (vorher Therapie urogynäkologischer Komplikationen nach Radikaloperationen und ausschließlich operative Korrektur der Harninkontinenz). So führte er Sprechstunden ein, entwickelte die ganzheitliche Physiotherapie mit, etablierte die Pessartherapie und defektorientierte Operationstechniken (Faszienkolposuspension / Pubokokzygeus-Brückenplastik). Wolfgang Fischer führte, motiviert durch die Freundschaft und berufliche Verbundenheit zu Ulf Ulmsten, 1996 als erster die TVT-Plastik in Deutschland durch, trug die Tradition der noch heute aktuellen vaginalen Deszensusoperationstechniken fort und versuchte diese, insbesondere in der Rezidivsituation mit den in seiner Zeit aktuellen Möglichkeiten, durch den Einsatz von Gewebeersatz zu optimieren, er war also ein Vorreiter der vaginalen Netzchirurgie. Wolfgang Fischer hatte immer einen sehr guten „Riecher“ für Kontinuität und Innovationen, also eine gute Mischung aus Tradition und Moderne, so erfährt zum Beispiel die

von ihm bereits in den 80er Jahren inaugurierte Mehrschritt-Therapie (konservativ-operativ-konservativ) gerade eine Renaissance.

Weitere Aktivitäten im Telegrammstil: 1970 Gründung der AG Urogynäkologie in der DDR und Leitung dieser bis zur Wiedervereinigung, 1997 Etablierung der Berlin-Brandenburgischen Urogynäkologie-Tage (heute Bestandteil des Deutschen Urogynäkologie-Kongresses), aktive Mitarbeit in den internationalen Fachgesellschaften IUGA und ICS, Redaktionssekretär des „Zentralblatt für Gynäkologie“, weit über 200 Publikationen, Herausgeber des Lehrbuches „Urogynäkologie in Praxis und Klinik“ 1982 und 1995, Betreuung von 42 Doktoranden und vier Habilitanden.

Als Ehrenmitglied der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie nimmt Wolfgang Fischer weiterhin an den Sitzungen teil und weiß bei urogynäkologischen Themen kritisch zu diskutieren. Ihm zuzuhören ist wie ein aktualisiertes Blättern in Stoeckels Veröffentlichungen und auf diese Option wollen wir noch lange zurückgreifen. Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag, toll, dass es Sie gibt.

Professor Dr. med. Ralf Tunn

Stoeckel wurde Wolfgang Fischer geboren. Er sollte die Entwicklung der Urogynäkologie an der Charité und über die Grenzen Deutschlands hinweg aktiv mitgestalten. Nach der Habilitation (1965) erfolgte 1968 die Berufung zum Dozenten, 1979 zum a.o. Professor, 1994 die Neuberufung zum C3 Professor für den Fachbereich Urogynäkologie.

Bereits 1970 wurde Wolfgang Fischer nach Stoeckel und Kraatz die Leitung der Abteilung für Urogynäkologie an der Frauenklinik der Charité übertragen. Sein Haupt-

In memoriam Hans Igel

Am 29. Februar 2012 ist Professor Hans Igel gestorben. Geboren wurde er am 7. Mai 1918 in Rudelsdorf (heute Scharley/Polen). Nach dem Abitur 1937 und dem Arbeitsdienst studierte er Medizin in Göttingen, Breslau und Düsseldorf. 1940 wurde er zur Infanterie eingezogen, konnte jedoch ab 1943 weiterstudieren. Nach dem Staatsexamen 1944 kam er als Truppenarzt an die Westfront, wo er in der Oberpfalz in amerikanischer Gefangenschaft den Krieg überlebte. Igel erhielt 1945 seine erste Stelle in der Medizinischen Akademie Düsseldorf für freie Kost und Loggie. Bald darauf wechselt er zu Prof. Schopohl an die Charité-Frauenklinik im sowjetischen Sektor. 1946 las Igel den Aufsatz von Papanicolaou und Traut im *Commonwealth Fund* „Diagnosis of Uterine Cancer by Vaginal Smear“ (1943). Er begann die Erforschung der neuen Methode. Voller Begeisterung meldete Schopohl seinen Assistenten Igel ohne dessen Wissen 1947 zum Vortrag auf der ersten hochkarätigen Nachkriegs-Konferenz der deutschen Frauenärzte an. Das Thema lautete: „Diagnose des Uteruskarzinoms durch Vaginalabstrich“. Igel stieß auf sarkastische Ablehnung durch die Pathologen. Das böse Wort von der

„Care-Paket-Zytologie“ fiel. Selbst Altmeister Stoeckel kritisierte, „...dass der Herr Vortragende keine Abbildungen hat zeigen können...“ Der Einladung Igels, mit ihm durchs Mikroskop zu schauen, folgte auch er nicht. Nach der Fusion der beiden Berliner Universitäts-Frauenkliniken 1951 kam Hans Igel direkt in die I. Universitäts-Frauenklinik zu Helmut Kraatz. 1959 publizierte er „Gynäkologische Zytologie“ und widmete sich endokrinologischen Fragen. Die zytologischen Arbeiten Igels waren essentiell für die Entwicklung der Krebsfrüherkennung in Deutschland. 1960 folgte die Habilitation und 1965 die Ernennung zum Professor. 1966 wurde Igel Chefarzt der Frauenklinik im Bezirkskrankenhaus Schwerin. Nach dieser seitlichen Arabeske wurde er 1970 Kraatz-Nachfolger an der Charité. Eine bekannte Gratulantin machte dem Neuberufenen klar: „...König werden Sie hier nie!“ Es folgten tatsächlich problematische Jahre, denn Igel war nicht in der SED, was ihm die fachliche und administrative Arbeit nicht erleichterte. Irgendwann wurde die Situation für ihn untragbar. Er zog sich zurück und suchte nach Alternativen. 1973 wurde Professor Hans Igel dann bei einem Fluchtversuch an der DDR-Grenze festgenommen.

Die Grenzer in Marienborn wussten scheinbar sehr gut, wo wer zu suchen war. Es folgten für Igel vier bedrückende Jahre Haft (u. a. im Stasi-Gefängnis Hohenschönhausen) und die Ausweisung des nun 59-Jährigen in die Bundesrepublik. Hans Igel arbeitete in Allendorf als Gynäkologe. An seine wissenschaftlichen Leistungen konnte er nicht wieder anknüpfen, doch am 1. Dezember 1992 hielt Prof. Igel im Rahmen seiner Rehabilitation in der Universitäts-Frauenklinik (Charité) noch einmal eine Vorlesung über die „Entwicklung und Bedeutung der gynäkologischen Zytologie“ – und besuchte er das vor 46 Jahre von ihm gegründete zytologische Labor. Anlässlich ihres 150-jährigen Jubiläums wurde Hans Igel 1994 von der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin (GGGB) zu ihrem Ehrenmitglied ernannt. Am 16. November 2011 besuchte der 93-Jährige das letzte Mal eine wissenschaftliche Sitzung der GGGB, deren Vorsitzender er einstmals war. Sein fröhliches Lachen im November 2011 war sein Abschied von uns.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h. c. Andreas D. Ebert



Foto: privat



Foto: privat

Zur Person:

Dr. med. Astrid Bühren ist Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit eigener Praxis im oberbayerischen Murnau. Sie ist Vorstandsmitglied des Hartmannbundes, Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und in KV und Bundesärztekammer aktiv. Astrid Bühren hat zusammen mit Annegret Schoeller für die Bundesärztekammer das Buch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte“ verfasst, sie ist zudem Mitherausgeberin der neuen Zeitschrift „XX – Die Zeitschrift für Frauen in der Medizin“.

BÄ: Frau Dr. Bühren, die Medizin wird weiblich, das ist seit Jahren zu hören. Beim Staatsexamen liegt der Anteil der Frauen inzwischen bei über 60 Prozent. In Ihrer Studie „Ich bin Ärztin“ ist trotzdem von vielen Hürden die Rede, die sich Ärztinnen in den Weg stellen. Wie ist es denn möglich, dass eine Mehrheit benachteiligt wird?

Bühren: Dass es so sein kann, hat mit der Tradition unseres Berufsstandes zu tun. Frauen dürfen erst seit rund hundert Jahren überhaupt studieren, und in der Medizin herrscht nach wie vor ein ziemlich hierarchisches System. Es sind inzwischen in der kurativen Medizin zwar immer mehr Frauen vertreten: Heute stellen sie fast 43 Prozent. Aber sie sind natürlich keineswegs auf allen Ebenen gleich verteilt. In den chirurgischen und internistischen Chefarztbereichen sind es drei bis vier

„Vier von fünf Befragten würden wieder Ärztin werden“

Ein Gespräch mit Dr. Astrid Bühren über ihre Studie „Ich bin Ärztin“, für die im Juni 2011 1200 Ärztinnen nach ihrer Arbeitssituation und der Zufriedenheit im Beruf befragt wurden.

Prozent, in der Gynäkologie und Geburtshilfe deutlich mehr, dort werden inzwischen sogar händeringend Frauen gesucht, die leitende Funktionen übernehmen.

BÄ: Was hindert die Frauen daran, sie zu übernehmen?

Bühren: Karrieren in der Medizin sind immer noch sehr an der traditionellen männlichen Biografie orientiert: Die Generation derer, die jetzt die Leitungspositionen besetzen, hatte noch ganz andere Familienstrukturen als die jungen Ärztinnen, die jetzt kommen.

BÄ: Und als die jungen Ärzte!

Bühren: Ja, beide, Frauen und Männer, haben heute meist einen Partner, der ebenfalls berufstätig ist, meist in einem akademischen Beruf, und sie möchten sich die Verantwortung für die Kinderbetreuung immer mehr teilen. Um kein falsches Bild entstehen zu lassen, möchte ich betonen, dass sich die Interessen der Geschlechter zunehmend angleichen: Ärzte wollen zusätzlich zum Berufsleben auch Partnerschaft und Kinder erleben und Ärztinnen wollen zusätzlich zum Familienleben auch ihre berufliche Karriere fortsetzen. Wir wissen inzwischen auch, dass Frauen gar nicht so viel häufiger in Teilzeit arbeiten als Männer, wie man das bisher angenommen hat. Wenn früher ein Kind krank war, hätte der Chef seinen männlichen Mitarbeiter, der früher nach Hause gehen wollte, irritiert gefragt: Haben Sie denn keine Frau zuhause? Das hat sich schon sehr geändert. 65,4 Prozent der von uns befragten Ärztinnen glauben heute prinzipiell an die Vereinbarkeit ihres Berufes mit ihrer Familie. Aber ein Drittel hält die beiden Lebensbereiche weiterhin für unvereinbar – daran muss die (Berufs-) Politik noch arbeiten.

BÄ: Glauben die Ärztinnen auch daran, dass sie in der Medizin Karriere machen können?

Bühren: Sie geben in der Umfrage mehrheitlich an, dass es in der Medizin an Gleichberechtigung mangelt: Fast 90 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass Männer in der Medizin schneller befördert werden. 73 Prozent glauben, dass Frauen männliche Förderer brauchen, um voran zu kommen. Frauen mit Kindern schätzen die grundsätzlichen Chancen von Ärztinnen auf eine Führungspositionen als schlechter ein als kinderlose Frauen, die nachrückenden jüngeren Ärztinnen unter 39 Jahren betonen jedoch häufiger als ihre älteren Kolleginnen, dass auch Frauen Führungspositionen übernehmen wollen.

BÄ: Warum äußern sich denn gerade diese jüngeren Ärztinnen besonders unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation?

Bühren: Unsere Studie hat gezeigt, dass die Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit stark mit der jeweiligen Lebensphase korreliert. Die ersten Berufsjahre scheinen, unabhängig davon, ob eine Ärztin schon Kinder hat oder nicht, besonders schwierig zu sein. Ein möglicher Grund ist der berühmte Berufseintrittsschock, der verstärkt diejenigen trifft, die auch die psychosozialen und kommunikativen Aspekte in die Arzt-Patienten-Beziehung einbeziehen wollen. Dies sind erwiesenermaßen häufiger Ärztinnen, im Klinikalltag müssen sie dann erkennen, dass sich vieles davon nicht umsetzen lässt – nicht zuletzt auch wegen der patientenfernen Bürokratie. Dazu kommt, dass die Frauen ab 30 in einem Alter sind, in dem sich die Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zunehmend drängender stellt. Deshalb achten sie genau darauf, wie in ihrem Krankenhaus mit Kolleginnen umgegan-

gen wird, die schwanger sind und aus Mutterschutz oder Elternzeit wiederkommen. So entsteht oft der Gedanke: O je, wie soll das denn klappen? Falls dann noch ein Chef eher die männlichen Assistenz- und Fachärzte fördert, stimmt das nicht unbedingt zuversichtlicher. Dabei hat unsere Studie gezeigt: Fast alle Frauen fühlen sich kompetent genug für ihren Job: Nur 7,5 Prozent glauben, dass fehlende Fachkompetenz sie beruflich hemmt, 16,8 Prozent sehen geschlechtsspezifische Hemmnisse. Junge Frauen machen heute einerseits die Erfahrung, sehr gehofiert zu werden: Jeder möchte sie im Team haben. Andererseits müssen sie sich zu oft noch blöde Witze anhören. Meistens geht es heute im Berufsalltag eher um nervende geschlechtsspezifische Sprüche als um extreme Diskriminierungen.

BÄ: Was könnte helfen, die berühmte Vereinbarkeit zu verbessern?

Bühren: Eindeutig eine gute, zuverlässige Kinderbetreuung. Der Wiedereinstieg nach der Elternzeit darf nicht daran scheitern, dass die passende Kinderbetreuung fehlt! Denn inzwischen gibt es gute Beispiele dafür, was Krankenhäuser – sogar mit positiver Kosten-Nutzen-Bilanz unternehmen können. Hier in Murnau haben wir in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik drei leitende Unfallchirurginnen, die ihre Karriere mit Kind geschafft haben. Allerdings haben wir auch seit vielen Jahren eine durchgehende Kinderbetreuung von 5.15 bis 21.30 Uhr an 365 Tagen im Jahr, bei Bedarf auch nachts, ab acht Wochen nach der Geburt und bis zum Alter von zehn Jahren.

BÄ: Sie haben in den letzten Jahren aber auch immer wieder darauf hingewiesen, dass die Probleme schon vorher beginnen, bei den Arbeitseinschränkungen, die die Bestimmungen zum Mutterschutz während der Schwangerschaft mit sich bringen.

Bühren: Ja, sie spielen für den Alltag in Fachgebieten wie der Chirurgie, Anästhesie, Gynäkologie oder der Radiologie eine wichtige Rolle, eine Psychiaterin ist davon dagegen weniger betroffen. Die Kliniken müssen sich die Mühe machen, die Möglichkeiten für den Einsatz im OP individu-

ell, differenziert und konstruktiv in die Praxis umzusetzen. Sonst drohen massive Beeinträchtigungen, sowohl in der Weiterbildung der schwangeren Kollegin als auch für die Arbeitsbewältigung der Abteilung.

Allerdings steht im Mutterschutzgesetz nirgends konkret, dass eine Schwangere nicht in den OP darf. Die zuständigen Aufsichtsbehörden für den Arbeitsschutz interpretieren das Mutterschutzgesetz jedoch oftmals so, dass es für die Betriebsärztinnen und -ärzte schwierig ist, die behördlichen Vorgaben umzusetzen, ohne die Berufsausübung der schwangeren Ärztin maßgeblich zu beschränken. Die Vorgesetzten und betriebsärztlich Verantwortlichen sollten die individuelle Arbeitssituation so gestalten, dass Schwangere und stillende Mütter in den operativen Fächern keine ungerechtfertigten Nachteile in der Weiterbildung haben. Es kommt auf die Details an: Eigener Impfschutz der Ärztin, eine umsichtige Planung der jeweiligen chirurgischen Eingriffe, zum Beispiel bezüglich der Nutzung stichsicherer Systeme, der Dauer des Eingriffs, die maximal drei bis vier Stunden betragen darf, der Möglichkeiten zur Ablösung und zum Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit schwangerschaftsrelevanten Infektionskrankheiten.

Der Mutterschutz ist historisch gesehen und auch heute eine bedeutsame Errungenschaft für Frauen in einem Arbeitsverhältnis. Trotz seines schönen Namens wird er jedoch zu oft im Sinne eines Arbeitgeberschutzgesetzes und zu rigide gehandhabt, das muss man klar so benennen. Warum erfahren eigentlich schwangere Studentinnen, Selbstständige oder nicht erwerbstätige Frauen, die zuhause ihre Kinder betreuen, keinen Mutterschutz? Sie werden vom Gesetz gar nicht erfasst. Und noch etwas: Für Ärztinnen in der Niederlassung brauchen wir mehr Mutterschutz!

BÄ: Wo sind die Frauen denn langfristig zufriedener, in der Klinik oder in der Praxis?

Bühren: Die Ärztinnen aus dem ambulanten Bereich äußerten sich in unserer Umfrage zufriedener. Man muss dabei allerdings berücksichtigen, dass sie etwas älter sind und ihre Weiterbildung schon hinter

sich haben. Die Klinikärztinnen, die geantwortet haben, waren im Schnitt deutlich jünger. Doch das ist sicher nicht die einzige Erklärung. Flexiblere Organisationsmodelle und Arbeitszeiten machen es den niedergelassenen Ärztinnen leichter, Beruf und Familie zu verbinden. Wenn man nicht als Einzelkämpferin arbeitet, kann man sich dort auch leichter mit anderen absprechen. Die größere Zufriedenheit in der Praxis hat aber wahrscheinlich auch mit dem Fehlen klassischer Hierarchien zu tun. Ärztinnen in der Niederlassung sind übrigens häufiger davon überzeugt, dass Frauen nicht in Führungspositionen sein wollen.

BÄ: Wie sieht es mit der Bezahlung aus? Gibt es hier systematische Unterschiede?

Bühren: Bei tariflicher Bezahlung dürfte es eigentlich keine Unterschiede geben. Tatsache ist: Chefärztinnen verdienen in einer vergleichbaren Arbeitssituation auch heute noch rund 20 Prozent weniger als männliche Kollegen. 63 Prozent der weiblichen Fachärzte verdienen heute weniger als 80 000 Euro im Jahr, 63 Prozent der männlichen mehr. Zusätzlich schlagen dann natürlich Fragen zu Buche wie: Wird eine Kongressreise bezahlt? Muss ich dafür Urlaub nehmen? Werde ich für Forschung freigestellt oder nicht? Es gab Untersuchungen, die gezeigt haben, dass Männer doppelt so oft und doppelt so lange dafür freigestellt werden. In der Niederlassung verdienen Frauen im Schnitt weniger, weil sie häufiger in der „sprechenden“ Medizin vertreten sind.

BÄ: Bereuen die Frauen eigentlich, dass sie Medizin studiert haben?

Bühren: Nein, vier von fünf Befragten würden den Beruf wieder ergreifen! Und das, obwohl 85 Prozent der Ärztinnen ihren Beruf für belastender halten als andere Berufe, und obwohl 64 Prozent berichten, dass die Probleme des Tages ihnen auch abends durch den Kopf gehen. Fast 90 Prozent sehen sich als gute und erfolgreiche Ärztin. Das empfinde ich als ein sehr ermutigendes Ergebnis. Von der Grundaufgabe her hat unser Beruf ja auch sehr viel mit sogenannten weiblichen Fähigkeiten wie Fürsorge und Zuwendung zu tun, die allerdings auch Männer haben können.

BÄ: Was kann man aus Ihrer Umfrage lernen?

Bühren: Wir wollten ein möglichst differenziertes Bild davon erfassen, wie zufrieden die Frauen in ihrer jeweiligen Lebens- und Arbeitssituation mit ihrem Beruf sind, denn nur wenn wir wissen, wie es Ärztinnen in ihrem Beruf ergeht, welche persönlichen oder arbeitsplatzspezifischen Hürden ihren Berufsweg behindern, können wir sinnvoll politisch ansetzen. Für mich sind nun die Hauptaussagen: Insbesondere Berufseinsteigerinnen brauchen aufmerksame Wertschätzung, das könnte auch gut in einer Form von Mentoring geschehen. Weiterhin sollte nicht der Eindruck entstehen, dass sie zwar als

fleißige Stationsärztinnen geschätzt, aber bei der beruflichen Förderung benachteiligt werden. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sollte im Klinikalltag insbesondere während der Weiterbildung sowohl für Ärztinnen als auch für Ärzte selbstverständlich unterstützt werden. Hierzu gehört auch, dass die Vorgaben des Mutterschutzgesetzes im Einvernehmen mit der schwangeren Ärztin individuell zufriedenstellend umgesetzt werden. Am wichtigsten ist, auch die Person zu sehen und nicht nur die Arbeitskraft.

BÄ: Aber gilt das nicht auch für männliche Berufseinsteiger? Und wäre nicht auch bei ihnen eine Befragung über Berufszufriedenheit fällig?

Bühren: Selbstverständlich. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen hat das bereits durchgeführt, zuerst unter Chirurgeninnen und danach unter Chirurgen. Wirklich frauenspezifisch sind ja nur Schwangerschaft, Geburt und Mutterschutz. Alles andere, wie zum Beispiel Kindererziehung und Haushaltsführung, ist Sache der persönlichen Entscheidung, des kulturellen Hintergrunds und der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

(Mit Dr. Astrid Bühren sprach Dr. Adelheid Müller-Lissner)

Mehr Informationen über die Studie unter:
<http://www.thieme.de/fz/xx.html>

Zum 90. von Wolfgang Unger

Als sich der Regierungsmedizinalrat und frisch berufene ärztliche Referent in der Krankenhausabteilung des Senators fürs Gesundheitswesen, Wolfgang Unger, und der Autor Ende der 50er Jahre des vorigen Jahrhunderts im Landesgesundheitsamt in der Invalidenstraße 52 erstmals begegneten, war nicht voraus zu denken, dass sie nach mehr als einem halben Jahrhundert noch Gelegenheit für fachlichen Austausch haben würden.

Wolfgang Unger wurde am 29. April 1922 als Sohn des Baumeisters Alfred Unger und seiner Ehefrau Dorothea geboren. In seiner Vaterstadt Pirna besuchte er bis 1932 die Volksschule und anschließend das Realgymnasium/Oberschule für Jungen, auf dem er im Dezember 1939 das „Kriegsabitur“ ablegte. Nach dem medizinischen Staatsexamen absolvierte er die Pflichtassistenten am städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhaus. Die Promotion erfolgte an der Berliner Universität in Berlin Mitte.

Die Assistentenstellen an der Berliner Krankenhäusern waren damals ziemlich limitiert und es bestand kaum eine Möglichkeit zur Niederlassung in der „freien Praxis“, so dass Unger die Stelle eines Schularztes im Gesundheitsamt Wedding unter dem Amtsarzt Dr. Fuß übernahm.

1950 wechselte er auf die Stelle des Seuchenreferenten des Gesundheitsamtes Wedding. Das Bezirksamt Wedding entsandte ihn an die Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf zur Teilnahme am Amtsärztkurs und zur Ablegung der „Staatsärztlichen Prüfung“.

Im Gesundheitsamt Wedding lernte Unger den ärztlichen Dezernenten der Krankenhausabteilung des Senators für das Gesundheitswesen, Dr. med. Günter Mühe, kennen. Dieser hatte von Fuß das Dienstzimmer des Hygienereferenten seines Gesundheitsamtes für die amts- und vertrauensärztlichen Untersuchungen in Nebentätigkeit zur Verfügung gestellt bekommen, da Mühe aus den verschiedensten Gründen die Untersuchungen im Dienstgebäude in der Invalidenstraße nicht durchführen wollte. 1959 bot Mühe Unger eine Referentenstelle in seiner Abteilung an und Unger wechselte zum Senator für das Gesundheitswesen in der Invalidenstraße. Hier wurde er später als Unterabteilungsleiter für das gesamte Krankenhauswesen einschließlich Planung, Finanzierung, Bau und Aufsicht zuständig.

So lange das Rettungsamt Berlin (West) eine unterstellte Einrichtung der Gesund-

heitsverwaltung war, hatte er eine erweiterte Fachaufsicht und war maßgeblich an der Einführung der Notarztwagen beteiligt. Nachdem das Rettungsamt an die Berliner Feuerwehr abgegeben und aufgelöst wurde, blieb Unger für den Katastrophenschutz im Berliner Gesundheitswesen zuständig. Die Einrichtung des Berliner Herzzentrums und die Sanierung des Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses sowie die Verlegung des FU-Universitätsklinikums Charlottenburg zum Augustenburger Platz in Wedding erfolgten in seiner Zuständigkeit. Als Leiter der Abteilung „Krankenhaus und Sozialmedizin“ bei der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung wurde er 1987 in den Ruhestand versetzt.

Vielseitig interessiert, ist Unger ein Musikliebhaber – „Klavierspieler, kein Pianist“ – der für Verwandte und Freunde mehr als 120 Hauskonzerte gab. Als begeisterter Tennisspieler war er 13 Jahre Präsident des Tennisclubs Grün Weiß 1919 Tegel. Über Jahrzehnte machte er Urlaub mit seiner Familie in Norwegen und baute dort ein Haus. Schicksalsschläge blieben nicht aus. Zwei seiner vier Söhne aus seiner Ehe mit Anneliese Klemmt verstarben jeweils im 56. Lebensjahr. Am 29. April wird Wolfgang Unger 90 Jahre.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

Wolf-Dieter Ludwig zum Sechzigsten

Außergewöhnliches Symposium für einen außergewöhnlichen Querdenker

„Es ist so Usus, Brauch und Kult, dass Freude aufkommt, wenn wer nullt. Kollegen, Freunde, Ehrengäste erscheinen froh und gern zum Feste...“

So beginnt ein Langes Geburtsgedicht für den Hämato-Onkologen, kritischen Pharmakener und deshalb Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft Wolf-Dieter Ludwig. Der vortragende Verseschmied war Dietrich von Herrath, sein Kollege vom „Arzneimittelbrief“. Dessen Poem haben wir auch für ein paar Zwischentitel dieses Berichts ausgebeutet, der Scherz, Satire, Ironie und tiefere Bedeutung dieses Symposiums einzufangen versucht.

Ort der Handlung: Der Cafeteria-Saal des Helios-Klinikums Berlin-Buch. Der Ärztliche Direktor Josef Zacher begrüßt kurz die Gäste und informiert sie, dass Wolf-Dieter Ludwig vor sechzig Jahren in Chinas Sternzeichen des Drachens geboren wurde. Daher sei er „mit den besten Eigenschaften gesegnet, die man nach chinesischem Verständnis nur haben kann: Mut, Ehrgeiz, Intelligenz und Tüchtigkeit.“ Außerdem seien Drachen-Menschen die geborenen Anführer: Ohne

Rebellion, sondern ganz natürlich beanspruchen sie den ersten Platz. Drachengeborene sind gesund, energiegeladener und leben lange. Sie sind aber durchaus erregbar, ungeduldig und hartnäckig. Dabei sind sie immer zuverlässig, selbstbewusst, ehrlich und mutig. Sie haben einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn. Sie sind Perfektionisten und erwarten die Perfektion auch von ihren Mitmenschen. Der Drache ist der geborene Siegertyp.

Da sage noch einer, Horoskope seien Quatsch. Ein Ärztlicher Direktor wird doch seine Klinikchefs kennen! – Dann zeigt und interpretiert Ursula Gundert-Remy (Ludwigs Stellvertreterin im Vorsitz der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) ein Bild, das exakt zu Zachers Beschreibung passt: Ludwig als Fußballer; entschlossener Blick nach vorn, zielstrebig, dynamisch, siegesgewiss. Leider nur eine gekonnte Fotomontage, aber er hätt's sein können, als begeisterter Fußballspieler seit früher Jugend.

Von Scherz, Satire, Ironie zur tieferen Bedeutung

Ein altes Märchen der Gebrüder Grimm erzählte Bruno Müller-Oerlinghausen (Ludwigs langjähriger Vorgänger im Vorsitz der Arzneimittelkommission): „Der Gevatter Tod“. Es spiegelt bildkräftig einen

innerärztlichen Interessenkonflikt. In dem von Ludwig mitherausgegebenen Buch „Interessenkonflikte in der Medizin“ (Besprechung in BERLINER ÄRZTE Nr. 12/2011, S. 4) fehlt er mit Recht, denn er passt nicht in dessen Kontext.

Es geht in diesem weisen Märchen um den Konflikt, den gerade Onkologen ständig ausfechten müssen: Leben retten um jeden Preis? (Was angesichts der „innovativen“ Onkologie sogar wörtlich zu nehmen ist.) Oder „einer übergreifenden Lebens- und Sterbensvernunft“ den Vortritt lassen? „Wir sind lieber Heroen, wir ringen bis zum Letzten mit dem Tod“, sagte Müller-Oerlinghausen. Das Märchen aber geht, kurzgefasst, so:

Der Gevatter Tod

Als ein armer Mann auf der Landstraße einen Paten für sein dreizehntes Kind sucht, bietet sich der Tod als Gevatter an, erscheint auch zur Taufe – ohne Geschenk. Als der Knabe herangewachsen ist, kommt der Pate wieder. „Er führte ihn hinaus in den Wald, zeigte ihm ein Kraut, das da wuchs, und sprach: „Jetzt sollst du dein Patengeschenk empfangen. Ich mache dich zu einem berühmten Arzt. Wenn du zu einem Kranken gerufen wirst, so will ich dir jedes Mal erscheinen; stehe ich zu Häupten des Kranken, so kannst du keck sprechen, du wolltest ihn wieder gesund machen, und gibst du ihm dann von deinem Kraute ein, so wird er genesen; steh ich aber zu Füßen des Kranken, so ist er mein, und du musst sagen, alle Hilfe sei umsonst und kein Arzt in der Welt könne ihn retten. Aber hüte dich, dass du das Kraut nicht gegen meinen Willen gebrauchst, es könnte dir schlimm ergehen.“

Lange Zeit hielt sich der Patensohn des Todes an dessen Anweisung und wurde zum berühmtesten Arzt der Welt. Aber als er eines Tages den Tod zu Füßen des kranken Königs stehen sah, wagte er es, ihn zu überlisten, legte den Kranken „verkehrt, so dass der Tod zu Häupten desselben zu stehen kam. Dann gab er ihm von dem Kraute ein, und der König erholte sich und ward wieder gesund.“ Der betrogene Tod aber drohte dem Arzt, ihn selbst mitzunehmen, sollte er solches noch einmal wa-



Ursula Gundert-Remy vor ihrer Ludwig-Fotomontage

gen. Und doch wagte er es: als der König Tag und Nacht um seine schwerkranke einzige Tochter weinte und bekanntmachen ließ, „wer sie vom Tode errettete, der sollte ihr Gemahl werden und die Krone erben“. Der Arzt rettete sie gegen den Willen seines Gevatters, aber „war nun selbst in die Hand des Todes geraten“.

„... zu klären, ob und wann Arzneien Patienten wirklich hilfreich seien“

Die Märchenweisheit passte an diesen Ort. Das ärztliche Auditorium verstand und war bewegt. Der Arzt soll seine Grenzen erkennen und anerkennen. Als Mahnung an den Jubilar war dies gewiss nicht gemeint. Ihm wünschte der Festredner, „dass seine Patienten ihn auch künftig als den guten Arzt erleben, der seine Grenzen kennt und doch innerhalb derselben das sinnvoll Menschenmögliche tut, um ihnen zu einem würdigen Leben oder Sterben zu verhelfen“.

Ganz passt das Märchen doch nicht zur Onkologie, denn so märchenhaft sicher wie das Kräutlein wirken die Onkologika bekanntlich nicht. Vor allem die noch zu wenig erprobten immer neuen und immer teureren sind noch weit davon entfernt. Gerade Wolf-Dieter Ludwig hat oft auf das Missverhältnis von hohem Aufwand bei großem Schadenspotenzial und fraglichem Nutzen innovativer Krebsmittel hingewiesen, zum Beispiel auf der Abschluss-tagung des Arbeitskreises „Versorgungsqualität in der Onkologie“ (siehe Bericht „Krebsmittel: Zugelassen, aber nutzlos?“ in BERLINER ÄRZTE Nr. 3/2011, S. 20-22).

Dort sagte Ludwig: „Mehr Grundlagerefor-schung – bessere Medikamente – diese Hoffnung hat getragen. Wir haben jetzt ein Overload unzureichend geprüfter Arzneimittel. Gewonnene Lebensmonate sind oft stark mit Nebenwirkungen belastet.“ – Sind sie dann wirklich ein Gewinn für den Patienten? Nur weil dies so frag-würdig ist, darf man auf die enormen Kosten verweisen. Die innovativen Onko-logika drohen, die Kasse zu sprengen – die Krankenkasse.

„... und wer hier Wissen mehren mag, der ehrt mit klugem Fachvortrag“

Leider glauben viele Patienten, ein Prä-

parat wirke umso besser, je teurer es ist. Ein früherer Kollege Ludwigs, Antonio Pezzutto (Charité, Campus Benjamin Franklin), zog den Vergleich mit einer ex-perimentellen Weinprobe. Den Probanden schmeckte der angeblich teure Wein bes-ser als der preiswerte. Die Weine waren aber identisch, nur die Etiketten nicht. Bei Medikamenten kennt man derlei Etikettenschwindel zur Genüge. Die Bedeutung des Marketing sei kaum zu überschätzen, meinte Pezzutto.

In einem Fachvortrag „Targeted Therapy beim Non-Hodgkin-Lymphom – Segen oder Fluch?“ beantwortete er die Titelfra-ge so: „Segen oder Fluch, das hängt von uns ab. Wir dürfen jedenfalls nicht alle Patienten gleich behandeln.“ Schließlich hat man es hier mit einer sehr heteroge-nen Krankheitsgruppe zu tun. Pezzutto warnte auch vor Übertherapie bei Patienten, die eigentlich schon geheilt sind. Übertherapie kommt also keines-wegs nur bei jenen vor, an deren Fußende der Tod steht.

Auch die akute lymphatische Leukämie (ALL) ist wegen der vielen genetischen Subtypen keine einheitliche Krankheit. Sie ist heute immer besser, ja, vor allem bei Kindern ganz überwiegend heilbar. Nicht dank neuer Arzneimittel, sagte Martin Schrappe (Uni-Klinikum Kiel), Leiter der größten Studie zu ALL im Kindesalter. „Wir haben noch immer dieselben Medika-mente wie beim Berliner Protokoll, aber wir haben gelernt, besser damit umzuge-hen.“ Gelernt durch Studien, in deren Rah-men sämtliche ALL-Kinder behandelt wer-den, bei guter internationaler Zusammen-arbeit. So zeigte sich zum Beispiel, dass ei-ne Wiederholung desselben Therapie-protokolls den Erfolg verdoppelt. Die Prognose hängt vor allem von einer exak-ten Bestimmung des Subtyps und einer adäquaten risikoadaptierten Therapie ab.

Der produktive Querdenker

In einem kurzen historischen Rückblick auf die Berliner Krebsmedizin im Allgemeinen und die Bucher Onkologie im Besonderen nannte Thomas Benter (Paul Gerhard Stift Wittenberg) Ludwig anerkennend einen „Querdenker“. Längs und quer, hoch und

tief – auf alle Fälle: viel, rund 350 Publika-tionen, und die Liste seiner wissenschaftli-chen Schwerpunkte liest sich ehrfurchtge-bietend: „Immunphänotypisierung häma-tologischer Neoplasien; zellbiologische Merkmale akuter Leukämien; Regulation von Apoptose und Genexpressionsanalyse in akuten Leukämien“. Die klinische Liste ist noch länger und endet mit den Worten: „Rationale Pharmakotherapie in der Hämatologie/internistischen Onkologie.“

Für rationale Pharmakotherapie steht Ludwig auch fachübergreifend; darauf kommen wir gleich zurück, noch ein paar Stichworten zum Werdegang: Das gebore-ne Münchner Kindl mit berlinischer Früh-erziehung und Medizinstudium (1971-1979) im belgischen Löwen, in Frankfurt/Main, Innsbruck und Berlin war ein paar Jahre lang wissenschaftlicher Mitarbeiter am Pharmakologischen Institut der FU Berlin, wo Ludwig 1982 auch promovierte. Die Habilitation 1991 fiel dann in die Zeit als Oberarzt in der Abt. für Innere Medizin m.S. Hämatologie und Onkologie am da-maligen FU-Klinikum Steglitz (1988-1993). Der Ruf auf eine C3-Professur (1994) galt aber für den Fachbereich Uni-Klinikum Rudolf Virchow, Bereich Berlin-Buch. Denn seit 1993 war Ludwig leitender Oberarzt und stellvertretender Direktor der Medizinischen Klinik m.S. Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie, die bis vor kurzem noch Robert Rössle-Klinik hieß und zur Charité (Campus Berlin-Buch) ge-hörte, also zur Humboldt-Universität, wie zu dieser Zeit auch das Virchow-Klinikum.



Bruno Müller-Oerlinghausen als Märchenerzähler

Als 2001 der damalige Chef der damaligen Rössle-Klinik Friedhelm Herrmann nach Ulm ging (s. auch Feuilleton S. 40) wurde Ludwig Direktor der Klinik. Den Traditionsnamen Rössle-Klinik darf sie nicht mehr tragen. Als Helios und Charité sich vor Gericht darum stritten, wurde entschieden: Dann eben keiner.

„Mit Dir gemeinsam kritisch denken und Lesern klaren Durchblick schenken“

Behandeln, Leiten, Lehren, Forschen – eigentlich mehr als genug Aufgaben. Aber energiegeladen wie Drachengeborene sind (siehe oben), gibt's da noch tausend Mitgliedschaften in deutschen und ausländischen Fachgesellschaften, Kompetenznetzwerken, Beiräten, Expertengruppen, Arbeitskreisen... Nennen wir nur die beiden für die Nicht-Onkologen unter den Ärzten wichtigsten Gremien, zumal sie neben Ludwigs Klinik auch Mitveranstalter des Symposiums waren:

„Der Arzneimittelbrief“ ist eins der vier deutschen industrieunabhängigen, sogar anzeigenlosen Arzneimittelbulletins. Ludwig arbeitet seit 1991 daran mit, gehört seit 1996 der Redaktion an und ist seit 2006 Mitherausgeber.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ist wohl der wichtigste Fachausschuss der Bundesärztekammer. Dessen Mitglied ist Ludwig seit 1999, dem Vorstand gehört er seit 2000 an, den Vorsitz führt er, als Nachfolger Müller-Oerlinghausens, seit 2006; eine Arbeitslast, die ein forschender Klinikdirektor nur mit Hilfe besonders engagierter Teams auf beiden Arbeitsfeldern bewältigen kann.

Ludwigs Stellvertreterin im Vorsitz der Arzneimittelkommission, Ursula Gundert-Remy, sprach von der enorm wichtigen traditionellen Aufgabe dieses ärztlichen Gremiums: Unabhängige Informationen über Nutzen und Schaden von Medikamenten zu bieten; Informationen, die nicht interessengeleitet sind wie das Gros all dessen, womit die Industrie Ärzte in ihrem Ordnungsverhalten zu beeinflussen sucht. Sie erinnerte an die Informationsmedien der Arzneimittelkommission:

Das schon in 22. Auflage vorliegende praxisnahe Handbuch „Arzneiverordnungen“,

die evidenzbasierten Therapieempfehlungen zu einzelnen Indikationen (teils auch in Buchform und zum Teil auch für Patienten aufbereitet); ferner „Arzneiverordnung in der Praxis“, eins der vier unabhängigen Arzneimittelbulletins Deutschlands; „Wirkstoff aktuell“ mit Bewertung besonders kostspieliger Medikamente; schließlich die Bekanntheit zu Arzneimittelrisiken, die das Deutsche Ärzteblatt noch immer ganz, ganz hinten versteckt, gleich bei den Anzeigen.

Im Internet findet man das Informationsportal „Neue Arzneimittel“ unter www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/NA/ sowie, mit dem Titel „Drug Safety Mail“, aktuelle Sicherheitsinformationen; kostenlose Anmeldung: www.akdae.de/Service/Newsletter/

Die Tradition wird offensichtlich nicht nur fortgeführt, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat auch neue Ziele zum Teil schon in Angriff genommen: Noch höhere Qualität, bessere Wahrnehmbarkeit, das Nutzen neuer Medien, sagte Ursula Gundert-Remy.

Musiktherapie mit J.S. Bach

Musik durfte auf diesem Fest für Ludwig natürlich nicht fehlen, er kommt ja aus einem tönenden Elternhaus, als Sohn Walter Ludwigs, des berühmten Tenors. Einige von Johann Sebastian Bachs Goldberg-Variationen spielte das Heinrich Zille-Trio des Deutschen Symphonie-Orchesters. Die Wahl gerade dieser Musik hatte für die Klinik, zu der seit einiger Zeit auch eine Palliativstation gehört, tiefere Bedeutung. Man kann von einem musiktherapeuti-



Wolf-Dieter Ludwig

schen Auftragswerk sprechen: Der kränkelnde Hermann Carl Graf von Keyserling, russischer Gesandter am Dresdner Hof, ließ sich von dem jungen Danziger Johann Theophilus Goldberg (quasi sein Leib-Musicus) in den Schlaf sedieren oder über seine Schlaflosigkeit hinwegtrösten.

Keyserling bat den Thomaskantor, ihm ein paar Stücke zu schreiben, die „so sanften und munteren Charakters wären, dass er dadurch in seinen schlaflosen Nächten etwas aufgeheitert werden könnte.“ Weil sich dem Auftraggeber so gut gefielen, bekam Bach ein fürstliches Honorar: Hundert Louisdor in goldenem Becher. Ludwigs Festversammlung spendete wenigstens rauschenden Beifall.

Wolf-Dieter Ludwig, der erst zwei Wochen vorher etwas von dem Geburtstags-Symposium erfahren hatte, dankte allen Beteiligten sichtlich überwältigt, besonders seinen Mitarbeitern. Er philosophierte ein wenig über die Zeit, erwähnte dabei Seneca und das gerade von der Staatsoper aufgeführte wunderbare erste Händel-Oratorium, und überspielte seine Rührung mit Ironie: „Mit sechzig hat man bei der BVG Anspruch auf eine Seniorenkarte. Und auf einen Sitzplatz in der Straßenbahn.“ Also sprach ein passionierter Radfahrer.

Rosemarie Stein

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2011 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

Dr. med.	Franz Prause	28.06.1916	03.01.2011
Dr. med.	Hartmut Hagen	09.07.1943	05.01.2011
Dr. med.	Edith Rimpel	25.04.1926	08.01.2011
Dr. med.	Irmhild Kohte-Meyer	23.06.1941	11.01.2011
	Jesus Cristobal Dobao Cuenca	24.12.1957	18.01.2011
Dr. med.	Hannelore Haberl	17.10.1924	20.01.2011
Dr. med.	Aleksander Zdravkovic	14.01.1934	21.01.2011
Dr. med.	Ingrid Schmidt	23.04.1935	22.01.2011
	Gerda Kunter	16.01.1918	25.01.2011
	Hans Hermann Klasen	20.11.1942	27.01.2011
	Heinz Pokorny	26.01.1924	27.01.2011
Dr. med. dent.	Osmar Richard Arno Berger	29.08.1912	27.01.2011
Dr. med.	Hans Joachim Knütter	21.01.1927	02.02.2011
Dr. med.	Andreas Alexander	11.11.1966	02.02.2011
Prof. Dr. med.	Ingeborg Großmann	22.06.1928	04.02.2011
Prof. Dr. med.	Gregor Bosch	18.08.1926	04.02.2011
Dr. med.	Thomas Wansel	16.11.1949	04.02.2011
Dr. med.	Herbert Landmann	30.05.1919	05.02.2011
Dr. med.	Gisela Sommer	16.02.1938	07.02.2011
	Juliane Veith	18.06.1960	08.02.2011
Dr. med.	Bernd Stammler	20.05.1951	14.02.2011
Dr. med.	John Isaac Dukpa	02.10.1938	15.02.2011
	Gabriele Offermann	03.01.1956	15.02.2011
Dr. med.	Hans Dorniok	21.02.1945	18.02.2011
Doz. Dr. sc. med.	Christa Grosch	10.06.1931	22.02.2011
Dr. med.	Arnold Hensel	13.02.1924	22.02.2011
Dr. med.	Dorothea Hagemann	23.04.1935	23.02.2011
Dr. med.	Reinhart Kronenberg	16.05.1925	24.02.2011
Dr. med.	Wolfgang Haensch	18.06.1953	27.02.2011
	Klaus Weihrauch	25.11.1976	01.03.2011
	Helmut Gaida	28.04.1934	14.03.2011
	Alois Lang	24.09.1936	15.03.2011
Dr. med.	Waltraud Neidhardt	05.07.1935	19.03.2011
Dr. med.	Dr.med. Dorle Seiler	16.03.1917	28.03.2011
Dr. med.	Friedrich Wilhelm Bährens	08.02.1927	31.03.2011
Dr. med.	Curt Oskar Carl August von Häbler	18.06.1932	01.04.2011
Dr. med.	Helga Hanna Stratil	01.11.1920	07.04.2011
Dr. med.	Gerhard Jacob	12.01.1928	12.04.2011
Dr. med.	Peter Kuhnt	21.06.1941	16.04.2011

Prof. Dr. med.	Heinz Heidrich	11.01.1937	19.04.2011
	Beti Megre	01.04.1923	19.04.2011
	Irma Käthe Erika Ohnesorge	11.08.1928	19.04.2011
	Renate Klara Luise Sander-Treske	21.06.1926	20.04.2011
Dr. med. habil.	Peter Hagemann	05.05.1920	25.04.2011
Dr. med.	Felix Czaika	20.11.1923	28.04.2011
Dr. med.	Eckhart Hentschel	18.07.1922	28.04.2011
Dr. med.	Klaus Wilhelm Robert Walther	17.05.1920	29.04.2011
Dr. med.	Claus Rosenthal	27.12.1919	06.05.2011
Prof. Dr. sc. med.	Jürgen Schmidt	30.04.1943	07.05.2011
Dr. med.	Irene Ingeborg Hildegard Newman	15.04.1919	12.05.2011
Dr. Dr.	Dietmar Schlums	16.03.1942	12.05.2011
	Maria Gerick	02.03.1931	13.05.2011
Dr. med.	Waltraud Feuker	27.07.1942	14.05.2011
Dr. med.	Ludwig Dupuis	31.01.1923	17.05.2011
	Renate Karin Ullrich	27.09.1941	21.05.2011
Dipl.-Med.	Renate Fiedler	24.08.1946	23.05.2011
Dr. med.	Bertold Beck	05.08.1921	27.05.2011
Dr. med.	Michael Goldstein	10.07.1948	04.06.2011
Dr. med.	Wolfram Schwarz	30.06.1968	07.06.2011
	Helga Friedel	06.12.1949	09.06.2011
Dr. med.	Emilie Käthe Hildegard Korseck	21.03.1910	09.06.2011
Dr. med.	Ilse Halfter	10.12.1923	11.06.2011
Dr. sc. med.	Klaus-Jürgen Ruhnau	04.01.1942	12.06.2011
Dr. med.	Gudrun Kretschmer	21.07.1930	15.06.2011
	Erdmute Clara Linke	05.04.1923	17.06.2011
Dr. med.	Siegfried Redlinger	31.10.1915	18.06.2011
	Hansjörg Noack	10.09.1943	27.06.2011
Dr. med.	Renate Rasehorn	08.08.1940	04.07.2011
Dr. med.	Alfred Backhaus	30.09.1951	04.07.2011
	Rudolf Siegfried Richter	15.11.1933	10.07.2011
Dr. med.	Friedrich-Carl Edel	11.05.1932	13.07.2011
Dr. med.	Milka Ceh	20.06.1923	17.07.2011
Dr. med.	Wolfgang Schmidt	22.07.1947	21.07.2011
	Horst Rassow	20.12.1959	23.07.2011
Dr. med.	Eberhard Reschke	08.12.1937	25.07.2011
Prof. Dr. med.	Hans Joachim Eberlein	20.08.1919	27.07.2011
Dr. med.	Hans Liebelt	16.01.1923	29.07.2011
Dr. med.	Christiane Sedemund	22.12.1956	31.07.2011

P E R S O N A L I E N

Dr. med.	Elsbeth Lohff	27.03.1920	02.08.2011
	Karlheinz Hellwig	16.02.1921	02.08.2011
Dr. med.	Joachim Gaul	29.11.1928	05.08.2011
Dr. med.	Waltraut Kahl	24.07.1921	10.08.2011
Dr. med.	Ursula Mildt	29.03.1916	11.08.2011
Dr. med.	Bettina Maria Margarete Ruth Häring	28.06.1960	14.08.2011
Dr. med.	Claus Martin Luther	24.01.1924	15.08.2011
Dr. med.	Hans-Georg Christian Dinglinger	13.02.1939	15.08.2011
Dr. med.	Alexander Kuttner	14.11.1921	16.08.2011
Prof. Dr. med.	Horst Werner Gustav Dombrowski	22.11.1924	18.08.2011
	Helga Gerda Staritz	10.10.1938	21.08.2011
Dr. sc. med.	Renate Bleiber	11.05.1936	22.08.2011
Dr. med.	Hans Grajetzki	29.05.1938	24.08.2011
Dr. med.	Hans Karl	04.01.1919	25.08.2011
Dr. med.	Hans Schwanitz	30.07.1936	26.08.2011
Dr. med.	Armin Krebs	05.06.1921	29.08.2011
	Marianne Bieber	24.12.1934	04.09.2011
Dr. med.	Tilmann Rockstroh	05.07.1939	05.09.2011
Dr. med.	Eckart Heym	24.06.1924	07.09.2011
Dr. med.	Wolfgang Kleespies	04.05.1944	14.09.2011
	Maria Christiane Meyer-Rohm	04.10.1960	15.09.2011
Dr. med.	Johannes Marten	18.06.1919	16.09.2011
Prof. Dr. med.	Dieter Huhn	15.11.1935	16.09.2011
Dr. med.	Horst Pöthe	01.01.1934	18.09.2011
Dr. med.	Alexander Heckenkamp	07.05.1923	20.09.2011
Dr. med.	Achmed Kabir	25.05.1924	23.09.2011
Dr.(CZ)	Eveline-Eva Hitzler-Burger	09.11.1930	23.09.2011
Dr. med.	Hans-Joachim Kündiger	11.04.1922	24.09.2011
Dr. med.	Susette Schulz	30.03.1945	24.09.2011
Dipl.-Med.	Kerstin Glock	06.01.1957	24.09.2011
Dr. med.	Alexander Wenzel Strachovsky	24.02.1918	24.09.2011
Dr. med.	Jan-Hinnerk Husen	24.02.1921	01.10.2011
Dr. med.	Hartmut Paul Wilhelm Kunow	25.05.1951	01.10.2011
	Bojidar Barov	26.03.1936	03.10.2011
Dr. med.	Rosalinde Erlebach	28.10.1943	06.10.2011
Dr. med.	Erika Kühl	15.04.1924	10.10.2011
Dr. med.	Joachim Margale	20.04.1930	11.10.2011
Dr. med.	Gerhard Dietz	08.02.1926	13.10.2011
Prof. Dr. med.	Werner Greve	21.07.1928	13.10.2011
Dr. med.	Johannes-Christian Stehfen-Gervinus	02.05.1948	18.10.2011
	Frank Paulsen	05.09.1943	20.10.2011
Dr. med.	Rolf Detlef Drossel	22.11.1954	24.10.2011
Dr. med.	Elfriede Frieda Maria Wolf	06.07.1915	24.10.2011
Dr. med.	Traute Märker	24.11.1922	25.10.2011
Dr. med.	Hans Hackensellner	05.05.1919	25.10.2011

	Heinz Karl Diedrich	21.06.1918	25.10.2011
Dr. med.	Fritz-Albert Kuske	27.04.1921	28.10.2011
Dr. med.	Heinrich Oskar Christian Wagner	01.06.1919	31.10.2011
Dr. med.	Heinrich Gernot Jungblut	05.04.1921	31.10.2011
Dr. med.	Robert Amachukwu Sunday Egbuna	15.01.1934	04.11.2011
Dr. med.	Elke Willert	12.08.1942	05.11.2011
Prof. Dr. med.	Werner Arnold Schlungbaum	22.05.1917	09.11.2011
Dr. med.	Editha Lotz	10.12.1927	10.11.2011
Dr. med.	Liesel Memmert	27.10.1920	12.11.2011
Dr. med.	Penka Popova	25.06.1930	18.11.2011
Dr. med.	Edith Nahmmacher	29.01.1926	18.11.2011
	Gabriele Majunke	07.02.1950	19.11.2011
Dr. med.	Magdalene Hinz-Duman	04.07.1926	20.11.2011
Dr. med.	Liselotte Bingel	18.08.1916	22.11.2011
Dr. med.	Maria Francke	07.07.1920	27.11.2011
Dr. med.	Herbert Herken	11.06.1920	27.11.2011
Dipl.-Med.	Gabriela Odoj	12.03.1951	28.11.2011
	Angelika Hertzner-Reier	08.04.1944	28.11.2011
	Erika Poschmann	29.07.1922	30.11.2011
Dr. med.	Elisabeth Klara Noerthen	15.12.1926	02.12.2011
Dr. med.	Rita Elisabeth Koch	21.04.1950	09.12.2011
Dr. med.	Ursula Wagner	07.09.1920	11.12.2011
Prof. Dr. med.	Manfred Aloisius Wolter	10.09.1929	21.12.2011
Dr. med.	Christa Henkel	17.10.1922	25.12.2011
	Faina Feinstein	26.03.1919	26.12.2011
	Heiko Lassek	28.02.1957	28.12.2011
Dr. med.	Heinrich Otto Polthier	30.10.1934	30.12.2011

ANZEIGEN

„Mit Thomas Bernhard in der Irrenanstalt“

„... Alle Augenblicke sagten sie das Wort manisch, alle Augenblicke das Wort depressiv und es war in jedem Fall immer falsch. Alle Augenblicke flüchteten sie wie alle anderen Ärzte (!) in ein anderes Wissenschaftswort, um sich (nicht aber den Patienten!) zu schützen und abzusichern. Wie alle anderen Ärzte verschanzten auch die den Paul behandelnden sich hinter der lateinischen Sprache, die sie zwischen sich und ihrem Patienten als einen unüberwindlichen und undurchdringlichen Wall aufrichteten...“

Das war O-Ton Thomas Bernhard. Beim großen Übertreibungskünstler, einem erfahrenen lebenslangen Patienten, finden sich noch weit größere Ärztebeschimpfungen, vor allem hier, wo's um Paul geht, dem Mathematiker, Opernfan und hochgebildeten Neffen des Philosophen Ludwig Wittgenstein. Ihm hat Bernhard eines seiner autobiographischen, schonungslos selbstbespiegelnden Bücher gewidmet: „Wittgensteins Neffe. Eine Freundschaft“ (1982 bei Suhrkamp erschienen, seit 1987 auch als Suhrkamp-Taschenbuch erhältlich.) Großkritiker Reich-Ranicki: „Nie hat Bernhard menschenfreundlicher, nie zärtlicher geschrieben.“

Die Freunde wurden gleichzeitig auf dem Wilhelminenberg im Westen Wiens behandelt, Thomas Bernhard in der Lungenheilstätte Baumgartenhöhe, Paul Wittgenstein 200 Meter entfernt in der „Irrenanstalt“ Am Steinhof. Das war 1967, aber Bernhard, der starke Worte liebte, schrieb da noch „Verrücktheit“ und „Irrenanstalt“. Ganz falsch war das wohl nicht, denn, so schreibt er: „Der Herr Baron wurde von den Pflegern in einen der Käfige, also in eines der Hunderte von Gitterbetten, die nicht nur an den Seiten, sondern auch in der Höhe vollkommen vergiftet sind, gesperrt und war dort so lange niedergehalten, bis er gebrochen und also erledigt gewesen war. Nach wochenlanger Schlag- und Schocktherapie.“

War's in Berlin besser? Zumindest wurde in der Krankenstadt Buch mit ihren be-

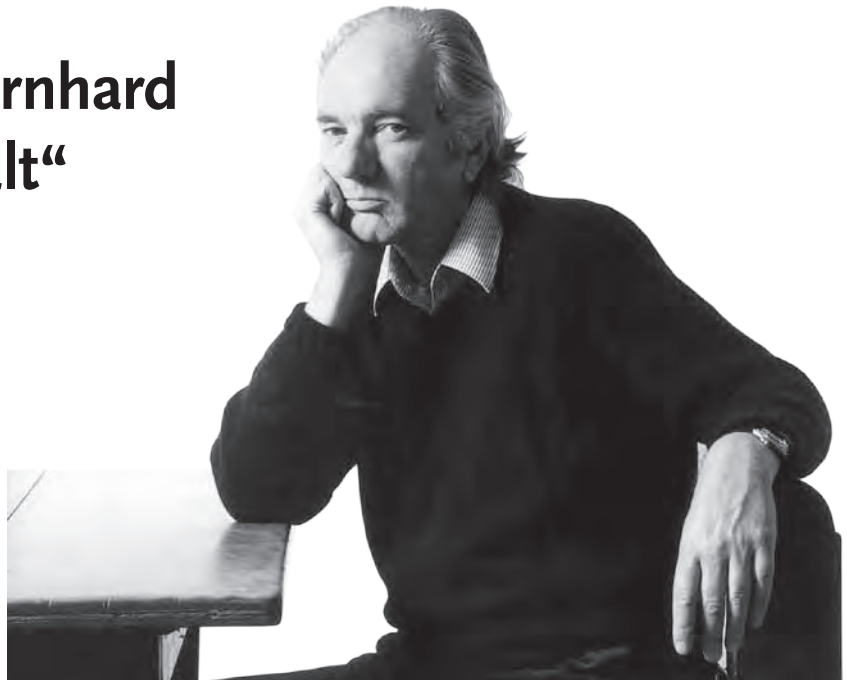


Foto: Andrej Reiser/Suhrkamp Verlag

Thomas Bernhard

rühmten Ludwig-Hoffmann-Bauten die „1. III. Irrenanstalt“ schon 1926 in „Heil- und Pflegeanstalt“ umbenannt. Von 1906 bis 1908 hat Alfred Döblin hier als „Irrenarzt“ gearbeitet. In „Berlin Alexanderplatz“ (1929) lässt er seinen Franz Biberkopf dort im Stupor sterben. Aus der „Heil- und Pflegeanstalt“ wurde das Hufeland-Krankenhaus, später das „Institut für Tuberkulose und Lungenerkrankungen, führend im ganzen Ostblock.

In diesem Teil der Medizinstadt Buch entstand 1949, als Krebsforschungsklinik der Akademie der Wissenschaften, die nicht minder berühmte Robert Rössle-Klinik für Geschwulstkrankheiten. Heute ist sie integriert ins neu erbaute Helios-Klinikum und ihr Leiter ist Wolf-Dieter Ludwig – womit wir endlich bei der Hauptquelle und dem Anlass für diese Zeilen sind. Als Beitrag zu Ludwigs Geburtstags-Symposium (s. Seite 35 dieses Heftes) hielt Georg Maschmeyer, Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin im Ernst von Bergmann-Klinikum Potsdam, einen amüsanten Vortrag mit dem schönen Titel „mit Thomas Bernhard in der Irrenanstalt“. Warum dies Thema? Der Potsdamer Professor nannte mehrere Gründe:

Als er zusammen mit Ludwig in der Rössle-Klinik arbeitete, teilten sie die große Vor-

liebe für Bernhard, schenkten sich gegenseitig seine Bücher und sahen sich seine Stücke an. Sie fanden es wohl auch ganz heilsam, sich von einem klugen Patienten mit einer „Lebenskrankheit“ den Spiegel vorhalten zu lassen, selbst wenn's ein Zerspiegel ist. Und warum gerade „Wittgensteins Neffe“? Wegen einer Namenszufälligkeit: Freund Paul wurde im „Pavillon Ludwig“ behandelt (da kann man wahlweise Wolf-Dieter oder Wittgenstein assoziieren). Und Bernhard erholte sich von seiner Lungen-OP langsam, sehr langsam im „Pavillon Herrmann“.

Nachdem Maschmeyer dies aus „Wittgensteins Neffe“ zitiert hatte, raunten und sicherten besonders die Hämato-Onkologen in der Festversammlung. Denn Herrmann – Friedhelm Herrmann – hieß damals der Chef der Rössle-Klinik, unter dem Ludwig und Maschmeyer Kollegen waren. Der wurde später in Ulm durch Studienmanipulationen zum Guttenberg seiner Disziplin und verlor seinen Lehrstuhl, was Forschungsszene und Presse in heftigen Aufruhr versetzte. – In Buch wurde dann der „Pavillon Herrmann“ (wenn wir mal die frühere Rössle-Klinik so nennen dürfen) zum „Pavillon Ludwig“. Einstürzte wie in Ulm sind da nicht zu befürchten – er ist erdbebensicher.

R. Stein