

BERLINER



ÄRZTE

07 / 2012 49. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztekammer Berlin

Mit



NÜRNBERG

115. Deutscher
Ärztetag

22. bis 25. Mai

und Verstand

Ärztetag

Liebe Leserin, lieber Leser,

ich weiß nicht, ob es Ihnen genauso geht wie mir. Als klinisch tätiger Arzt habe ich früher zwar registriert, dass wieder irgendwo ein Ärztetag stattgefunden hat, auf dem viele Diskussionen geführt und Beschlüsse gefasst wurden.

Mit meiner Arbeitsrealität als Krankenhausarzt hatte das herzlich wenig zu tun.

Dann geriet ich selbst als Delegierter auf den Deutschen Ärztetag – und siehe da, das Themenspektrum war enorm, die Diskussionen und Beiträge zu den Tagesordnungspunkten, aber auch zu anderen Themen mit Delegierten und hauptamtlichen Mitarbeitern aller Landesärztekammern war außerordentlich befruchtend und belebend. Auch wenn nur selten ein unmittelbarer Effekt auf den ärztlichen Alltag zu spüren war, wurden doch Weichen gestellt, Meinungen diskutiert und politische Richtungen gemeinschaftlich beschlossen. Ärztetage sind klug.

Der diesjährige fand in Nürnberg statt. Es war der erste unter der Leitung von Frank Ulrich Montgomery und dem neuen Präsidium mit den Vizepräsidenten Max Kaplan, dem Gastgeber als Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, und Martina Wenker. Er war wichtig und gleichwohl unspektakulär. Mit der Eröffnung des Ärztetages im Staatstheater Nürnberg war klar, dass sich Gesundheitsminister und Bundesärztekammer gegenseitig mögen. Zum Thema Patientenrechtegesetz stellte Minister Bahr fest, dass die Förderung der Fehlervermeidungskultur im Zen-



Foto: K. Friedrich

Dr. med. Günther Jonitz

(Chirurg)

Präsident der Ärztekammer Berlin

trum des Patientenrechtegesetzes stehe. Das freut den Berliner Kammerpräsidenten und einige andere mehr, weil das Thema Patientensicherheit und „Sicherheitskultur“ Gegenstand des Ärztetages 2005 in Berlin war. Manche Beschlüsse der Ärztetage erreichen die hohe Politik.

Zu den Themen und Beschlüssen finden Sie Informationen in diesem Heft und in der Ausgabe 22/23 des Deutschen Ärzteblattes. Blättern Sie mal durch. Sie werden etwas finden, was Sie betreffen könnte. Aus den Reihen der Berliner Delegierten kamen ca. 30 Anträge, sehr viele davon fraktionsübergreifend. Überhaupt nützen die Delegierten die Zeit vor Ort nicht nur für die Debatten und Abstimmungen im Plenum, sondern auch für zum Teil lange Diskussionen im Tagungshotel. Ich darf mich sehr für dieses offene Arbeits- und Gesprächsklima bedanken. Berlin zeigt, dass man – eigentlich – zusammen arbeiten kann.

Bei den Themen „Evaluation der Weiterbildung“, „kooperative Versorgungsstrukturen“ und „E-card“ war Berlin nicht unbeteiligt. Die Evaluation der Weiterbildung durch die Ärztekammern basiert auf einem Antrag von Matthias Albrecht und Werner Wyrwich aus einem vorvergangenen Ärztetag. Einer der Hauptredner zur „Kooperation“, der Nürnberger Arzt Veit Wambach vom Gesundheitsnetz QuE, bekam bereits im Jahr 2000 den Berliner Gesundheitspreis (noch einmal 2006) und konnte damals

bereits beweisen, dass bessere Organisation auch zu besserer Versorgung führen kann. Und mit der erneuten Ablehnung der E-card – „das politische Projekt Gesundheitskarte ist gescheitert“ – basiert auf dem Grußwort auf einer Berliner Veranstaltung. Nach wie vor gehen wichtige gesundheits- und standespolitische Impulse von Berlin aus.

Bei der Nachwahl eines Beisitzers zum Vorstand der Bundesärztekammer kam es zu einer Stichwahl zwischen dem stellvertretenden Bundesvorsitzenden des Marburger Bundes, Andreas Botzlar, und dem frisch gekürten Kandidaten aus dem niedergelassenen Bereich, Christoph von Ascheraden, Landarzt im Süd-Schwarzwald. Wenn man die Leistungsfähigkeit der Bundesärztekammer wichtiger nimmt als Verbandspolitik ist die Wahl von Ascheradens eine gute Wahl. Die Beisitzer sollen nämlich einen Ausgleich zu den Mitgliedern im BÄK-Vorstand darstellen, die qua Amt dort sind. So begrüßen wir einen weiteren niedergelassenen Arzt im Kreis der mehrheitlich im Krankenhaus tätigen Kammerpräsidenten.

Auch hier hat der Ärztetag klug entschieden. Bitte weiter so.

Ich wünsche Ihnen allen eine schöne und erholsame Sommerzeit.

Ihr



TITELTHEMA

Im Zeichen der Burg – Der Deutsche Ärztetag in Nürnberg

Von Sascha Rudat14

EDITORIAL.....

Ärztetag

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

Kampf gegen die Lepra

Informationen des Instituts für
Tropenmedizin.....11

BERUFS- UND GESUND- HEITSPOLITIK.....

Moderne Arbeitsmedizin mit historischen Wurzeln

50 Jahre Akademie für Arbeitsmedizin
Von Dieter Weigel.....21

Ran an die Patienten!

Bericht vom Kongress »Armut und
Gesundheit«
Von Rosemarie Stein.....28

Was wissen und meinen die Patienten!

MHH-Studie zur evidenzbasierten Medizin
Von Rosemarie Stein.....34



FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der
Ärztekammer Berlin.....26

»Burnout« in aller Munde

Ist uns eigentlich klar, worum es geht?
Von Sabine Möddel und
Matthias Brockstedt.....31

BUCHBESPRECHUNGEN...

Hulverstedt, Lennig: Berliner
Impulse zur Entwicklung der
modernen Medizin.....33

FEUILLETON.....

Friedrich der Kranke
Von Rosemarie Stein.....36

Blindes Vertrauen in Beipackzettel kann gefährlich sein!

Ärztinnen und Ärzte sollten Beipackzetteln zu Arzneimitteln und Medizinprodukten nicht blind vertrauen. Wie gefährlich dies werden kann, zeigt ein aktueller Fall aus der Abteilung für Berufsrecht der Ärztekammer Berlin. Zur Feststellung etwaiger HIV-Erkrankungen bei seinen Patienten verwendete ein Berliner Arzt HIV-Schnelltests, die den kombinierten Nachweis für das Bestehen oder Nichtbestehen von HIV-Antikörpern und dem p24 Antigen führen. Hinsichtlich der Sicherheit dieser Tests wurde auf Veranlassung des Arztes die Information erteilt, dass bei einem negativen Befund eine

Infektiosität der getesteten Person mit Sicherheit (d.h. zu 100%) auszuschließen sei. Gegenüber der Ärztekammer Berlin verwies der Arzt hierzu unter anderem auf die Packungsbeilage des Schnelltests. Darin fand sich unter der Überschrift „Grenzen des Verfahrens“ der Satz: „Ein negatives Resultat sowohl für Antikörper für HIV und p24 Antigen schließt die Möglichkeit einer Infektion mit HIV-1 oder HIV-2 Viren aus.“ Hierbei handelte es sich jedoch um einen Druckfehler. Dies ergab sich bereits aus dem Kontext sowie aus dem Vergleich des zitierten Satzes mit der Angabe in der

englischen („does not preclude“) und der französischen („n'exclut pas la possibilité“) Fassung der Packungsbeilage. In dem genannten Satz des deutschsprachigen Beipackzettels war schlicht vor dem Wort „aus“ das Wort „nicht“ vergessen worden. Die Aussage der völligen Sicherheit eines negativen Testergebnisses ist zudem wissenschaftlich nicht haltbar. Auch der gegenständliche HIV-Test weist eine diagnostische Lücke auf und kann daher eine nur kurze Zeit zurückliegende Infektion nicht mit Gewissheit anzeigen. Die Ärztekammer Berlin meldete den Sachverhalt umgehend bei dem zuständigen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, welches den Druckfehler bestätigte und eine Richtigstellung nebst Sicherheitsinformation durch den Hersteller veranlasste. Sowohl mit Blick auf eine etwaige Patientengefährdung als auch auf das ärztliche

Berufsrecht ist dieser Sachverhalt äußerst bedenklich. Eine solche unrichtige Patienteninformation könnte im vorliegenden Fall nicht nur für den Patienten selbst, sondern aufgrund der bestehenden Ansteckungsgefahr auch für dritte Personen schwerwiegende Folgen haben. Zudem würde ein solcher Aufklärungsfehler eine Berufspflichtverletzung darstellen und zivilrechtliche Schadensersatzansprüche auslösen können. Dem Arzt ist die fehlerhafte Patientenaufklärung auch subjektiv vorwerfbar, da der Druckfehler für ihn aufgrund seiner ärztlichen Fachkenntnisse erkennbar war. Es ist daher dringend ratsam, ungewöhnlich erscheinende Passagen in den Packungsbeilagen von Arzneimitteln und Medizinprodukten als Ärztin oder als Arzt kritisch zu hinterfragen, bevor eine entsprechende Information der Patienten erfolgt.

ANZEIGEN



Fehlerteufel

Das falsche Orchester

In Heft 5/2012 ist bei der Ankündigung der Sommerkonzerte des Äskulap-Orchesters auf Seite 11 versehentlich ein Foto des World Doctor's Orchestra verwandt worden. Wir bitten, diese Verwechslung zu entschuldigen.

Hauptstadtkongress

Welche Werte braucht die Medizin?



Foto: S. Rudat

Welche Werte in der Medizin?, fragen Lars Lindemann, Günther Jonitz, Urban Wiesing, Gerd Antes und Clemens Guth (von rechts)

Mit dieser sehr grundsätzlichen Frage hat sich eine Veranstaltung zur „Value-based Health Care – Werteorientierung im Gesundheitswesen“ auf dem diesjährigen Hauptstadtkongress im Berliner ICC beschäftigt, die vom Präsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, und dem FDP-Gesundheitspolitiker Lars Lindemann geleitet wurde. „Warum braucht man überhaupt Werte und Moral in der Medizin?“, warf Professor Urban Wiesing in den gut gefüllten Raum, um die Frage auch gleich zu beantworten: Der Patient muss voraussetzen können, dass Ärzte ihm helfen wollen, sie also moralisch handeln. Ohne ein „antizipatorisches Systemvertrauen“ des Patienten würde unser Gesundheitswesen nicht funktionieren, legte Wiesing, der seit 2002 Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Uni Tübingen ist, anschaulich dar. Moral hat seinen Anga-

ben zufolge in der Medizin mehrere zentrale Funktionen. Ausgangspunkt sei die initiiende Funktion der Moral beim ärztlichen Handeln: „Wir wollen Menschen helfen. Moral ist also der Beginn von Medizin.“ Gleichzeitig wies er auf die legitimierende und vor allem die limitierende Funktion der Moral hin: „Ärzte müssen in vorgegebenen Grenzen handeln.“ Jonitz bedankte sich für diesen ausgezeichneten Vortrag zum „inneren Kompass des Arztes“, wie er es nannte. Mit der Frage „Was ist Wissenschaft?“ beschäftigte sich Professor Gerd Antes, Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums in Freiburg. „Wissenschaft heißt immer Unsicherheit.“ Man dürfe von ihr keine ultimativen Antworten erwarten, wie dies die Politik oft tue. Im Anschluss beschäftigte sich Antes mit dem Transfer von Forschung in die Praxis. Mindestens 50 Prozent der Forschungsergebnisse würden nie publiziert,

kritisierte Antes und fragte, ob man die Forschung zwingen könne zu publizieren. Gleichzeitig nahm er die Politik in die Pflicht. Nach Ansicht von Dr. Clemens Guth geht es im deutschen Gesundheitswesen vor allem um die Kostenfrage. Viel entscheidender sei aber der Behandlungserfolg in Relation zu den Kosten, betonte Guth, der zusammen mit dem bekannten Harvard-Gesundheitsökonom Michael E. Porter kürzlich das Buch „Chancen für das deutsche Gesundheitssystem“ veröffentlicht hat. In Deutschland werde vor allem die Menge vergütet und nicht die Qualität der Behandlung. „Mehr Medizin ist aber nicht bessere Medizin.“ Es würden zudem zu wenige Ergebnisse gemessen, stattdessen konzentriere man sich viel zu sehr auf die Erfassung der Prozessqualität. Insgesamt zeichnete Guth ein ziemlich düsteres Bild des deutschen Gesundheitswesens, lobte aber gleichzeitig das DRG-System und sprach sich für Mindestmengenregelungen aus, worauf Kammerpräsident Jonitz – erklärter Gegner pauschaler Mindestmengen – für einen differenzierten Blick auf die Thematik plädierte. In der anschließenden Diskussion wurde aus dem Publikum gefragt, welche Werte denn nun für den Arzt handlungsleitend sein sollen. Während Guth das Behandlungsergebnis in den Vordergrund rückte, erklärte Medizinethiker Wiesing den individuellen (!) Nutzen des Patienten zum obersten Ziel ärztlichen Handelns, worauf er viel Zuspruch erntete.

srd

ANZEIGE

Ärzttekammer Berlin läuft im Team



Erschöpft, aber glücklich: Die Läuferinnen und Läufer der ÄKB: Maren Stienecker, Simone Streller, Martina Jaklin, Andrea Weigelt und Henning Schaefer (v.r.).

Die Ärztekammer Berlin hat erstmals an der Berliner Teamstaffel teilgenommen. Das Team aus fünf hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kammer lief am Abend des 14. Juni jeweils 5 Kilometer durch den Berliner Tiergarten – zusammen mit rund 1.600 weiteren Teams. Nach 2:28:48 erreichte Dr. Henning Schaefer als letzter Läufer der Staffel das Ziel. Zuvor waren Simone Streller, Andrea Weigelt, Maren Stienecker (Teamleiterin) und Martina Jaklin zu läuferischer Höchst-

form aufgelaufen. Unterstützt und angefeuert wurden sie dabei vom Präsidenten und vom Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz und Michael Hahn, und weiteren Mitarbeitern der Kammer. Bei dem Lauf, der an drei Tagen durchgeführt wird, beteiligten sich in diesem Jahr über 4.000 Teams von Berliner Unternehmen, Behörden und Verbänden. Unter den Läufern wurde auch Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr gesichtet. *srd*
www.berliner-teamstaffel.de

Warnung vor »Zentrales Ärzteverzeichnis«

Die Anwaltskanzlei Uhy, Wahlen & Partner warnt Ärzte vor der so genannten „Adressbuchfalle“. Die Methode ist dabei immer dieselbe: Es wird ein Schreiben an Gewerbetreibende und Selbständige verschickt, in dem deren Daten vorausgefüllt sind. Durch die Aufmachung wird beim flüchtigen Betrachter der Eindruck erweckt, es handle sich lediglich um die Korrektur eines bestehenden Eintrags in einem amtlichen Verzeichnis. So zuletzt auch praktiziert durch einen wohl wertlosen Eintrag in das „Zentrale Ärzteverzeichnis Berlin“. Einen solchen hatte ein Mandant der Kanzlei per Fax akzeptiert, und bat um Hilfe, als er dann unerwarteter Weise eine Rechnung erhielt. Zu einem ähnlichen Fall hat der BGH den Angaben zufolge bereits letztes Jahr Stellung genommen (Az: I ZR 157/10) und ausgeführt, dass dort ein ausreichender Teil von Empfängern mit der oben beschriebenen Methode getäuscht wird, und der Vertrag daher gegen das UWG verstößt

und somit nichtig ist. So sei es einem anderen Mandanten passiert, der einen Eintrag in ein „Gelbes Branchenbuch“ bestellt hatte. Hier saß der Vertragspartner auf den Marshall Islands und die Kosten des Vertrages waren im Kleingedruckten enthalten, wie die Kanzlei erläutert. Bei den Formularen zum „Zentralen Ärzteverzeichnis Berlin“ liegt es etwas anders. Hier befindet sich die Preisangabe nicht mehr im Kleingedruckten, sondern in gleicher Textgröße rechts neben den einzutragenden Adressdaten zusammen mit einem Auswahlkästchen. Allerdings sie dieses Auswahlkästchen bereits vorangekreuzt, so dass auch hier keine wirkliche Willensbildung zu einem Vertragsschluss anzunehmen sei, erklärt die Kanzlei. In unserem Ausgangsfall war er – vielleicht nicht ganz überraschend – aus Kulanz bereit, die Forderung fallen zu lassen. Eine gerichtliche Überprüfung ist dem Geschäftsmodell wohl nicht zuträglich.

ANZEIGE

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet

St. Marien-Krankenhaus

Seit April 2012 ist Dr. med. Martin Bäuerlein neuer Chefarzt der radiologischen Abteilung.

Sein Vorgänger, Dr. med. Arnold Laux, wurde in den Ruhestand verabschiedet. Bäuerlein war zuvor Oberarzt der Radiologie im selben Haus.

Krankenhaus Waldfriede

Prof. Dr. med. Andreas Sturm, langjähriger stellvertretender Klinikdirektor an der Medi-

zinischen Klinik mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, ist seit März 2012 Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin im Krankenhaus Waldfriede. Sein Vorgänger, PD Dr. med. Dietmar Frost, wechselte als Chefarzt in die Psychosomatische Privatklinik Berlin Nikolassee.

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

Kurs

Sachkundelehrgang „Aufbereitung von Endoskopen“

Am 7. und 8. September veranstaltet die MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH einen Sachkundekurs „Aufbereitung von Medizinprodukten“ mit dem Schwerpunkt Endoskopie. Dieser Kurs geht intensiv auf die Anforderungen bei der Aufbereitung von Endoskopen ein und ist speziell für Mitarbeiter aus endoskopisch tätigen Praxen konzipiert.

Im Rahmen dieses Kurses wird die MUT auch von Fr. Dr. Kampf und weiteren Mitarbeitern der Firma Pentax Europe unterstützt. Fr. Dr. Kampf ist Mitglied der Arbeitsgruppe „Endoskopaufbereitung“ beim Robert-Koch-Institut. Weitere Informationen zum Kurs und das Anmeldeformular finden Sie unter http://www.mut-gesundheit.de/fo_aufbereitung.htm.

*Fixkombination***gegen UAW?**

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) treten bei Patienten in der Regel nicht vorhersehbar auf – sowohl der Zeitpunkt des Auftretens als auch das Ausmaß der UAW sind individuell unterschiedlich. Eine fixe Kombination eines Nichtsteroidalen Antiphlogistikums (hier: 500 mg Naproxen) mit einem Protonenpumpenhemmer (hier: 20 mg Esomeprazol) ist daher überwiegend spekulativ. Ein höherer NSAID-Bedarf aufgrund einer Schmerzattacke muss nicht in gleichem Maß einen höheren Protonenpumpenhemmer-Bedarf nach sich ziehen. Klar ist jedoch, dass sich zu den UAW eines NSAID, die nicht durch eine Säureblockade verhindert werden können (z.B. renale und kardiovaskuläre UAW), zusätzlich noch mögliche UAW eines Protonenpumpenhemmers addieren (relativ neue UAW: Clostridium difficile Infektionen mit vermehrten Rezidiven, erhöhte Pneumoniegefahr, vermehrte Schenkelhalsfrakturen bei Frauen, Interaktionen durch die Hemmung des CYP 2C19-Metabolisierungsweges).

Die Gabe eines Protonenpumpenhemmers ohne nachgewiesene gastrointestinale Empfindlichkeit ist daher pharmakologisch wenig sinnvoll und kann zu einer Dosiserhöhung des NSAID verführen. Diese Kombination ist vergleichbar mit der fixen Kombination von Diclofenac mit Misoprostol, die im Rahmen der GKV zu recht nicht erstattungsfähig ist. Die Markteinführung von Vimovo® scheint nicht unbedingt dem Wohl der Patienten zu dienen.

Quellen: Pharm. Ztg. 2012; 157: 142, www.evimed.ch

*Fentanylpflaster***Nicht unkritisch anwenden!**

Nach Hinweisen über einen ausgeprägten Ordnungsanstieg von Fentanylpflastern (Durogesic®, viele Generika) und Berichten zu Überdosierungen mit schwerwiegenden Folgen warnt die AkdÄ vor einer unkritischen Anwendung. Die Pflaster sind nicht für opioid-naive Patienten geeignet und sollten nur bei Patienten mit Dauerschmerzen, stabilem Opioidbedarf und bei

Problemen mit einer oraler Einnahme verordnet werden. Für akute Schmerzen sind Fentanylpflaster nicht indiziert. Diese Hinweise (und weitere Empfehlungen in der Bekanntgabe der AkdÄ) sollten sorgfältig beachtet werden.

Die Kanadier weisen auf ein weiteres Problem mit diesen Pflastern hin (drei von fünf Berichten betraf Pflaster): in Kombination mit anderen Arzneimitteln mit serotonergen Effekten (z.B. SSRI, trizyklische Antidepressiva) kann es zu einem potentiell lebensgefährlichen Serotonin-Syndrom (u.a. psychische Veränderungen, epileptische Anfälle, Myoklonien) kommen.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2012; 109(14). C 624; Canad. Adv.React.Newsletter 2012; 22(2): 3

*Therapiefolgen***bei Krebs-Langzeitüberlebenden**

Neben körperlichen Langzeitfolgen nach Tumoroperationen und nach Strahlentherapie (z.B. gastrointestinal, kardiopulmonal, Zweitmalignome) rücken aufgrund längerer Überlebenszeiten auch Langzeitfolgen nach systemischer Therapie in den Focus. Sie können nahezu jedes Organsystem betreffen. Bekannt sind:

- Niereninsuffizienz und Ototoxizität durch Cisplatin,
- Kardiomyopathie durch Anthrazykline,
- Akute oder chronische pulmonale Toxizität durch Antitumor-Antibiotika, Alkylanzien und Antimetabolite, auch mTOR-Inhibitoren,
- Peripher sensorische, selten motorische Neuropathien, häufig kumulativ, durch viele Zytostatika
- Infertilität durch die meisten Zytostatika,
- Zweitmalignome, geprägt durch individuelle genetische Merkmale, durch die meisten Zytostatika.

Langzeiteffekte durch neue, zielgerichtete Arzneistoffe wie EGFR-Antikörper, Immunmodulatoren, Proteasomeninhibitoren, Multi-Tyrosinkinaseinase können noch nicht beurteilt werden.

Besonders gravierend sind Langzeitfolgen bei Kindern.

Nach dem Deutschen Kinderkrebsregister treten bei rund 3 % der Kinder Zweitumore 10 – 15 Jahre nach Abschluss einer onkologischen Therapie auf. Neben dem schon erwähnten Krebsregister existieren noch www.less-studie.de, RiSK an der Universität Münster und www.kinderkrebsinfo.de. Dort kann man sich näher informieren.

Quellen: DMW 2012; 137: 57, 10, Bundesgesundheitsblatt 2012; 55: 493-500

ANZEIGE

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

Tel.: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588,

E-Mail: dr.hopf@aekno.de

Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein,

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Lepra?

Lepra ist keine Tropenkrankheit, dennoch konzentriert sich ihr Vorkommen heute auf Tropen und Subtropen und ihre Behandlung verlagert sich zunehmend aus dem Fachgebiet der Dermatologie in das der Tropenmedizin. Das war nicht immer so. Der Norweger G.A. Hansen konnte das verursachende Bakterium *Mycobacterium leprae* 1873 in seinem Heimatland entdecken, wo die Krankheit im 19. Jahrhundert weit verbreitet war.

Inzwischen ist die weltweite Inzidenz des Morbus Hansen rückläufig: wurden im Jahr 2001 noch rund 775.000 neue Fälle bei der WHO

gemeldet, waren es im Jahr 2011 nur noch etwas mehr als 200.000. Dies ist neben einer allgemeinen Verbesserung der Lebensbedingungen nicht zuletzt den Bemühungen der Weltorganisation zuzuschreiben, die durch Kampagnen und die Bereitstellung der antibiotischen Mehrfach-Therapie (MDT – Multi Drug Therapy) das erklärte Ziel der Lepra-Elimination, definiert als Lepra-Prävalenz < 1:10.000, in vielen Ländern erreicht hat.

Gegenwärtig werden rund 85% aller Lepra-Fälle aus nur 11 Ländern gemeldet, allen voran aus den Ländern des indischen Subkontinents, Brasilien, China, Indonesien und aus einer Reihe afrikanischer Länder. In Deutschland beobachten wir seit Jahrzehnten keine Lepra-Übertragungen mehr, es treten jedoch vereinzelte Fälle bei Reisenden und Migranten auf. Entscheidend für das Angehen und den Krankheitsverlauf der aus dem Nasensekret herrührenden Tröpfchen-Infektion mit *Mycobacterium leprae* ist das Immunsystem: Eine ausgeprägte zellulär vermittelte Immunantwort bei gleichzeitig geringer humoraler Immunantwort führt zu einem milden Krankheitsbild mit niedriger Mykobakterienlast, der tuberkuloiden Lepra. Eine ausgeprägte humorale bei schwacher zellulär vermittelter Immunantwort produziert dagegen das Bild der lepromatösen Lepra mit starkem Haut- und Nerven-

befall sowie hoher Mykobakterienlast. Die Diagnose basiert auf der klinischen Untersuchung mit besonderem Augenmerk auf Hautveränderungen, Sensibilitätsstörungen sowie verdickte periphere Nerven und kann insbesondere in den Frühstadien schwer sein. So muss auch eine einzeln auftretende fleckige Hautrötung mit Hypästhesie immer an Lepra denken lassen, aber der mikroskopische, serologische, molekularbiologische (PCR) oder histopathologische Nachweis von

Mycobacterium leprae aus der Hautbiopsie ist in der ersten Krankheitsphase häufig nicht zu

führen (*Lepra indeterminata*). Die kulturelle Anzucht des obligat intrazellulären Erregers auf künstlichen Medien gelang bisher nicht, zu Resistenztestungen werden molekularbiologische Methoden und die Inokulation in die Mäusepfote eingesetzt. Die Behandlung der Lepra erfolgt nach WHO-Standard mit einer bis zu 2-jährigen antibiotischen Kombinationstherapie aus Rifampicin, Dapson und Clofazimin. Der Mensch und das Gürteltier scheinen die einzigen lebenden Reservoirs von *Mycobacterium leprae* und die Übertragung von Mensch zu Mensch über das Nasensekret die einzige bedeutende Verbreitungsmöglichkeit zu sein.

Eine vollständige Ausrottung der Krankheit durch Auffinden aller Fälle und deren erfolgreiche Behandlung wäre daher theoretisch möglich. Dem Erreichen dieses Ziels stehen jedoch der sehr niedrige Manifestationsindex, die bis zu Jahrzehnten lange Inkubationszeit, die Assoziation mit aus Armut resultierenden Lebensbedingungen und das nicht ausgeschlossene Vorkommen des Erregers in der unbelebten Umwelt entgegen.

Dr. Sebastian Dieckmann
Tropenmedizinische Ambulanz
Institut für Tropenmedizin und
Internationale Gesundheit Berlin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
www.charite.de/tropenmedizin

Institut für Tropenmedizin
und Internationale Gesundheit Berlin





Erster unabhängiger Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft



TERMIN:
Samstag,
01. Dezember 2012
ORT: Ärztekammer Berlin

„Sauberes Wissen“ in der Medizin ist eine der wichtigsten Grundlagen für unser ärztliches Handeln. Wir Ärzte sind darauf angewiesen, dass uns wissenschaftlich fundierte und nicht durch kommerzielle Interessen beeinflusste Erkenntnisse zur Verfügung stehen. Anhand der drei Schwerpunktthemen:

PERSONALISIERTE MEDIZIN, NEUE ANTIKOAGULANZIEN SOWIE ANTIARRHYTHMIKA

wird sich der erste unabhängige Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft damit auseinandersetzen, wie gesichertes medizinisches Wissen vermittelt und Studienergebnisse kritisch und unabhängig dargestellt werden können.

Wir freuen uns auf Ihre unverbindliche Voranmeldung unter fortbildungskongress@aekb.de, die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

KONGRESSLEITUNG:

Dr. med. Günther Jonitz, Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig,
Dr. med. Matthias Brockstedt, Stephan Bernhardt

KONGRESSORGANISATION:

Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung /
Qualitätssicherung

Ausschreibung Berliner Gesundheitspreis 2013

Patienten, Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte möchten gleichermaßen eine Behandlung nach bestem Wissen und auf dem aktuellen Stand der medizinischen und pflegerischen Wissenschaft. Nur, was ist das „beste Wissen“? Wie erkennt man den aktuellen Stand der Wissenschaft? Und wie lässt sich wissenschaftlich begründetes Wissen praxistauglich umsetzen? Mit der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung soll gewährleistet werden, dass Patienten auf Basis der besten gegenwärtig verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse behandelt werden. In vielen Bereichen gibt es gesichertes Wissen, das noch zu wenig in der Praxis Anwendung findet. Grundlage der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung ist die systematische Suche nach wissenschaftlichen Belegen und die Fähigkeit, die Zuverlässigkeit dieser Belege beurteilen zu können. Nur in Verbindung von bestem Wissen, den Erfahrungen aller am Behandlungsprozess Beteiligten und den Bedürfnissen des Patienten ist eine leistungsfähige Medizin und Gesundheitsversorgung auf höchstem wissenschaftlichen Niveau zu gewährleisten. Dabei trägt Evidenz in der Behandlung zum wirtschaftlichen Einsatz der vorhandenen Ressourcen und zu mehr Patientennutzen bei.

Knhow?

VORANMELDUNG

Was sich auf den Begriff der Evidenzbasierten Medizin (EbM) begründet und den Lehren des nordamerikanischen Mediziners David Sackett aus den letzten Jahrzehnten folgt, wonach jeder Erkenntnisgewinn belegt und nachweisbar sein muss, wird zwar längst als Voraussetzung für eine effektive Gesundheitsversorgung anerkannt, im Versorgungsalltag jedoch vielfach noch vernachlässigt. Dabei verwundert es nicht, wenn es bei mehr als zwei Millionen Fachartikeln weltweit pro Jahr schwer fällt, immer auf dem neuesten Stand zu bleiben. Bei einer solchen Informationsflut den Überblick zu bewahren und fundiertes Wissen konsequent für den Patienten zu nutzen, scheint bei begrenzten zeitlichen Kapazitäten fast unmöglich. Damit eine optimale Therapieentscheidung und Behandlung gesichert werden kann, sind Hilfestellungen beim Wissenstransfer notwendig, um nützliche von weniger nützlichen, oftmals interessengesteuerten Informationen zu unterscheiden. Kriterien wie Form, Darstellung und Kommunikation von Wissen spielen hierbei eine wichtige Rolle. Informationen sollten demnach primär frei und vollständig zugänglich sowie möglichst schnell erfassbar sein. Zum Wohle des Patienten sollten Ärzte und Beschäftigte in Gesundheitsberufen selbst in der Lage sein, relevante Publikationen zu identifizieren und die Aussagen zur Wirksamkeit von Therapien auf dieser Basis kritisch zu hinterfragen. Nur so kann die Souveränität gewährleistet und eine selbstständige Entscheidungsfindung im Sinne von EbM möglich sein. Wichtig ist auch, dass Patienten einen Zugang zu verständlichen Gesundheitsinformationen erhalten.

THEORETISCHE ANSÄTZE:

- Systeme oder Methoden, die Studien kritisch auswerten und die Bewertung frei zur Verfügung stellen. Hilfestellungen, wie neue Informationen überblickt und dabei objektiv auf ihre Zuverlässigkeit und ihren Nutzen überprüft werden können (Bsp. Qualitätszirkel).
- Neue Denk- und Handlungsansätze, um evidenzbasierte Medizin alltagstauglich zu betreiben.
- Forschungsprojekte, die Ansätze dafür geben, wie Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte das aus Studien verfügbare Wissen in der Praxis noch besser umsetzen können.

Wissen und Wissenstransfer in der Patientenversorgung - Evidenzbasierte Medizin in Deutschland

KONKRETE ANSÄTZE:

- Projekte, die EbM im Versorgungsalltag umsetzen.
- Methoden, die
 - Studien und gesichertes Wissen für den Versorgungsalltag aufbereiten,
 - die den Wissenstransfer optimieren und nutzbar machen sowie
 - praxistauglich Wissen zur Verfügung stellen, z. B. organisatorische und personelle Aktivitäten von medizinischen und pflegerischen Einrichtungen.
- Modelle und Beispiele, wie EbM für Patienten zugänglich gemacht werden kann.

BEWERBEN KÖNNEN SICH Z.B.:

- Ärzte, Pflegekräfte und Vertreter anderer Gesundheitsberufe, wie Physio- oder Ergotherapeuten, Psychologen und Gesundheitswissenschaftler.
- Einrichtungen des Gesundheitswesens.
- Fachgesellschaften und andere Ständeververtretungen von in der Gesundheitsversorgung tätigen Berufsgruppen.
- Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen (Wissenstransfer bei Patienten).
- Wissenschaftliche Einrichtungen, Universitäten sowie Hoch- und Fachschulen.
- Initiativen von Studenten und Auszubildenden im Bereich der Gesundheitsversorgung.

TEILNAHMEBEDINGUNGEN:

- Die dargestellten Modelle und Projekte werden bereits in der Praxis eingesetzt bzw. stellen die Praxistauglichkeit schlüssig dar.
- Der Umfang des Wettbewerbsbeitrages soll 20 Seiten nicht überschreiten. Die Vorgaben für die Gliederung und das Format sind zu beachten. Das Bewerbungsraster, das Daten zum Teilnehmer, die Projektdarstellung sowie Anlagen umfasst, ist im Internet unter www.berliner-gesundheitspreis.de abrufbar. Die Arbeiten sind in dreifacher Ausfertigung (bitte keine Klebebindungen oder Spiralheftungen) sowie zusätzlich per E-Mail einzureichen.
- Wenn das Projekt auch für andere Wettbewerbe eingereicht wurde bzw. schon einen Preis erhalten hat, ist das der Geschäftsstelle Berliner Gesundheitspreis mitzuteilen.
- Einsendeschluss ist der 30.09.2012.

Bewerbungen mit unterschriebenem Teilnahmechein sind per Post bis zum 30. September an die Geschäftsstelle „Berliner Gesundheitspreis“ c/o AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin einzureichen. E-Mail: berliner.gesundheitspreis@bv.aok.de
Es gilt das Datum des Poststempels/E-Mail-Eingangs.

AUSWAHLVERFAHREN:

Die Entscheidung über die Preisträger trifft eine unabhängige Jury. Es werden Preise im Gesamtvolumen von 50.000€ vergeben. Für den ersten Preis 25.000€, den zweiten Preis 15.000€ und den dritten Preis 10.000€. Die Jury kann eine andere Aufteilung des Preisvolumens vornehmen. Gegen Entscheidungen der Veranstalter und der Jury ist der Rechtsweg ausgeschlossen. Mitarbeiter der Veranstalter sind von der Teilnahme ausgeschlossen. Der Teilnehmer erklärt mit seiner Unterschrift sein Einverständnis zur auszugsweisen Verwertung und Veröffentlichung der eingereichten Arbeit sowie seines Namens im Zusammenhang mit der Teilnahme am „Berliner Gesundheitspreis 2013“ durch dessen Initiatoren.

BEWERTUNGSKRITERIEN:

- Die Ziele des Projektes und deren Erreichung sind verständlich, nachvollziehbar und aussagekräftig beschrieben.
- Die Umsetzbarkeit theoretischer Ansätze ist belegt.
- Ein fortwährend aktualisierter Wissenstransfer wird sichergestellt.
- Es findet eine Vernetzung mit Fort- und Weiterbildungsangeboten statt.
- Eine anbieterunabhängige Informationsvermittlung ist gewährleistet.
- Die vermittelten Informationen werden entsprechend der methodischen Standards der evidenzbasierten Medizin bewertet.
- Es gibt nachprüfbare Belege für die Effektivität.
- Der Informationszugang ist niedrigschwellig.
- Es wird plausibel dargelegt, dass der Projektansatz übertragbar ist.
- Projektbestandteile sind auch Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätssicherung und Schaffung von Transparenz.
- Durch eine verständliche Darlegung des Sachverhaltes wird die Patientenorientierung gestärkt.
- Patienten- und Selbsthilfeorganisationen werden unterstützt und beraten.



**Berliner
Gesundheitspreis
2013**

www.berliner-gesundheitspreis.de

Der „Berliner Gesundheitspreis“ ist ein bundesweiter Innovationswettbewerb von AOK-Bundesverband, Ärztekammer Berlin und AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, der seit 1995 alle zwei Jahre ausgeschrieben wird. Der Wettbewerb widmet sich jeweils einem ausgewählten Thema, das eine besondere Bedeutung für die Gesundheitsver-

sorgung der Bevölkerung hat. Gesucht werden innovative, praxiserprobte Projekte, Modelle oder zukunftsweisende Versorgungskonzepte, die zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beitragen können. Dafür stellen die Initiatoren Preisgelder in Höhe von 50.000 Euro zur Verfügung.

MITGLIEDER DER JURY

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Antes

Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums, Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik, Universitätsklinikum Freiburg

Dr. med. Wolfgang Blank

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sprecher Fachbereich EbM in Klinik und Praxis des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin e.V. und Preisträger des Berliner Gesundheitspreises 2004

Dr. rer. pol. Volker Hansen

Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes

Dr. med. Günther Jonitz

Präsident der Ärztekammer Berlin

Dr. med. Regina Klakow-Franck M.A.

Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses

Rainer Knerler

Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Karin Maag, MdB

CDU/CSU, Mitglied des Ausschusses für Gesundheit

Dr. rer. nat. Carola Reimann, MdB

SPD, Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit

Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Stellvertretende Direktorin; Leiterin des Arbeitsbereichs Chronische Krankheit und Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin, J.W. Goethe Universität Frankfurt

Prof. Dr. med. Jürgen Windeler

Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Im Zeichen der Burg

Der Deutsche Ärztetag in Nürnberg

Der 115. Deutsche Ärztetag in Nürnberg hat im Schatten des Todes des ehemaligen Bundesärztekammerpräsidenten Jörg-Dietrich Hoppe gestanden. Ihm und seinen Leistungen für die deutsche Ärzteschaft gedachten die 250 Delegierten immer wieder zwischen dem 22. und dem 25. Mai.

Besonders bewegend war die posthume Verleihung der Paracelsus-Medaille an Hoppe, die seine Frau Erika im Beisein der Familie im Nürnberger Opernhaus entgegennahm. Die Delegierten würdigten Hoppe, der vergangenen November im Alter von 71 Jahren verstorben war, mit stehendem Applaus.

Dem Tagungsort Nürnberg trug der Ärztetag Rechnung, indem er eine so genannte Nürnberger Erklärung verabschiedete, in der klar Position zur Beteiligung der Ärzteschaft an den Verbrechen des NS-Regimes bezogen wurde (s. Kasten auf Seite 17).

Von Sascha Rudat



Hoppes Nachfolger Frank Ulrich Montgomery, der auf dem letzten Ärztetag in Kiel zum BÄK-Präsidenten gewählt worden war, forderte in seiner Eröffnungsrede den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems aus gesetzlicher und privater Krankenversicherungen. Derzeit gebe es keine wirkliche Zwei-Klassen-Medizin. „Die würde aber sofort entstehen, wenn in einer Einheitsversicherung in Zukunft Bürokraten entschieden, wie Fortschritt und Zukunft auszusehen hätten“, warnte Montgomery. Die Bürgerversicherung sei nichts anderes, als der „Turbolader“ für die Zwei-Klassen-Medizin.

Bei Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) rannte Montgomery damit offene Türen ein. Dessen Rede blieb ebenso wie die Montgomerys im Bereich des Erwartbaren. Mehr Facetten bekam das Thema durch die späteren Reden der Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach (SPD) und Jens Spahn (CDU). Spahn ging zunächst einmal auf die aktuellen Überschüsse in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein, die von vielen Seiten Begehrlichkeiten wecken. Diesen erteilte er eine klare Absage: „Wir sind in der Koalition erst einmal gewillt, Rücklagen Rücklagen sein zu lassen.“ Man müsse bedenken, dass die Überschüsse lediglich wenige Wochen zur Finanzierung der GKV-Ausgaben reichen würden.

Beim Thema Zukunft der Krankenversicherung zeigte sich Spahn zuversichtlich, dass die aktuelle GKV-Finanzierung mit Zusatzbeiträgen und steuerfinanziertem Anteil weiterhin tragfähig sein wird. Zugleich machte er klar: „Die Versorgung wird teurer werden. Diese Ansage muss die Politik machen.“ Die Private Krankenversicherung (PKV) soll aber auf jeden Fall erhalten bleiben. „Wir lösen keine Probleme, wenn wir die PKV in die GKV überführen“, sagte Spahn unter dem Applaus der Delegierten.

Erwartungsgemäß hatte es Lauterbach anschließend schwer mit seinem Modell einer Bürgerversicherung, das aus drei Säulen (Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Steuerzuschuss) bestehen soll. „Mir geht es nicht darum, jemanden zu enteignen“, beschwichtigte er deshalb. Die PKV-Verträge sollen Bestandsschutz genießen, eine Überführung in die Bürgerversicherung sei freiwillig. Der SPD-Politiker legte dann auch noch Zuckerstückchen für die Delegierten aus, indem er ankündigte, dass die ärztliche Vergütung innerhalb der Bürgerversicherung steigen werde. Die Antwort auf die Frage, woher plötzlich das Geld für diese umfassende Erhöhung der Ärztehonorare kommen soll, blieb er allerdings schuldig.

In der anschließenden Diskussion stellten sich die beiden Politiker den Delegierten, wobei insbesondere Spahn auch hin und wieder zum Angriff überging. Teilweise ziemlich deutliche Kritik musste sich BÄK-Präsident Montgomery dafür anhören, dass er bereits im Vorfeld und in seiner Rede klar Position für den Erhalt des GKV/PKV-Modells bezogen hatte. Einige Delegierte sahen damit den demokratischen Prozess, wonach sich die Ärztetagsdelegierten zunächst gemeinsam auf eine Position verständigen, beschädigt. Die Delegierten bekannten sich schließlich mit großer Mehrheit zum dualen Versicherungssystem und sprachen sich deutlich gegen die Einführung einer Bürgerversicherung aus.

Kein Pflichttertial

Ein weiterer Schwerpunkt des Ärztetages war die Mediziner Ausbildung. Mehrheitlich unterstützten die Delegierten die Entscheidung des Bundesrates, der sich im Mai ebenfalls gegen ein Pflichttertial im Fachbereich Allgemeinmedizin entschieden hatte. Die Diskussion war entstanden, nachdem der Gesundheitsausschuss des Bundes-



Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach (SPD)

rates der Länderkammer die Einführung eines verpflichtenden Tertials in der Allgemeinmedizin empfohlen hatte. Mit der Möglichkeit zur Fachwahl sei es den Medizinstudierenden erlaubt, individuelle Orientierungsmöglichkeiten während des Studiums wahrzunehmen, begründete der Ärztetag seinen Beschluss. Außerdem sprachen sich die Delegierten für die Abschaffung des Hammerexamens und die Verlegung des schriftlichen Teils vor das PJ aus.

Nach Ansicht der Berliner Delegierten Eva Müller-Dannecker reichen alle Korrekturen an der Approbationsordnung nicht aus, um den Ärztemangel in Deutschland zu beheben. „Das wirkliche Übel ist, dass wir zu wenig Ärztinnen und Ärzte ausbilden. Wir brauchen einfach mehr Plätze, damit genug in die kurative Medizin gehen. Wir brauchen mehr Ausbildungsplätze in der Humanmedizin. Und wir brauchen mehr didaktisch fähige Dozenten“, forderte sie. Die Delegierten folgten einem ansprechenden Antrag mit der Forderung nach mehr Studienplätzen.

eGK für gescheitert erklärt

Eine erneute klare Abfuhr eines Ärztetages erhielt die „Elektronische Gesundheitskarte“ (eGK). Die Delegierten erklärten das politische Projekt für gescheitert. „Der gigantomanische Anspruch, durch eine flächendeckende Elektronifizierung der Patientenversorgung unter der Führung der Krankenkassen sowohl transparente Patienten als auch transparente Ärzte herzustellen, widerspricht elementaren ärztlichen Grundwerten.“ Aus diesem Grund forderte der Ärztetag einen Stopp des Projektes und die Förderung längst existierender kostengünstiger dezentraler Kommunikationswege und Speichermedien in der Medizin.

Kammern wollen bei Versorgung mitreden

Mit großer Mehrheit haben die Delegierten in Nürnberg dafür gestimmt, die Gesundheitsministerkonferenz, die Ende Juni tagt, aufzufordern, die Landesärztekammern als stimmberechtigtes Mitglied in die künftigen Landesgremien für sektorübergreifende Versorgungsfragen aufzunehmen.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) hat der Bundesgesetzgeber die Möglichkeit zur Bildung von derartigen Landesgremien geschaffen. Als Beteiligte an diesen Gremien werden in § 90a SGB V explizit Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kostenträger und der Landeskrankengesellschaft genannt. Noch im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens hatten sich die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern dafür eingesetzt, auch die Ärztekammern als obligatorisch Beteiligte an diesen Landesgremien vorzusehen. Bislang ist der Bundesgesetzgeber dem nicht nachgekommen. Die Landesärztekammern verfügen aber nach Auffassung des BÄK-Vorstandes über spezifische Kompetenzen, die für die Arbeit dieser neuen Gremien unerlässlich sind.



Der Berliner Ärztekammerpräsident Jonitz sieht in Ärztenetzen ein Zukunftsmodell.

Kooperation als Zukunftsmodell

Eines der Schwerpunktthemen dieses Ärztetages waren kooperative Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. In das Thema führten der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Max Kaplan, und Veit Wambach ein. Der Allgemeinmediziner leitet das Gesundheitsnetz QuE Nürnberg (s. dazu das Titelthema BERLINER ÄRZTE 1/2012), das als eines der Erfolgsmodelle unter den deutschen Praxisnetzen gilt und war zweimal Preisträger des Berliner Gesundheitspreises. Wambach erläuterte, welche Rolle Praxisnetze in der Region spielen können und weshalb eine Fokussierung auf die regionale Versorgung zielführend ist. Konkrete Ziele der Netzarbeit – insbesondere die Entwicklung von Qualitätsindikatoren – seien von zentraler Bedeutung. Schrittweise könnten sich Ärztenetze so zu regionalen Gesundheitsunternehmen entwickeln. Wie Max Kaplan darlegte, geht die Zahl der Einzelpraxen sukzessive zurück. Der steigende Kooperationsbedarf ergibt sich seiner Ansicht nach unter anderem aus dem sich verändernden Versorgungsbedarf aufgrund des demografischen Wandels, aus den veränderten Ansprüchen der Patienten, aus dem zunehmenden Fachkräftemangel sowie aus den veränderten Vorstellungen der jüngeren

Ärztegeneration. Kaplan ging in seinem Vortrag auf die verschiedenen Kooperationsformen ein – angefangen bei der Gemeinschaftspraxis über die Versorgungspraxis und dem regionalen Versorgungszentrum bis zum Ärztenetz. Er zeigte sich überzeugt, dass Kooperationen künftig zur Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung beitragen werden. Voraussetzung seien aber der Kooperationswille aller Beteiligten und eine neue Vertrauens- und Zusammenarbeitskultur über die Sektoren- und Professionsgrenzen hinaus.

In der anschließenden Diskussion meldete sich ein breites Spektrum von Befürwortern und Kritikern von Ärztenetzen zu Wort. Vielfach wurde die Sorge laut, dass Ärztenetze verstärkt in Abhängigkeit von Krankenkassen geraten könnten. Außerdem wurde der große persönliche Einsatz, der zum Aufbau eines Ärztenetzes notwendig ist, thematisiert.

Der Berliner Ärztekammerpräsident Günther Jonitz warb aber in aller Deutlichkeit für die neuen Kooperationsformen: „Netze machen uns stark. Wir können sie selbst gestalten und sie geben uns Freiheit. Wir müssen deshalb die Chancen nutzen.“

Mit großer Mehrheit unterstützten die Delegierten die Forderung des BÄK-Vorstandes an die Politik, innovative

kooperative Versorgungskonzepte zu fördern, um auch künftig die medizinische Versorgung sicherstellen zu können. Dabei wird auch ganz klar die sektor- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit betont. Ein besonderer Appell ging an die junge Ärztegengeneration, „aktiv neue Wege ärztlicher Kooperationen und Netzwerkbildung mitzugestalten“. Gleichzeitig sprachen sich die Delegierten mehrheitlich dafür aus, die Etablierung kooperativer Versorgungsstrukturen kritisch zu begleiten und Kriterien zu entwickeln, damit nicht die Gewinnmaximierung, sondern die Patientenversorgung im Vordergrund steht. Oberste Prämisse müsse zudem weiterhin die ärztliche Unabhängigkeit haben.

Im Bereich der Medizinischen Fachangestellten (MFA) sprachen sich die Delegierten mit großer Mehrheit für Etablierung einer Aufstiegsfortbildung „Betriebswirt/in im Gesundheitswesen“ aus. In Versorgungszentren und Ärztenetzen werde künftig verstärkt qualifiziertes Fachpersonal benötigt, das Ärzte von Verwaltungs- und Managementaufgaben entlastet. Die Landesärztekammern wurden aufgefordert, ein entsprechendes Kursangebot zu schaffen.

Evaluation der Weiterbildung in Deutschland

EVA wird fortgesetzt

Die Evaluation der Weiterbildung (EVA) soll fortgesetzt werden. Die Ergebnisse der zweiten Befragungsrunde liegen seit Februar dieses Jahres vor (lesen Sie dazu BERLINER ÄRZTE 3/2012). Die Delegierten stimmten dafür, die bisher gesammelten Erfahrungen zu nutzen und die Befragung künftig in verbesserter Form zu praktizieren. Bislang wurde die Befragung durch die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ) durchgeführt. In der Schweiz ist diese Befragung schon seit einigen Jahren etabliert. Allerdings herrschte auf dem Ärztetag Einigkeit, dass sich die Verhält-

Titel BERLINER ÄRZTE 06/1996



Nürnberger Erklärung des Deutschen Ärztetages 2012

Der 115. Deutsche Ärztetag findet 2012 in Nürnberg statt, an dem Ort also, an dem vor 65 Jahren 20 Ärzte als führende Vertreter der „staatlichen medizinischen Dienste“ des nationalsozialistischen Staates wegen medizinischer Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt wurden. Die Forschungen der vergangenen Jahrzehnte haben gezeigt, dass das Ausmaß der Menschenrechtsverletzungen

noch größer war, als im Prozess angenommen. Wir wissen heute deutlich mehr über Ziele und Praxis der vielfach tödlich endenden unfreiwilligen Menschenversuche mit vielen tausend Opfern und die Tötung von über 200.000 psychisch kranken und behinderten Menschen, ebenso über die Zwangssterilisation von über 360.000 als „erbkrank“ klassifizierten Menschen.

Im Gegensatz zu noch immer weit verbreiteten Annahmen ging die Initiative gerade für diese gravierendsten Menschenrechtsverletzungen nicht von politischen Instanzen, sondern von den Ärzten selbst aus. Diese Verbrechen waren auch nicht die Taten einzelner Ärzte, sondern sie geschahen unter Mitbeteiligung führender Repräsentanten der verfassten Ärzteschaft sowie medizinischer Fachgesellschaften und ebenso unter maßgeblicher Beteiligung von herausragenden Vertretern der universitären Medizin sowie von renommierten biomedizinischen Forschungseinrichtungen.

Diese Menschenrechtsverletzungen durch die NS-Medizin wirken bis heute nach und werfen Fragen auf, die das Selbstverständnis der Ärztinnen und Ärzte, ihr professionelles Handeln und die Medizinethik betreffen.

Der 115. Deutsche Ärztetag stellt deshalb fest:

- Wir erkennen die wesentliche Mitverantwortung von Ärzten an den Unrechtstaten der NS-Medizin an und betrachten das Geschehene als Mahnung für die Gegenwart und die Zukunft.
- Wir bekunden unser tiefstes Bedauern darüber, dass Ärzte sich entgegen ihrem Heilauftrag durch vielfache Menschenrechtsverletzungen schuldig gemacht haben, gedenken der noch lebenden und der bereits verstorbenen Opfer sowie ihrer Nachkommen und bitten sie um Verzeihung.
- Wir verpflichten uns, als Deutscher Ärztetag darauf hinzuwirken, dass die weitere historische Forschung und Aufarbeitung von den Gremien der bundesrepublikanischen Ärzteschaft aktiv sowohl durch direkte finanzielle als auch durch institutionelle Unterstützung, wie etwa den unbeschränkten Zugang zu den Archiven, gefördert wird.



Berliner Delegierte

nisse der Schweiz nur teilweise auf Deutschland übertragen lassen und man eigene Wege der Optimierung gehen muss. Ein weiterer Schritt soll künftig sein, dass die Landesärztekammern mit Weiterbildungsstätten, die auffällige Ergebnisse zeigen, verstärkt in den Dialog treten sollen. Die Umsetzung der Weiterbildungsordnung soll vor Ort stärker geprüft werden. Gleichzeitig sprachen sich die Delegierten für die Einführung einer bundeseinheitlichen Meldepflicht für Ärzte in Weiterbildung aus. Der Kontakt zu den Ärzten in Weiterbildung stellte bislang eines der größten Probleme der Evaluation dar, da die Landesärztekammern immer den Weg über die Weiterbildungsbeauftragten gehen mussten.

Struktur der MWbO bleibt erhalten

Die Musterweiterbildungsordnung (MWbO) mit Facharztkompetenzen und Zusatzbezeichnungen soll nach dem Willen der meisten Delegierten in ihrer Grundstruktur auch bei einer Novellierung erhalten bleiben. Gleichwohl gab es mahnende Stimmen, die dafür plädierten die MWbO nicht zu überfrachten und nicht weiter unnötige bürokratische Hürden aufzubauen, die es den Ärzten in Weiterbildung und den Weiterbildern

erschweren, die Vorgaben umzusetzen. Bei einer Novellierung dürfe es zudem nicht nur um die Einführung neuer Module gehen. Die BÄK wurde deshalb in einem Antrag aufgefordert, einen detaillierten Fragenkatalog zu erarbeiten und die Ergebnisse dieser Befragung beim nächsten Ärztetag vorzulegen. Ein Antrag der Berliner Delegierten Svea Keller, Klaus-Peter Spies, Stephan Bernhardt und Bettina Linder, der forderte, dass Zusatzweiterbildungen nicht nur in Vollanstellung, sondern auch nebenberuflich ohne Unterbrechung der Erwerbsbiografie möglich sein sollen, wurde an den BÄK-Vorstand überwiesen. Gleiches passierte mit einem Antrag von Eva Müller-Dannecker, der forderte, auf die vorherige Genehmigungspflicht bei Teilzeittätigkeiten über 50 Prozent der Vollzeitarbeit zu verzichten. Mehrheitlich angenommen hingegen wurde ihr Antrag, wonach auch kürzere Abschnitte, insbesondere im Rahmen von Rotationen für die Weiterbildung anerkanntsfähig sein sollen. Ein Antrag von Keller, Spies, Bernhardt, Linder und Werner Wyrwich, der dafür plädierte, dass die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie schon jetzt modular erfolgen soll, wurde an den Vorstand überwiesen. Nach Ansicht der Antragsteller sollte die Erlangung des Moduls unabhängig vom Facharztstatus möglich sein.

An einem aus Berliner Sicht bedeutenden Antrag war ebenfalls Werner Wyrwich beteiligt. Darin wurde der BÄK-Vorstand aufgefordert, in der MWbO die Voraussetzungen für einen Facharzt für Akut- und Notfallmedizin zu schaffen. Zur Begründung wurde unter anderem die notwendige Harmonisierung innerhalb Europas betont.

Die Berliner Delegierte Katharina Kulike, die sich beim diesjährigen Ärztetag sehr aktiv zeigte, stellte beim Tagesordnungspunkt Weiterbildung unter anderem zusammen mit Werner Wyrwich einen Antrag zu Abstimmung, dass künftig nicht mehr die bescheinigten Richtzahlen im Mittelpunkt der Facharztweiterbildung stehen sollen, sondern die tatsächliche Kompetenz: „Wir sollten uns von Richtzahlen trennen. Entscheidend ist, dass der Weiterzubildenden einen bestimmten Eingriff kann.“ Dieser Antrag ging an den Vorstand. Für Diskussionen und eine zweite Lesung sorgte noch der Antrag dreier bayerischer Delegierte, die forderten, dass in allen betroffenen Fächern der Weiterbildungsinhalt „Tabakentwöhnung“ aufgenommen werden sollte. Der Antrag wurde schließlich mit Nichtbefassung bedacht.

Zukunft der Ärztekammern

BÄK-Vizepräsidentin Martina Wenker stellte den Delegierten den Zwischenbericht der AG „Zukunft der Ärztekammern“ vor. Dabei ging es einerseits um die Arbeit und Funktion der Deutschen Ärztetage, andererseits um die Zusammenarbeit zwischen der Bundesärztekammer und Landesärztekammern sowie um die Kooperation zwischen den einzelnen Landesärztekammern. Die Delegierten interessierten sich verständlicherweise zunächst einmal sehr für die Arbeitsbedingungen auf dem Ärztetag. Und da hagelte es einiges an Kritik. Im Mittelpunkt standen dabei die Stromversorgung und die IT-Infrastruktur für die Delegierten, genauer gesagt das Fehlen von Steckdosen an den Delegiertischen und das kostenpflichtige

WLAN in der Halle. Der Berliner Delegierte Stephan Bernhardt brachte es stellvertretend für die meisten Delegierten auf den Punkt: „Kein Strom an den Tischen und kein WLAN für alle – das ist einfach nicht mehr zeitgemäß.“ BÄK-Präsident Montgomery verwies auf die Kosten, da die in der Halle verlegten Stromleitungen hohen Sicherheitsstandards genügen müssten und „selbstgefrickelte Lösungen“ nicht möglich seien. Er versprach aber, dass sich der BÄK-Vorstand der Sache annehmen werde, bat aber um Verständnis, dass für den kommenden Ärztetag in Hannover bereits alle Verträge für die Tagungshalle schon unterschrieben seien.

Fazit

Der diesjährige Deutsche Ärztetag hatte möglicherweise nicht die ganz großen Highlights zu bieten, auch blieben die öffentlichkeitswirksamen Konflikte mit der Politik aus – was sich beides in einer überschaubaren Berichterstattung in den Publikumsmedien niederschlug. Doch konnten die 250 Delegierten viele wichtige Themen fortführen und programmatische Pflöcke einschlagen. Die deutsche Ärzteschaft hat in zahlreichen Punkten klar Stellung bezogen und deutlich gemacht, dass man um sie auch in Zukunft nicht herumkommen wird.

Verfasser
Sascha Rudat

Stimmen der Berliner Delegierten

Dr. med. Klaus Thierse

1) Das hat mir beim diesjährigen DÄT besonders gefallen...

...dass die BÄK versucht hat, Anträge elektronisch zur Verfügung zu stellen. Ansonsten war es ein relativ ruhiger Ärztetag, beim offenen Thema der Weiterentwicklung der Krankenversicherung gab es (absehbar?) keine grundsätzlichen Differenzen.

2) Das weniger...

...dass es nicht wirklich geklappt hat mit der elektronischen Antragsverwaltung – mal sehen, ob es nächstes Jahr in Hannover besser ist.

3) Mein größter persönlicher Erfolg beim DÄT war...

...dass die BÄK sich mit einigen Auswüchsen des Gendiagnostikgesetzes befassen wird und diagnostische Untersuchungen ohne prädiktive Aussage hoffentlich bald wieder ohne große bürokratische Hindernisse möglich sind (Beispiel HLA B27).

4) Vom nächsten DÄT erhoffe ich mir...

...Klarheit über die Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnung. Besonders hoffe ich, dass bei den Anträgen zu diesem Thema dann niemand den Sinn von Weiterbildung als Basis der Tätigkeit aus dem Auge verliert und wir von Detail-Anträgen verschont bleiben, die nur zur Ehre und Abgrenzung des eigenen Faches oder gar der eigenen Spezialisierung gestellt werden.

Katharina Kulike

1) Das hat mir beim diesjährigen DÄT besonders gefallen...

Die Vielfalt der diskutierten Themen hat mir gut gefallen. Ebenso, dass einige Diskussionen auch sehr ergebnisoffen geführt wurden. Sehr gefreut hat mich, dass die „Nürnberger Erklärung“ der Ärzteschaft zu ihrer Verantwortung für ihre Vergangenheit während des Nationalsozialismus nicht nur einstimmig angenommen wurde, sondern auch über Fraktion- und Landesgrenzen eingereicht worden war.



Spannende Stichwahl um BÄK-Vorstand

Überraschend spannend gestaltete sich die Wahl eines weiteren Vorstandsmitglieds der Bundesärztekammer. Der BÄK-Vorstand besteht aus den 17 Präsidentinnen und Präsidenten der Landesärztekammern sowie zwei weiteren

Vorstandsmitgliedern. Die Wahl eines neuen weiteren Vorstandsmitglieds war notwendig geworden, nachdem Rudolf Henke, der bisher als weiteres Mitglied dem Vorstand angehörte, zum Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein gewählt worden war.

Im Vorfeld war Marburger Bund-Vize Andreas Botzlar aus Bayern als Favorit gehandelt worden. Entsprechend selbstsicher präsentierte er sich in seiner Vorstellungsrede. Doch neben Botzlar stellten sich kurzfristig Christoph von Ascheraden, Präsident der Bezirksärztekammer Südbaden, und Regine Rapp-Engels, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, aus Westfalen-Lippe zur Wahl. Im ersten Wahlgang kam Ascheraden überraschend auf 93 Stimmen, gefolgt von Botzlar mit 76 und Rapp-Engels mit 55 Stimmen.

Obwohl abgeschlagen trat die Allgemeinmedizinerin aus Münster ebenfalls zum zweiten Wahlgang an. Dabei erreichten Ascheraden 108, Botzlar 88 und Rapp-Engels 32 Stimmen. Im folgenden dritten Wahlgang kam es zur Stichwahl zwischen dem Hausarzt und Suchtmediziner aus dem Schwarzwald und dem Chirurgen aus Bayern, den der 63-jährige Ascheraden mit 128 Stimmen klar für sich entscheiden konnte. Botzlar erhielt 95 Stimmen. Die Delegierten hatten sich damit deutlich gegen ein weiteres Mitglied des Marburger Bundes im BÄK-Vorstand ausgesprochen.

2) Das weniger...

Manche der gefassten Beschlüsse zum Thema Weiterbildung begrüße ich nicht. So geht die Diskussion meiner Meinung nach nicht weit genug, z.B. was die Orientierung der Weiterbildung an den tatsächlich erworbenen Kompetenzen anstatt an der reinen Dokumentation der Richtzahlen betrifft. Auch den Beschluss zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung durch eine Steigerung der Praxisbudgets sehe ich kritisch. Dieser bietet zwar eine Möglichkeit zur besseren Finanzierung, aber auch Gefahren für die Qualität der ambulanten Weiterbildung.

3) Mein größter persönlicher Erfolg beim DÄT war...

Der persönliche Zuspruch, mit dem mir vermittelt wurde, dass junge Ärztinnen und Ärzte nicht nur erwünscht sind, sondern auch eine relevante Perspektive in die Diskussion einbringen.

4) Vom nächsten DÄT erhoffe ich mir...

Eine konstruktive und offene Diskussion zur Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung, gerade angesichts der geplanten MWBO-Novelle. Und natürlich, dass der Anteil von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung unter den Delegierten steigt, damit die Positionen der Ärzteschaft auch durch die mitgefasst werden, die diese in Zukunft vertreten sollen.



Dr. med. Svea Keller

1) Das hat mir beim diesjährigen DÄT besonders gefallen...

Prinzipiell fand ich erfreulich, dass erstmals die Gesundheitspolitik, insbesondere die Finanzierung des Gesundheitswesens, zum zentralen Thema gemacht wurden. Positiv fand ich auch, dass der Deutsche Ärztetag sich klar für den

Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems von gesetzlichen Krankenkassen und Privatversicherungen und gegen die Bürgerversicherung ausgesprochen hat.

2) Das weniger...

Der angestoßene gesundheitspolitische Dialog ging dann natürlich nicht so weit, wie ich mir das gewünscht hätte: Wenn ich versuche, die Rede von Gesundheitsminister Bahr auf den Punkt zu bringen, so hat er seine Redezeit mit schönen Worten gefüllt, aber eigentlich NICHTS gesagt. Sowohl bei der Rede von Prof. Lauterbach als auch bei der Rede von Jens Spahn blieb das unangenehme Gefühl, dass sich die Politiker nur bemüht haben, sich arztfreundlich zu zeigen.

3) Mein größter persönlicher Erfolg beim DÄT war...

Persönlicher Erfolg? Ich bin Teamworkerin und selten stolz auf persönliche Erfolge, das schöne am Ärztetag ist für mich die Vorbereitung im Team und die spontane Teamarbeit während des Ärztetags. Persönlich freue ich mich, dass es mir gelungen ist, durch einen Änderungsantrag im Vorstandsantrag zur Nutzung der Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung den Hinweis auf die chronische Unterfinanzierung im niedergelassenen Bereich durch die jahrelange Unterschreitung des betriebswirtschaftlich kalkulierten Punktwertes von 5,11 Cent unterzubringen, das steht jetzt so im Vorstandsantrag.

4) Vom nächsten DÄT erhoffe ich mir...

Das Konzept von Hannover als klare politische Botschaft! Der Vorstand der Bundesärztekammer wurde aufgefordert, zum 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover ein tragfähiges Konzept zur Finanzierung des Krankenversicherungssystems in Deutschland vorzulegen. Ich wünsche mir ein Konzept mit klaren Inhalten, das sich von den wohlklingenden Worten der Politiker deutlich abgrenzt und an dem sich die Kandidaten des auf den Ärztetag folgenden Bundestagswahlkampfes messen können!

Dr. med. Werner Wyrwich

1) Das hat mir beim diesjährigen DÄT besonders gefallen...

Die direkte Einbindung der gesundheits-



Werner Wyrwich

politischen Sprecher in die Diskussion am Deutschen Ärztetag zum Thema „Krankenversicherung in der Zukunft“ Es war für beide Seiten (Referenten wie Ärztetagdelegierte) bereichernd, weil in sehr sachlicher Art eine kontroverse Diskussion geführt wurde, von der – nach meiner Wahrnehmung – viele Impulse vom Ärztetag von den Politikern mitgenommen werden konnten.

2) Das weniger...

Dass die Bundesärztekammer mit ihrem Budget nicht auskommt und reflexartig die Landeskammern kräftig zur Kasse bittet.

3) Mein größter persönlicher Erfolg beim DÄT war...

Die Diskussion um die Notwendigkeit eines eigenen Facharztes für die Schnittstelle zwischen präklinischer und innerklinischer Akut- und Notfallmedizin angestoßen zu haben und nun erstmals auch aus einer weiteren Landesärztekammer zwei Bekenner gefunden zu haben, die mit mir zusammen einen entsprechenden Antrag formuliert haben, der auch von den Delegierten die notwendige Gesamtunterstützerzahl erhalten hat. Vor zwei Jahren, war Berlin die einzige Kammer, die dieses Problem zur Sprache gebracht hat.

4) Vom nächsten DÄT erhoffe ich mir...

Weiterhin Initiativanträge direkt aus dem Plenum stellen zu dürfen. Hier scheint ja der Versuch gestartet, unter dem Hinweis auf eine bessere Strukturierbarkeit, die Diskussion stärker reglementieren zu können und die Freiheiten der Delegierten damit einzuschränken.

Moderne Arbeitsmedizin mit historischen Wurzeln

50 Jahre Akademie für Arbeitsmedizin Berlin

14. Mai 2012: das Bundesarbeitsministerium lädt mehr als 150 Betriebsärzte zu einem Symposium „Betriebsärzte im Dialog mit dem BMAS“ nach Berlin ein. Thema: „Psychische Gesundheit im Betrieb“. Sechs Arbeitsgruppen arbeiten intensiv und diskutieren ihre Ergebnisse mehr als 2 Stunden lang mit der Ministerin, Ursula von der Leyen. Ein Meilenstein auf dem Weg einer hoch spezialisierten Fachgruppe in die Mitte der Gesellschaft.

Anlass auch für die Ärztekammer Berlin, stolz auf die „Werksärztliche Akademie Deutschlands“ zu schauen. Sie wurde vor 50 Jahren in Berlin gegründet und ist seit dem 1. Januar 1998 unter dem Namen „Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz“ in der Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung der Ärztekammer integriert.

Von Dieter Weigel

Im Rahmen des Berliner Kulturprogramms ist am 31. August 1962, als erste europäische Einrichtung dieser Art, die „Werksärztliche Akademie Deutschlands“ errichtet worden...“ (Festschrift, 1987).

Bereits Ende 1962 erfolgte eine Umbenennung in „Akademie für Arbeitsmedizin“, da das Aufgabenspektrum über den Kreis der Werksärzte hinausging.

1992 folgte eine weitere Umbenennung in „Akademie für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin“.

1995 überführte der Senat die Akademie, die bis dahin als nachgeordnete Einrichtung der Senatsverwaltung für Gesundheit arbeitete, in den „Berliner Betrieb für zentrale gesundheitliche Aufgaben“, zusammen mit dem Institut für Lebensmittel,

Arzneimittel und Tierseuchen, dem Institut für Mikrobiologie und Hygiene, dem Institut für Umweltanalytik und Toxikologie und dem Institut für Tropenmedizin.

Anfang 1997 begannen Verhandlungen zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und der Ärztekammer Berlin zur Übernahme der Akademie, die in mehreren Delegiertenversammlungen im 2. Halbjahr 1997 vollzogen wurde.

Berlin als Standort der Akademie für Arbeitsmedizin hat eine durchaus bemerkenswerte arbeitsmedizinische Tradition.

Erkenntnisse über gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen gibt es seit Jahrtausenden, die Staublunge wurde wahrscheinlich schon beim Bau der Pyramiden beobachtet, und lange vor Beginn des 20. Jahrhunderts veröffentlichten Agricola, Ramazzini, Pott und Andere Schriften über die Krankheiten von Arbeitern.

Doch während in früheren Jahrhunderten beruflich bedingte Krankheiten als schicksalhaft angesehen und chirurgisch oder internistisch behandelt wurden, stellte in der Weimarer Republik die Arbeitsmedizin sozialpolitische und sozialökonomische Dimensionen in den Mittelpunkt.

ANZEIGE

Hintergrund war ein in der ersten deutschen Demokratie aufkommendes gesellschaftliches Bewusstsein für eine gemeinsame Verantwortung von Staat und Wirtschaft für die Arbeiter; die Förderung der „Volksgesundheit“ wurde Ziel staatlichen Handelns.

Der Erlass der ersten Berufskrankheitenverordnung im Jahr 1925 sowie die Gründung einer klinischen Abteilung für Gewerbekrankheiten im Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin-Lichtenberg sind Ausdruck dieser Situation.

Warum gerade Lichtenberg?

Eine Stiftung der Kaiserin Auguste-Viktoria hatte um 1900 dort inmitten eines Arbeiterviertels eine Schule, eine Kirche und ein Krankenhaus errichtet.

In unmittelbarer Nachbarschaft lagen die „Knorr-Bremse“, seinerzeit größter europäischer Hersteller von druckluftbetriebenen Bremsen für Eisenbahn und Lastwagen sowie das Rummelsburger Industriegebiet mit chemischen Produktionsanlagen und Akkumulatorenfabriken.

Schon in den ersten Jahren nach ihrer Gründung wurden in der Inneren Abteilung der Klinik hunderte von Arbeitern mit Bleivergiftungen behandelt, an deren beruflicher Verursachung kein Zweifel bestand.

Chefarzt dieser Abteilung wurde damals Ernst Wilhelm Baader, der das neu entstehende öffentliche Interesse an beruflich verursachten Erkrankungen zu nutzen wusste und die Errichtung einer Station für Gewerbekrankheiten durchsetzte.

Der Gründungserlass vom Mai 1925 spricht von der Schaffung eines Forschungs- und Behandlungsinstituts für Berufskrankheiten, analog zur Mailänder Klinik für Berufskrankheiten, dem weltweit ersten Institut dieser Art.

Baader richtete eine Poliklinische Behandlungsstelle für Gewerbekranke ein und organisierte gewerbemedizinische Basislehrgänge für Ärzte, die regen Zuspruch fanden. Das Baadersche Institut erlangte in wenigen Jahren eine Popularität, die Besucher aus ganz Europa herbeirief.

Die Berliner Universität erteilte Baader einen akademischen Lehrauftrag und übergab ihm 1930 die neu eingerichtete Dozentur für Berufskrankheiten, womit die Arbeitsmedizin zu einem eigenständigen medizinischen Lehrfach wurde.

Neben den wissenschaftlichen verfolgte Baader jedoch auch die sozialpolitischen Aspekte der Arbeitsmedizin. Er verfasste aufklärende Artikel wie „Meldepflicht und Entschädigung bei Berufskrankheiten“ und „Gewerbemedizin – ein neues Pflichtproblem des deutschen Arztes“.

Baader trug dazu bei, der Öffentlichkeit bewusst zu machen, dass die oft schleichend verlaufenden beruflichen Erkrankungen, die früher als Schicksal und als frühes Altern mit Verlust vieler Lebensjahre hingenommen wurden, in ihrer Tragweite den Arbeitsunfällen nicht nachstehen und dass deshalb der Unfallschutz um die Verhütung von Berufskrankheiten zu ergänzen sei.

Baaders Rolle im Dritten Reich wird in den letzten Jahren kritisch diskutiert. Er forschte und veröffentlichte weiter; 1933 wechselte seine Klinik für Gewerbekrankheiten in das städtische Krankenhaus Neukölln. Dort waren mehrere leitende Positionen vakant geworden, weil aufgrund der NS-Rassenideologie jüdische Ärzte dort nicht mehr arbeiten durften. Wie viele andere nichtjüdische Ärzte nutzte auch Baader die Gelegenheit für einen Karrieresprung.

Eine Historikerkommission der Universität Erlangen sieht Baaders Rolle so:

„Baader...war kein „antinazistischer“ Widerstandskämpfer. Es scheint jedoch auch übertrieben, ihn als exponierten Vorreiter der NS-Ideologie einzustufen.“ (Leven, ASU 47, 2, 2012, S. 72 -75)

1948 übernahm Ernst Holstein, ein Schüler Baaders, die Leitung des an historischem Ort in Lichtenberg neu gegründeten Zentralinstitutes für Arbeitsmedizin (ZAM), welches nach der Wende durch Fusionierung mit anderen Instituten zur Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) wurde.

Doch zurück zu den Anfängen der Werksärztlichen Akademie im Jahr 1962:

Dass sie gerade in Berlin gegründet wurde, liegt sicherlich nicht allein an den arbeitsmedizinischen Traditionen dieser Stadt.

1961, ein Jahr zuvor, war die Teilung der Viermächte-Stadt Berlin mit dem Bau der „Mauer“ dramatisch offenbar geworden. Die Bewohner der Westsektoren waren von Zukunftsängsten geplagt, viele Menschen verließen die unsichere „Frontstadt“.

Seitens der Westmächte und des Berliner Senats wurden in diesem und den folgenden Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen, um die Position Westberlins zu stabilisieren und zu stärken, angefangen von direkten Subventionen für Betriebe bis zur Förderung von Reisen von Schulklassen oder politischen Gruppen nach Berlin.

Am 5. Juni 1962 wurde mit dem Senatsbeschluss 3705/62 ein Ausbau Berlins als Stätte der Bildung, der Wissenschaft und der Kunst beschlossen, darin enthalten ein Auftrag an den Gesundheitssenator, eine Senatsvorlage zur Errichtung einer Akademie für Werksärzte vorzubereiten. Wenig später, am 31. August 1962, wurde der entsprechende Senatsbeschluss 4146/62 verabschiedet.

Neben dem politisch motivierten Wunsch nach einem wissenschaftlichen Aushängeschild bestand auch fachlicher Bedarf; für arbeitsmedizinisch tätige Werksärzte gab es nur wenige Möglichkeiten einer fundierten Ausbildung:

„Die ersten Erkenntnisse vom Einfluss der Arbeit auf den Menschen und die damit verbundenen Erkrankungsmöglichkeiten vermitteln die meisten Universitäten in Form einer arbeitsmedizinischen Pflichtvorlesung, wobei erfahrungsgemäß lediglich die eine oder andere Betriebsbesichtigung in Erinnerung bleibt. Der fachinteressierte Arzt wurde demzufolge zu einer autodidaktischen Lehrmethode gezwungen, die im jeweiligen Wirkungsbereich eben ausreichen musste. Man kann es daher fast als Selbsthilfe bezeichnen, dass Berlin die Initiative ergriff und eine Akademie schuf, um hiermit dem seit Jahren geforderten Bedürfnis nachzukom-

men, einen Schwerpunkt der arbeitsmedizinischen Ausbildung aufzubauen.“ (Stollenz, Elisabeth: Drei Jahre Akademie für Arbeitsmedizin Berlin; ASU Heft 2; 1966)

Ende 1962 fand der erste „Ausbildungskurs für Werksärzte“ statt, die Teilnahme war unentgeltlich, auswärtigen Teilnehmern konnte ein Reisekostenzuschuss gewährt werden.

In späteren Kursprogrammen findet sich überdies der Hinweis, dass für „politisch gefährdete“ Teilnehmer die Flugkosten übernommen werden könnten.

Das Ziel der ersten Jahre war, arbeitsmedizinisch tätigen Ärzten sowie anderen interessierten Kreisen einen wissenschaftlich fundierten fachlichen Zugang zu verschaffen. Neben den Werksärzten sollten auch andere von der Akademie profitieren: Gewerbeärzte, Sozialversicherungsärzte, Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und andere Ärzte konnten mit Einführungslehrgängen in die Arbeits-

medizin und mit Spezialkursen (Strahlenschutz, Stäube, Begutachtungskunde) ihre Kompetenzen erweitern.

1963 wurde vom Deutschen Ärztetag die Zusatzbezeichnung, 1976 die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ eingeführt.

Aufgabe der Akademie war jeweils, die hierzu erforderlichen theoretischen Grundlagen zu definieren und Lehrpläne zu entwickeln.

Mit Inkrafttreten des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) 1973 wurde eine betriebsärztliche Betreuung von Arbeitnehmer/innen flächendeckend eingeführt.

Wer diese Aufgabe durchführen durfte, wird in § 4 ASiG definiert: „Der Arbeitgeber darf als Betriebsärzte nur Personen bestellen, die (...) über die (...) erforderliche arbeitsmedizinische Fachkunde verfügen.“

Da die plötzlich entstandene Nachfrage nach qualifizierten Arbeitsmedizinern das Angebot bei weitem überstieg, wurden auf Betreiben der Unfallversicherungsträger, die den genannten §4 konkretisieren wollten, seitens der Bundesärztekammer sowie der regionalen Ärztekammern, die für die Attestierung der „erforderlichen arbeitsmedizinischen Fachkunde“ zuständig waren, verschiedene Behelfslösungen organisiert: Neben dem Facharzt für Arbeitsmedizin konnten auch Ärzte mit anderer Qualifikation unter bestimmten Voraussetzungen die „Fachkunde“ attestiert bekommen:

Bereits praktisch tätigen Betriebsärzten wurden Einführungskurse angeboten, und für niedergelassene Ärzte anderer Fachrichtungen wurde eine „kleine Fachkunde“ vorgesehen, die man nach Absolvierung eines arbeitsmedizinischen Einführungslehrgangs beantragen konnte.

1984 wurde die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ eingeführt, die „kleine Fachkunde“ entfiel. Aufgabe der Akademie war jeweils, die Weiterbildungsinhalte zu erarbeiten und anzubieten.

Als weiterer Schwerpunkt der Lehre an der Akademie wurden bereits kurz nach ihrer Gründung verschiedene Lehrgänge im Strahlenschutz für Ärzte durchgeführt.

Standorte der Akademie

1962 – 1990: Soorstraße 84, Berlin-Charlottenburg

1990 – 1999: Lorenzweg 5, Berlin-Tempelhof

1999 – 2003: DRK-Klinikum Westend, Spandauer Damm 130, Berlin-Charlottenburg

seit 2003: im Hause der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, Berlin-Kreuzberg

Mit der Novellierung der Röntgenverordnung 1973 wurden diese Kurse verpflichtend für den Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz und stellen auch heute noch einen wichtigen Teil des Lehrangebots dar.

Eine besondere Herausforderung für die Akademie mit ihrem Sitz in der geteilten deutschen Hauptstadt Berlin stellte die deutsche Wiedervereinigung im Jahr 1990 dar. Die Vereinigung erstreckte sich nicht nur auf die beiden deutschen Staatsgebiete, auch die unterschiedlichen Rechtssysteme mussten vereinheitlicht werden.

Mehr noch als in den meisten kurativen Fächern führte dies in der Arbeitsmedizin zu erheblichen Irritationen: Fusionierungen von Kliniken, Behörden und wissenschaftlichen Einrichtungen führten zu dem auch sonst bekannten Problem einer doppelten und konkurrierenden Besetzung von Stellen, welches häufig durch die Frage nach einer früheren engen Zusammenarbeit mit den Staatsorganen der DDR auf bürokratischem Weg „gelöst“ wurde.

Lange vor Erlass des Arbeitssicherheitsgesetzes hatte die DDR 1951 die „Verordnung zum Schutz der Arbeitskraft“ beschlossen und ein flächendeckendes und effektives Arbeitsschutzsystem in Kraft gesetzt.

In Großbetrieben mit über 4.000 Beschäftigten entstanden Betriebspolikliniken mit

Leiter/innen der Akademie

1962 – 1963: Dr. med. Klaus Siebert

1963 – 1965: Dr. med. Walter Fuchs

1966 – 1974: Prof. Dr. med. Dietrich Schürmann

1974 – 1990: Prof. Dr. med. Elisabeth Stollenz

1990 – 2009: Dr. med. Barbara Nemitz

Kursleitung

2006 – 2007: Dr. med Marianne Engelhardt-Schagen / Dr. med. Trutz Kayser

ab 2008: kollegiale Kursleitung durch: Dr. med. Trutz Kayser / Dr. med. Bernward Siebert / Dieter Weigel / Dietmar Mirwa / Dr. med. Elisabeth Rosenkranz / Dr. med. Dagmar Umnus-Lackner / Wolf-Eckhard Hagen (Organisation)

einem breitgefächerten medizinischen Spektrum von Allgemeinmedizin / Innerer Medizin mit Leistungs- und Funktionsdiagnostik, Arbeitshygiene / Arbeitsphysiologie, Arbeitspsychologie, Unfallchirurgie, Labor- und Röntgendiagnostik, Physio- und Arbeitstherapie bis hin zur Stomatologie/Zahnmedizin. Häufig konnten die umliegenden Betriebe diese Einrichtungen auf vertraglicher Basis ebenfalls nutzen.

Kleinere Betriebe wurden über Betriebsambulatorien, Arztsanitätsstellen oder Schwesternsanitätsstellen mit entsprechend geringerem Leistungsumfang betreut. Im Gegensatz zum bundesrepublikanischen Betriebsarzt, dessen Aufgabenbereich (definiert in §3 ASiG) ausschließlich in der Prävention lag, war der Betriebsarzt in der DDR gleichzeitig für Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zuständig; etwa 50 % der Arbeitszeit von Ärzten im betrieblichen Gesundheitswesen wurden für die kurative Tätigkeit verwendet. In vielen Regionen der DDR hatte der Betriebsarzt auch die Funktion des Hausarztes der Beschäftigten. Mit der Wiederherstellung der Einheit Deutschlands am 3. Oktober 1990 wurde auch das Arbeitsschutzrecht der Bundesrepublik Deutschland für das Gebiet der ehemaligen DDR übernommen, dies führte für viele DDR-Arbeitsmediziner zu massiven Brüchen in Ihrer Biographie.

Die arbeitsmedizinische Betreuung nach den nunmehr geltenden Vorschriften der Bundesrepublik erforderte wesentlich weniger Personal, viele der in der DDR vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen existierten im neuen System nicht mehr.

Ärzte, die zuvor sowohl arbeitsmedizinisch als auch kurativ tätig waren, mussten sich nun entscheiden, welchem der beiden Aufgabenfelder sie sich künftig widmen wollten. Viele entschlossen sich, in eigener Praxis in der Patientenversorgung zu verbleiben. Diejenigen Kollegen, die den Schritt zum ausschließlich beratend-präventiv tätigen Arbeitsmediziner wagten, mussten einen Rollenwechsel verkraften: Aus dem staatlich bezahlten Fachmann, der im Betrieb eine klar definierte Rolle auch als Kontrollorgan hatte, wurde ein gelegentlich ungeliebter Pflicht-Berater

des Arbeitgebers, der vom Betrieb bezahlt werden musste und mit anderen Betriebsärzten auf dem Dienstleistungsmarkt in Konkurrenz trat.

Für viele arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen wurden auch für erfahrene Fachärzte spezielle staatliche oder berufsgenossenschaftliche Ermächtigungen erforderlich.

In dieser Phase der Um- und Neuorientierung übernahm die Akademie für Arbeitsmedizin (zusammen mit anderen Einrichtungen) für die Kollegen aus der ehemaligen DDR eine wichtige Funktion:

Es wurden spezielle Anpassungsfortbildungen durchgeführt, in denen Aufgabe und Rolle des Betriebsarztes auf Basis der nunmehr in ganz Deutschland gültigen Rechtsgrundlagen vermittelt wurden.

Aber auch auf weniger dramatische gesellschaftliche Veränderungen musste die Akademie reagieren. Seit den 1990er Jahren arbeitete sie daran, ihr Ausbildungsangebot an die geänderten Anforderungen der Arbeitswelt anzupassen.

So wurden von der damaligen Leiterin der Akademie, Barbara Nemitz, Lehrgangsangebote entwickelt, welche die Betriebsärzte befähigen sollten, sich des neuen Themas Betriebliches Gesundheitsmanagement anzunehmen.

Auch die in der modernen Arbeitsmedizin sich ändernde Rolle des Betriebsarztes vom Untersuchungsmediziner, der im weißen Kittel auf Patienten wartet, zum proaktiven Berater des Arbeitgebers erfordert Qualitäten, die über das sichere Beherrschen des arbeitsmedizinischen Handwerkszeugs hinausgehen. So wurden und werden Fortbildungsangebote konzipiert, die eine Stärkung der gestalterischen und kommunikativen Kompetenz zum Ziel haben.

Seminare und Workshops wie „Selbstmanagement, Kommunikation und Umgang mit Konflikten“, „Systemische Organisationsbetrachtung“ und „Betriebswirtschaftliches Grundwissen für Arbeitsmediziner“ unterstützen Betriebsärztinnen und -ärzte bei der Erhöhung ihrer

Professionalität und tragen dazu bei, ihre Handlungsoptionen zu erweitern.

Auch das Angebot einer systemischen Supervision dient diesem Ziel.

Aber auch die Qualität der eigenen Arbeit wird regelmäßig kritisch unter die Lupe genommen und verbessert.

In der Form der Wissensvermittlung wurden neben den klassischen Verfahren Frontalunterricht und seminaristisches Arbeiten neue Wege beschritten.

Der 1993 konzipierte Umweltmedizinische Grundlagenlehrgang wurde zu großen Teilen und sehr erfolgreich mit der Methode des Problemorientierten Lernens (POL) durchgeführt. POL basiert auf der Beobachtung, dass der Lernerfolg größer ist, wenn vor der eigentlichen Lernarbeit mittels geeigneter Fallbeispiele ein persönliches Interesse an der Thematik geweckt wird.

In den Jahren 2001 bis 2003 führte die Akademie, gemeinsam mit der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie Baden-Württemberg ein Forschungsprojekt durch mit dem Ziel, neue didaktische Modelle für die betriebsärztliche Qualifikation zu erarbeiten. Die darin entwickelten Verfahren werden noch heute in den Arbeitsmedizinischen Weiterbildungskursen eingesetzt.

Ende der 1990er Jahre beteiligte sich die Akademie an der Erarbeitung eines ersten (Muster-)Kursbuchs Arbeitsmedizin der Bundesärztekammer, welches das Ziel hatte, die Inhalte der arbeitsmedizinischen Weiterbildungskurse zu definieren und auch einen Wechsel der Teilnehmer zwischen den mittlerweile sieben arbeitsmedizinischen Akademien in Deutschland zu ermöglichen. Inzwischen liegt dieses Kursbuch in 2. Auflage vor, eine dritte befindet sich gerade in Bearbeitung.

Auch auf europäischer Ebene ist die Akademie an Vereinheitlichungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligt. Aus einem eher losen Verbund europäischer arbeitsmedizinischer Weiterbildungseinrichtungen entstand 1993 die „European Association of Schools of Occupational Medicine“ (EASOM), deren

Gründungskonferenz von der Akademie in Berlin ausgerichtet wurde.

In diesem Jahr ist die Ärztekammer Berlin Gastgeber der jährlich stattfindenden Summer School der EASOM.

Angesichts der steigenden Bedeutung kommunikativer Kompetenz für die betriebsärztliche Professionalität wurde „Kommunikation als Kernkompetenz für Arbeitsmediziner“ als Thema der englischsprachigen Veranstaltung gewählt. Der letzte Tag der Summer-School (1. September 2012) mit dem Schwerpunktthema „Risikowahrnehmung und Risikokommunikation“ ist auch für interessierte Berliner Kammermitglieder offen. Bitte beachten Sie hierzu auch unsere Information auf S. 27 (Fortbildungskalender auf der Mittelseite).

Die schwere Erkrankung der letzten Leiterin der Akademie, Barbara Nemitz, und ihr viel zu früher Tod 2009, führte zu einem schmerzlichen Einschnitt in der Arbeit der Akademie.

Um den drohenden Bruch der fachlichen Kontinuität zu verhindern, wurde ab 2006 die Leitung der Akademie durch Marianne Engelhardt-Schagen und Trutz Kayser unterstützt.

2008 wurde unter hohem Organisationsaufwand und großem Einsatz aller Beteiligten ein neues Kursleitungssystem installiert: Sechs erfahrene und der Akademie langjährig als Referenten und Mentoren verbundene Betriebs- und Gewerbeärzte leiten jeweils einen der sechs Kurse.

Die Umstellung glückte: Im nunmehr fünften Jahr können die Arbeitsmedizinischen Weiterbildungskurse in gewohnter Qualität angeboten werden.

Insgesamt erfreuen sich die Lehrgänge der Akademie hoher Nachfrage, in den letzten 20 Jahren lagen die Teilnehmerzahlen zwischen 800 und 1.200 pro Jahr. Über 1.400 Ärztinnen und Ärzte besuchten allein seit 1995 die Arbeitsmedizinischen Weiterbildungskurse, um Facharzt für Arbeitsmedizin zu werden oder, soweit möglich, die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin zu erwerben.

Abschließend bleibt anzumerken, dass der demografische Wandel, dessen Auswirkungen in den Betrieben eine Herausforderung auch für die Betriebsärzte darstellt, auch die Arbeitsmedizin selbst betrifft. Allenthalben ist ein Nachwuchsmangel im betriebs- und werksärztlichen Bereich festzustellen.

Dieses drängende Problem und ein sich veränderndes Anforderungsprofil für Betriebsärzte – weg von Gefährdungen durch Gifte, Stäube und Lärm, hin zu gestiegenen psychomentalen Beanspruchungen der Mitarbeiter und zum Thema Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bis ins fortgeschrittene Alter – stellen die Tätigkeit der Akademie auch in Zukunft vor große Herausforderungen, denen sich die Kursleiter und Mitarbeiter mit Engagement stellen werden.

Mein Dank für Zuarbeit und Unterstützung gilt neben meinen KursleiterkollegInnen Frau Dr. Engelhardt-Schagen, Herrn R. Gensch, Herrn Dr. G. Lindh und Herrn S. Linnig.

Verfasser:
Dieter Weigel
Charité, Campus Benjamin Franklin
Betriebsärztlicher Dienst

Literatur:
Kochan: 75 Jahre Arbeitsmedizin DGAUM Tagungsband 2000
Leven, ASU 47, 2, 2012, 72 -75
Elsner: Schattenseiten einer Arztkarriere (VSA)

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)	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
■ 01.06.–02.06.2012 17.08.–18.08.2012 31.08.–01.09.2012	Grundlagen der medizinischen Begutachtung Ein Kurs in 3 Modulen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Teilnehmergebühr: 400 €	45 P
■ 22.08.2012	Berliner Forum für Qualität Ärztliches Peer Review: Ein weiterer Baustein zur Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung (weitere Informationen s. S. 27)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401/1403 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich, Teilnehmergebühr: keine	2
■ 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
■ 27.10.2012	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
■ 05.11.–14.11.2012 (Kursteil B1) 14.11.–23.11.2012 (Kursteil B2)	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 B: 960 € Kursteile B1, B2: 480 €	60 P pro Kursteil
■ 10.12.–12.12.2012	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
■ 12.12.–14.12.2012 14.12.2012	Spezialkurs im Strahlenschutz – bei der Röntgendiagnostik – bei CT	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 CT: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)
■ 07.01.–16.01.2013 (Kursteil C1) 16.01.–25.01.2013 (Kursteil C2)	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 C: 960 € Kursteile C1, C2: 480 €	60 P pro Kursteil

Ärztzekammer 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

Berliner Forum für Qualität

Ärztliches Peer Review: Ein weiterer Baustein zur
Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung

„Peer Review“ in der Medizin ist die kritische (Selbst-)Reflexion des (ärztlichen) Handelns im Dialog mit Fachkollegen – unter Verwendung eines strukturierten Verfahrens mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung.

Mit dem kollegialen Gespräch als „Kernstück“ des Verfahrens erfolgt eine Rückbesinnung auf die „Urmethode“ ärztlicher Qualitätssicherung: der Dialog mit Fachkollegen über mögliche Qualitätsdefizite und Verbesserungsvorschläge. Hierin liegt das große Potential für die Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung, aber auch die Schwierigkeit der Umsetzung.

Die Bundesärztekammer hat deshalb ein Curriculum zur Schulung von Reviewern entwickelt. Nach diesem Curriculum werden seit 2011 u.a. in Berlin Reviewer ausgebildet, die ihre Kompetenzen in konkreten Qualitätssicherungsverfahren (z. B. in der Intensivmedizin, IQM) einsetzen.

Frau Chop von der Bundesärztekammer stellt im „Berliner Forum für Qualität“ die Verfahrensgrundsätze und das Curriculum vor, Herr PD Dr. Braun berichtet über erste Erfahrungen mit „Peer Review“ in der Intensivmedizin.

Wissenschaftliche Leitung: Dr. Katrin Werner

Termin: Mittwoch 22.08.2012, 20:00 Uhr – 22:00 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Referenten: Ines Chop (Referentin Dezernat 3/Qualitätssicherung, Bundesärztekammer), PD Dr. Jan Braun (Ltd. Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie; Charité - Universitätsmedizin Berlin)

Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1401/ -1403, E-Mail: r.drendel@aekb.de
Die Veranstaltung ist kostenfrei, 2 Fortbildungspunkte

Risikowahrnehmung und Risikokommunikation

Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin
in englischer Sprache

Wie bewerten wir Risiken im täglichen Leben? Welche Faktoren bestimmen, ob uns ein Ereignis, eine Entwicklung mehr oder weniger ängstigt?

Was sollten Ärztinnen und Ärzte über Risikowahrnehmung – sowohl die eigene als auch die ihrer Patienten und Gesprächspartner – wissen?

Und welche Gesprächsstrategien haben sich als hilfreich erwiesen, um angemessen und sensibel mit Gesprächspartnern (Patienten, Angehörigen, aber auch Medienvertretern) über Risiken zu kommunizieren, insbesondere bei Ereignissen, die durch hohe Medienpräsenz Beunruhigung auslösen.

Diesen Fragen widmet sich eine Veranstaltung der Ärztekammer Berlin, die den Abschluss einer mehrtägigen europäischen Tagung bildet: die Summer School der European Association of Schools of Occupational Medicine (EASOM). Die Mitglieder dieser Vereinigung (Arbeitsmediziner aus Deutschland und dem europäischen Ausland) diskutieren hier Wege der Verbesserung der kommunikativen Kompetenz in der arbeitsmedizinischen Weiterbildung.

Am letzten Tag dieser Tagung sind alle interessierten Kammermitglieder eingeladen, das oben stehende Thema fachübergreifend zu vertiefen. Mit Rücksicht auf die europäischen Teilnehmer wird die Veranstaltungssprache auch an diesem Tage englisch sein.

Referenten: Dr. phil. Wolfgang Gaissmaier, Harding Center für Risikokompetenz, Berlin

Prof. Dr. phil. habil. Peter Wiedemann, Karlsruher Institut für Technologie, Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse

Termin: Sonnabend, 1. September 2012, 9.00 – 12.15 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Tel.: 408 06-1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de

4 Fortbildungspunkte. Die Veranstaltung ist kostenfrei.

Impfungen in der Praxis

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen STIKO-Empfehlungen und den allgemeinen Grundlagen von Aufklärung bis Impfversager, Nutzen-Risikoabwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen und praxisrelevante Fragen.

Termin: Sonnabend, 01.12.2012, 9.00 - 17.30 Uhr

Kursleitung: Dr. med. Christian Schönfeld (ehem. Leiter der Reisemedizinischen Ambulanz, Institut für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Charité – Universitätsmedizin Berlin)

Kursgebühr: 100 Euro (inkl. Verpflegung), 10 Fortbildungspunkte

Veranstaltungsort: Kaiserin Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Anmeldung: Ärztekammer Berlin (Tel.: 40806 1215 / Fax: 40806 55-1399 / E-Mail: fb-aag@aekb.de)

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net!

Ran an die Patienten!

Bericht vom Kongress „Armut und Gesundheit“

Patienten sollen Ärzte unter Druck setzen, ihnen neue teure Medikamente zu verordnen. Deshalb finanzieren deren Hersteller Patientenverbände und Selbsthilfegruppen, ja, manche gründen sogar selber welche. So können sie direkt auf die „Endverbraucher“ einwirken, zumal die Ärzte immer kritischer werden und sich dem Einfluss der Pharmaindustrie zunehmend entziehen. Die Patientenvereinigungen brauchen Förderung viel nötiger und diskutieren deshalb seit Jahren, wie man sich den Pelz waschen lässt, ohne nass zu werden. Ist Transparenz ein Ausweg? Sind es Leitlinien, Grundsätze, Vereinbarungen? Nützen sensibilisierende Diskussionen?

Die Selbsthilfe gilt als vertrauenswürdig, ihre Akteure haben den Ruf der Kompetenz. Das macht sie gleich aus mehreren Gründen interessant für die Unternehmensstrategien der Arzneimittel- und Medizinproduktfirmen, sagte Rüdiger Meierjürgen (Barmer GEK):

1. Die Pharmaindustrie, deren Image „seit Jahren auf Wulff-Westerwelle-Niveau“ sei, fördere mit der finanziellen Unterstützung ihrer wichtigsten Kunden, der chronisch Kranken und Behinderten, ihr angeschlagenes Renommee.
2. Durch das illegale Marketing direkt beim Patienten umgeht die Industrie das Werbeverbot. (Ausführlich siehe Kasten.)
3. Seit 2004 gehören auch Patientenvertreter Gremien des Gesundheitswesens an. Daher sind sie fürs Lobbying der Unternehmen als „potenzielle Türöffner“ interessant.

Der Wuppertaler Kassenvertreter Meierjürgen moderierte, zusammen mit Ursula Helms, Geschäftsführerin von NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) in Berlin, eine Diskussion über die gefährdete Unabhängigkeit der Selbsthilfe beim Berliner Public Health-Kongress „Armut und Gesundheit“. Dies war nur eine von vielen ähnlichen Veranstaltungen anderen Orts, denn die Selbsthilfe hat die Brisanz des Problems erkannt.

Es gibt zwar Regeln, Leitsätze und Satzungsparagrafen – aber wirken sie auch? Ein paar Beispiele:

Kein Pharma-Geld ohne Gegenleistung

Karl Cattelaens vom Bundesverband Deutsche Rheumaliga berichtete, etwa die Hälfte der Landesverbände hätten Geld von der Industrie für Veranstaltungen genommen – bis zu 50.000 Euro. Aber man sei sensibel für das Problem geworden, es werde diskutiert, die Gespräche hätten etwas verändert. Die meisten Anfragen der Pharmafirmen würden abgelehnt. Zwei Landesverbände seien jedoch aus der Dachorganisation ausgetreten, weil sie sich nicht an deren Regeln halten wollten.

Strenge Richtlinien haben die Krankenkassen für die Förderung der Selbsthilfe: Antragsteller müssen zum Beispiel erklären und offenlegen, dass sie nicht abhängig von der Industrie sind, das heißt, nicht überwiegend von ihr finanziert werden. Dazu ein Beispiel von Meierjürgen: Eine Patientenorganisation beantragte kürzlich 8.450 Euro für ein bestimmtes Projekt. Sie gab aber an, fast 350.000 Euro von einem Pharma-Sponsor zu erhalten, mehr als die Hälfte ihrer Gesamteinnahmen. Die Verpflichtung zur Transparenz wurde also erfüllt, der Antrag aber trotzdem gestellt.

Ein klares Beispiel für eine Gefährdung der Unabhängigkeit ist der (Ende 2011 unterzeichnete) Kooperationsvertrag

„Wir sind doch kein Caritas-Verein, natürlich erwarten wir Gegenleistungen für die Finanzierung der Mitgliederzeit-schrift, der Vorträge und der Versammlungen...“ *Ein Pharma-Marketingleiter 2010 zum „Spiegel“.*

zwischen dem „Bundesverband Klinischer Diabetes“ (dem Interessenverband von Diabeteskliniken) und dem Deutschen Diabetikerbund. Als erstes Ziel des Vertrags wird genannt: „Die gemeinsame gesundheitspolitische Einflussnahme, insbesondere zum Nutzen der stationären Versorgung der Menschen mit Diabetes.“ Heißt dies, fragen sich wohl die Krankenkassen, dass möglichst viele Diabetiker möglichst lange im Krankenhaus behandelt werden sollen?

„Vor dem Hintergrund chronischer Finanznöte der Selbsthilfe sind Versuche groß, über Spenden und Sponsoring von und mit Pharmaunternehmen die Kasse aufzubessern“, sagte Meierjürgen und warnte vor den „Risiken und Nebenwirkungen“. Er hält es aber für falsch, die Selbsthilfe nun

„Der direkte Zugang zum Patienten ist für Pharmaunternehmen ohne Zweifel von nicht zu unterschätzendem Nutzen. Allerdings darf in Deutschland für verschreibungspflichtige Arzneimittel nur in Fachkreisen geworben werden. Es liegt daher nahe, das bestehende Werbeverbot zu umgehen und sich seine ‚Kundschaft‘, vor allem chronisch Kranke, über direkte und indirekte Strategien der Beeinflussung von Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen zu akquirieren. Ziel ist das direkte Patienten-Marketing mit geringem Streuverlust und Prä-Marketing von Arzneimitteln, die noch nicht auf dem Markt sind.“ *(Rüdiger Meierjürgen, Barmer GEK, auf dem Berliner Kongress „Armut und Gesundheit“.)*

pauschal als eine „abhängige Fußtruppe der Pharma- und Medizinproduktehersteller zu bezeichnen.“

Probleme über Probleme

Der Berliner Workshop war die erste (noch nicht viel Neues bringende) Veranstaltung einer Reihe, die von der Barmer GEK und NAKOS organisiert wird. Die Leitfragen zum Thema haben es in sich:

1. Reichen die Leitsätze der Selbsthilfe zum Umgang mit Wirtschaftsunternehmen und Monitoringverfahren aus, um wirksam Transparenz und Unabhängigkeit der Selbsthilfe zu sichern?
2. Darf eine unabhängige Selbsthilfe überhaupt Sponsoringgelder annehmen?
3. Welche Maßnahmen zur Vermeidung von Einflussnahme oder unerlaubter Werbetätigkeit sind von der Pharmazeutischen Industrie, Medizinprodukteherstellern und anderen Wirtschaftsunternehmen zu fordern?
4. Wie können wir die Selbsthilfe sensibilisieren und unterstützen, sich mit der Thematik „Interessenkonflikte“ auseinander zu setzen?
5. Brauchen wir mehr (empirische) Forschung, um den Umfang und die Wirksamkeit der Einflussnahme zu untersuchen?

Unnütze und fragwürdige Leitsätze

Vorweg lässt sich wohl nur die erste Frage beantworten: mit einem glatten Nein, wie die Beispiele zeigen. Manche Leitsätze sind stellenweise sogar selbst fragwürdig. Zum Beispiel liest man in denen des Dachverbandes von Selbsthilfeverbänden „B.A.G. Selbsthilfe“ und des Paritätischen zwar, es sei „für die Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen unabdingbar, ihre Neutralität und Unabhängigkeit zu wahren“, auch in der Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen; dennoch

„Die Ärzte sind verrückt nach diesem Roman“

...sagt meine Buchhändlerin. Ein Pharma-Krimi, Tatort Berlin, Charité: „Die letzte Flucht“ von Politikkrimiautor Wolfgang Schorlau, bei Kiepenheuer & Witsch in der Reihe KIWI erst 2011 erschienen, jetzt schon 8. Auflage und Spiegel-Bestseller. Entscheidend wichtiger Plot:

Der Mann einer Krebskranken, die unter den schweren Nebenwirkungen eines unerprobten neuen Mittels leidet, will wissen, wie die Branche arbeitet und wie sie das Gesundheitswesen beeinflusst. Der entführte und regelrecht verhörte Manager gibt, um frei zu kommen, alle noch so fragwürdigen Strategien und Tricks seiner Firma preis und beteuert immer wieder, dass es ja alle so machten: Studienmanipulationen, gut bezahlte „Anwendungsbeobachtungen“ und „Mietmäuler“ als Marketinginstrumente, „Verkauf von Hoffnung“ an „final Erkrankte“ in Form fast unwirksamer, aber nebenwirkungsreicher Onkologika.

Und seine zündende Idee zur Vervielfachung des Firmenumsatzes: Die Patienten direkt „informieren“; zum Beispiel in Veranstaltungen, in denen das zuvor von habilitierten Pharmareferenten (wie K.D. Bock einst die Mietmäuler vornehm umschrieb) vorgestellte neue Medikamente von einem falschen Patienten aus dem Publikum gerühmt wurde. („Ich bin geheilt!“) Kleine Kostprobe: „Die Patienten stehen im Mittelpunkt unseres neuen Marketingkonzepts. Wir informieren sie. Wir wollen, dass sie zu ihrem Arzt rennen und unsere Medikamente verlangen. Und wenn er sie nicht verschreibt, gehen sie zum nächsten Arzt. Der verschreibt sie dann ganz sicher...“

Der Inhalt dieser Pharmamanager-Bekenntnisse scheint gut recherchiert und im Wesentlichen korrekt zu sein. Jungmediziner können was draus lernen. Manche haben wohl auch Spaß an dem ganzen haarsträubenden Sex-and-Crime-Drum und Dran. Für Nicht-Krimileser und literarisch Verwöhnte ist das schwer erträglich. Aber der Zweck heiligt die Mittel: Drastische Aufklärung über Marketingmethoden für Medikamente, in reißerischer Verpackung. Wem die auf die Nerven geht, der lese nur die Kapitel mit Titeln wie „Der erste Tag“, „Die zweite Nacht“, „Der dritte Tag II“ etc. Das lohnt sich.

R. St.

ANZEIGE

Rechtsanwälte Dr. Ruge & Dr. Ruge

Dr. med. Dietrich Ruge
Rechtsanwalt und Arzt
Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. Sylvia Ruge
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Medizinrecht Arbeitsrecht

Xantener Straße 15A, 10707 Berlin
(Nähe Kurfürstendamm)

Telefon: 030 88722831
www.rae-dr-ruge.de

kann (wie es weiter im Text heißt) eine Selbsthilfeorganisation „Wirtschaftsunternehmen in schriftlichen Vereinbarungen Kommunikationsrechte, wie zum Beispiel die Verwendung des Vereinsnamens oder des Logos in Publikationen, Produktinformationen, Internet, Werbung oder auf Veranstaltungen“ gewähren. Und „ebenso kann die Selbsthilfeorganisation das Logo des Wirtschaftsunternehmens verwenden.“ Über eigene Veranstaltungen von Selbsthilfeorganisationen heißt es unter anderem: „Die Selbsthilfeorganisation trägt Sorge dafür, dass die behandelten Themenbereiche nicht allein von Refe-

renten, die bei dem jeweiligen Sponsor angestellt oder von dem jeweiligen Sponsor abhängig sind, behandelt werden.“ – Nicht *allein* – aber hauptsächlich?

Hilfreiche NAKOS-Publikation

Sehr positiv wirkt die Anfang 2012 erschienene Broschüre von NAKOS „Transparenz und Unabhängigkeit der Selbsthilfe – Wahrung von Selbstbestimmung und Vermeidung von Interessenkonflikten“. NAKOS-Geschäftsführerin Helms im Vorwort: „Mit dieser Praxishilfe wollen wir unterstützend informieren, Interessenkonflikte aufzeigen sowie Fakten beschreiben, die den Hintergrund für eine annehmende oder ablehnende Entscheidung über ein Sponsoring oder eine Spendenannahme bilden können.“

Dies gelingt mit Hilfe kompetenter Autoren ausgezeichnet. Vor allem erhält man jede Menge Informationen: über Interessenkonflikte und ihre Offenlegung, über Transparenz, die allein aber nicht genüge, über Leitlinien und Erklärungen zur Unabhängigkeit der Selbsthilfe, über den Kodex der Pharmaindustrie zur Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen, über Regelungen zur Arzneimittelwerbung und ihre Umgehung, sogar über steuerliche Aspekte.

Man erfährt auch etwas, das die Selbsthilfe zum Teil entlastet: sie streckt ihre Hand der Industrie entgegen, weil die öffentliche Hand sich zurückzog. „Um das Jahr 2000 werden Selbsthilfegruppen von Politik und Verwaltung aufgefordert, eine Förderung durch Wirtschaftsunternehmen einzuwerben, um entfallene öffentliche Förderungen

aufzufangen.“ Allmählich merkt sie, was sie sich da eingefangen hat.

Aber die Selbsthilfe kann auf die Förderung durch die Wirtschaft nicht verzichten. Sie wünscht sich – wie die Ärzteschaft – einen gemeinsamen Förderfonds, und sie beißt auf Granit – wie die Ärzte. Denn da hätten die einzelnen Firmen ja keine Marketing-Möglichkeit mehr.

„Gegen Vereinnahmung und Missbrauch muss sich die Selbsthilfe schützen“, mahnt Ursula Helms. Das haben die Selbsthilfeorganisationen, dies es ja noch gar nicht lange gibt, relativ rasch erkannt und diskutiert. Bei den Ärzten, die doch schon seit mindestens einem Jahrhundert den Marketingmethoden der Industrie ausgesetzt sind, ging es nicht so schnell.

Rosemarie Stein

ANZEIGE

„Burnout“ in aller Munde – ist uns eigentlich klar, worum es geht?

Fortbildungsveranstaltung widmete sich dem Phänomen „Burnout“

Das Phänomen Burnout erweist sich als ein Thema mit großer Popularität – in den Medien ist der Begriff Burnout sehr gegenwärtig. Gleichwohl steht die Selbstverständlichkeit, mit der der Begriff Burnout verwendet wird, in einem Kontrast zum wissenschaftlichen Kenntnisstand. Burnout hat aktuell weder nach den international gültigen Kriterien der WHO (ICD-10) noch nach den Kriterien der American Psychiatric Association (DSM-IV) den Stellenwert einer Diagnose. Welche psychischen Störungen verbergen sich nun hinter dem plakativen Wort? Welche ätiologischen Faktoren sind zu bedenken? Diesen und weiteren Fragen widmete sich eine gemeinsame Veranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin unter dem Titel „Burnout“ in aller Munde – ist uns eigentlich klar, worum es geht? Etwa 240 Ärzte und Apotheker folgten am 9. Mai dem knapp zweistündigen Fortbildungsangebot im voll besetzten Hörsaal der Kaiserin Friedrich-Stiftung.

Von Sabine Möddel und Matthias Brockstedt

Zum Vortrag mit anschließender Diskussion hatten die Ärztekammer Berlin und die Apothekerkammer Berlin den Psychiater und Psychotherapeuten Dr. med. Markus R. Pawelzik, leitender Arzt der EOS-Klinik für Psychotherapie in Münster, eingeladen. Zum einen ist Pawelzik durch seine klinische Arbeit mit dem Thema gut vertraut; darüber hinaus sorgte er in jüngerer Zeit durch Vortragstätigkeiten und Aufsätze, die sich kritisch mit dem Begriff und Verständnis von Burnout auseinandersetzten, wiederholt für Aufmerksamkeit. Seinen aktuellen Vortrag eröffnete er mit der Einschätzung, dass es sich bei Burnout um eine „gefühlte Epidemie“ handele.

Der Psychoanalytiker Herbert Freudenberg, der den Begriff Burnout 1974 in die Literatur einführte, und die Organisationspsychologin Christina Maslach definierten Burnout als Folge beruflicher Überlastung, die über mehrere Stadien zu Erschöpfung, Resignation und schließlich Zynismus führt. Der von Maslach entwickelte *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

unterscheidet drei Dimensionen des Burnout: emotionale Erschöpfung (9 Items), Depersonalisation (5 Items) und persönliche Leistungsfähigkeit (8 Items). Obwohl das offizielle MBI-Manual ausdrücklich ausweist, dass der MBI weder Diagnostiktool noch ein Indikator für Interventionen ist und auch keine berufs- oder kontextübergreifenden Grenzwerte für das Vorliegen eines Burnout enthält, werden vielfach Cutoff-Werte genutzt, die anhand der Summenverteilung der Skalenwerte gebildet werden und ein schweres, ein mittleres und ein geringes Burnout voneinander abgrenzen. Auf dieses Dilemma wies Pawelzik hin und demonstrierte anhand nur weniger Items, inwieweit der Test einer erwachsenen, engagiert berufstätigen Person rasch ein zumindest geringes Burnout zu attestieren vermag.

Angesichts dieser irritierenden Beobachtung wandte sich der Referent dem Verständnis des „Stress“-Begriffs zu. Stress ist, zumal im deutschen Sprachraum, allzu oft mit den Gefühlen von Druck und

Spannung konnotiert. Dabei, so Pawelzik, ist Stress doch auch eine gute Sache: Schließlich repräsentieren nach physiologischem Verständnis etwa auch Vorfreude, Verliebtheit, eine Vortragssituation oder das Eingeladensein Stresssituationen. Interindividuell variiere letztlich die *Stressreagibilität* und die *Stressreaktion*. Aus der alltäglichen Erfahrung kenne man solche Menschen, die „die Ruhe selbst“ verkörpern und ebenso diejenigen, die sich eher als „nervöses Hemd“ erweisen.

Ausgehend von diesen Überlegungen unternahm Pawelzik einen Ausflug in die Welt der Neurobiologie und kommentierte einige ihrer Schauplätze. Definierte Systeme wie etwa das autonome Nervensystem beziehungsweise die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse bilden eine stressphysiologische Reaktion auf Herausforderungen der Umwelt. Die Reaktion der Stresssysteme wird dabei durch das Wechselspiel zwischen einem spezifisch stressdisponierten Organismus (Stressreagibilität) und der Art der Herausforderung (Stressor) bestimmt. Grundlegendes Ziel der Stressreaktion ist es, zur Bewältigung der Herausforderung beizutragen. Gelingt dies, so klingt die Stressreaktion ab und der Organismus regeneriert sich.

Den im limbisch-hypothalamischen System lokalisierten Mandelkernen (Amygdala) kommt eine Schlüsselrolle zu, weil sie durch ihre vielfältigen Verbindungen insbesondere zum vegetativen und zum neuroendokrinen System wesentliche Schaltstellen für die Verarbeitung von Stressreaktionen bilden. Sie enthalten assoziative Verknüpfungen, die es ermöglichen, bei drohender Gefahr mit

ANZEIGE



Dr. med. Markus Pawelzik (links), Referent der Veranstaltung, und Dr. med. Matthias Brockstedt (rechts), Moderator der Diskussion.

Angst zu reagieren, die ihrerseits den Körper an die Situation von Kampf oder Flucht anpasst. In den Mandelkernen gespeicherte Inhalte führen bei ihrem Abruf zu Reaktionen des Angsteffekts. Diese Angstreaktion aber verändert nicht nur den Körper, sondern begünstigt vermutlich auch die Ausprägung eines bestimmten kognitiven Stils. Was entwicklungsge­schichtlich unter archaischen Bedingungen überlebenswichtig war, kann in der modernen Dienstleistungsgesellschaft problematische Auswirkungen haben: Erfolge zum Beispiel beruflich ausgelöste Stressreaktionen regelmäßig angstbesetzt und damit fehlangepasst, so lernt der Betroffene fatalerweise, Berufliches mit Angst zu assoziieren.

Außerdem brachte Pawelzik das neurobiologische Phänomen der *Vagus-Bremse* zur Sprache. Dieses Reaktionsmuster ist durch eine Aktivierung myelinisierter Vagusfasern gekennzeichnet; die vagale Bremse dämpft beispielsweise rhythmisch die Herz- und Atemfrequenz (unter anderem in der Ausatemphase). Pawelzik gab zu bedenken, dass die Myelinisierung der Vagusfasern innerhalb von drei Monaten nach der Geburt erfolgt. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Myelinisierung bei früher Trennung von

der Mutter verlangsamt ist und mit einer erhöhten Stress-Sensibilität einhergeht. Die frühe, zugewandte Nähe der Mutter hingegen fördert eine funktionstüchtige Vagus-Bremse. Pawelzik resümierte mit den Worten des britischen Kinderpsychiaters und Psychoanalytikers John Bowlby (1907-1990): „Wir brauchen das Gestreicheltwerden genauso wie die Luft, die wir atmen, das Wasser, das wir trinken und die Nahrung, die wir essen.“ Ausgehend von der mütterlichen Responsivität für das Neugeborene erwiesen sich soziale Beziehungen generell zeitlebens als der wichtigste Stresspuffer.

Stresssituationen sind einer „Top down“-Kontrolle, einer kognitiven Kontrolle durch das Frontalhirn, zugänglich. Überdies hat die Stressreaktionstendenz eine jeweils persönliche, individuelle Geschichte und wird von dem je eigenen Verhalten weiterentwickelt. Präzisierend bezeichnete Pawelzik die konzertierte Aktivität der neurophysiologischen Reaktionen auf Stress und die Fähigkeit, Stabilität durch Veränderung beziehungsweise Anpassung an eine veränderte Situation zu gewährleisten, als *Allotase*. Die „Kosten“ für die Bewältigung häufigen oder anhaltenden Stresses beschreibt der amerikanische Neurobiologe Bruce

McEwen als *allostatische Last*: Jede Anpassungsleistung hat nach McEwen ihren Preis, der sich in der Abnutzung und in einer schlechteren Feineinstellung der Systeme äußert. Folglich nimmt mit zunehmendem Alter und damit zunehmenden Anpassungsleistungen die allo­statische Last, die eine Person zu tragen hat, zu. Das Risiko für Erschöpfung ist mithin umso größer, je größer die akkumulierte allo­statische Last ist. Insoweit kann die allo­statische Last (be)drückend sein.

Pawelzik fragte pointiert: „Warum ist `Burnout` so beliebt?“ und skizzierte verschiedene Gründe für die Vereinnahmung des Begriffs und der vermeintlichen Diagnose: der Begriff ist unscharf gefasst und einer subjektiven Interpretation gut zugänglich; seine Konnotationen sind weniger stigmatisierend als etwa die einer Depression; außerdem ist das Burnout external attribuiert: das Leid der Betroffenen lässt sich – persönlich ent-lastend – auf „die Verhältnisse“, weniger auf das eigene Verhalten zurückführen. Mit Blick auf die Erlebnisse der Eltern- und Großeltern-Generation, die Vertreibung, Bombennächte, schwerste Verluste und existenzielle Bedrohungen erlebt hat, falle auf, dass in diesem Zusammenhang nie von Burnout die Rede sei.

Salutogenetische Konzepte und Impulse dürften einen wertvollen Beitrag zur konstruktiven Auseinandersetzung mit den Belastungen des modernen Arbeitsalltags und Lebensstils leisten. Exemplarisch empfahl Pawelzik eine Besinnung auf die von der amerikanischen Psychologin Carol Ryff beschriebenen sechs Dimensionen des psychologischen Wohlbefindens. Zu diesen Dimensionen zählen das *Zutrauen* (denn: ohne Zutrauen verpasst man lebenswerte Chancen!) und das *seelische Wachstum* durch Integration positiver Erfahrungen. Die Dimension der *Lebenssinnegebung* trägt einer Ausrichtung auf langfristige Werte und Ziele Rechnung. *Autonomie* mit aktiver Partizipation und Gestaltung sowie *Selbstakzeptanz*, die eine Zufriedenheit dank eigener, realistischer Standards beinhaltet, und *positive Beziehungen* mit einem aktiven Sozialleben vervollständigen das Ensemble.

Mit Gedanken zur Selbstsorge rundete Pawelzik seine Ausführungen ab und wurde mit anhaltendem Applaus bedacht. Daran schloss sich eine ausführliche, vom Vorsitzenden des Fortbildungsausschusses und der Arzt-Apotheker-Kooperation der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Matthias Brockstedt, moderierte Diskussion an. Die Nachfrage zur fachlichen Begründung einer Burnout-Ambulanz in der eigenen Klinik gab Pawelzik Gelegenheit zu verdeutlichen, dass die Verwendung des populären Begriffs Burnout einen Beitrag dazu leisten kann, Patienten den ersten Schritt zur Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe zu erleichtern. Weitere, darunter auch Vortrags-kritische Wortmeldungen warben nachdrücklich für besondere Wachsamkeit gegenüber den spezifischen Heraus-

forderungen der modernen hochtechnisiert-beschleunigten Arbeitswelt und den damit einhergehenden Erkrankungsrisiken. Auch empfehle es sich, so eine Teilnehmerin, das Augenmerk auf die problematische Konstellation einer hohen Arbeitsverdichtung und fehlenden Feedbacks von Vorgesetzten beziehungsweise fraglicher sozialer Anerkennung zu richten. Nachhall fand ebenso die von Pawelzik angesprochene besondere Belastungssituation der Kriegsgeneration. Ein Diskussionsbeitrag regte an, die biografischen Besonderheiten und teils unverarbeitet gebliebenen Erfahrungen der (Groß-)Elterngeneration in ihren psychischen Auswirkungen auf die Nachkommen auch bei der Betrachtung und Interpretation von Erschöpfungsphänomenen intensiver in den Blick zu nehmen.

Vortrag und Diskussion machten das Interesse an einer sensiblen, sorgfältig differenzierenden Annäherung an Erschöpfungsphänomene und das Etikett Burnout spürbar – und legten es nahe, seitens der Kammern dem Thema auch künftig aufmerksam auf der Spur zu bleiben.

Dr. med. Sabine Möddel, Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung Ärztekammer Berlin

Dr. med. Matthias Brockstedt, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses und der Arzt-Apotheker-Kooperation der Ärztekammer Berlin

Medizinhistorische Stippvisiten

Johanna Bleker, Marion Hulverscheidt, Petra Lennig (Hrsg.): Visiten. Berliner Impulse zur Entwicklung der modernen Medizin. Kulturverlag Kadmos, Berlin 2012. 223 S., zahlr. Abb., 19,90 Euro

Infolge der heutigen Vernachlässigung „der psychologisch-philosophischen Vorbildung des Arztes leidet sein soziales Ansehen in unheilvoller Weise. Der praktische Arzt wird vielfach nur als nützlicher, dankenswerter Handwerker betrachtet. Früher war das anders. Der Arzt galt auch als ein Vertreter der Geisteswissenschaften. Jetzt steht er in vielen Fällen bezüglich der geistigen Ausbildung unter seinen Patienten. Darunter muss die ärztliche Autorität schließlich leiden.“ Diese ein Jahrhundert alte Einschätzung stammt aus einem Brief des Psychiatrie-Ordinarius der Charité, Theodor Ziehen; eine von vielen wertvollen Fundsachen, auf die man bei elf Kurzbesuchen in der Berliner Medizingeschichte stößt. Die elf in sich abgeschlossenen Kapitel fußen auf den zentralen Vorträgen einer Ring-

vorlesung Berliner Medizinhistoriker zum 300-jährigen Bestehen der Charité 2010.

Von Petra Lennig (Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité) stammt der Beitrag mit dem obigen Zitat über das Philosophicum. - Es bestand in Preußen nur von 1825 bis 1861 und wurde dann nach erbitterten Diskussionen durchs Physikum ersetzt. In den modernen, Vorklinik und Klinik integrierenden Charité-Studiengängen hat das nun ausgedient. 2010 wurde in Würzburg auf Betreiben Studierender ein fakultatives Philosophicum wieder eingeführt. Der Beitrag ist exemplarisch für den ersten Teil des Buches. Der skizziert laut Einleitung vor allem im akademischen Bereich „den Übergang von einer auf Philosophie und Empirie begründeten Heilkunde zur naturwissenschaftlichen Medizin“. (Auf den zweiten Teil, über Highlights der Berliner Medizin von 1871 bis 1930 mit gleichfalls lesenswerten Beiträgen, kann aus Platzgründen hier nur hingewiesen werden.)

Im Teil I fällt auch der Beitrag von Johanna Bleker über Johann Lukas Schönlein auf. Mit ihm begann in Berlin die klinische Medizin als Wissenschaft. Für den Charité-Internisten waren nicht theoretische Bücher, sondern die Patienten die Quelle des Wissens. „Erstmals in der Geschichte der Berliner Universität erfüllte der klinische Unterricht das Humboldtsche Postulat der Einheit von Forschung und Lehre“; schreibt die emeritierte Professorin der Medizingeschichte. – Eine überraschende Erkenntnis steckt im Kapitel von Thomas Schnalke (Dir. des Berliner Medizinhistorischen Museums): Von Johannes Müllers romantischem Vitalismus hatten sich seine Schüler – wie Dubois-Reymond, Brücke, Virchow – „materialistisch“ verabschiedet. Aber Virchow näherte sich später seinem Lehrer wieder. Er appellierte sogar an seine Kollegen, „die naturwissenschaftliche Prüderie auf(zu)geben, in den Lebensvorgängen durchaus nur ein mechanisches Resultat der den konstituierenden Körpertheilen inhärierenden Molekularkräfte zu sehen“. Und er rechtfertigt ausdrücklich den Gebrauch des Begriffs „Lebenskraft“.

R. St.

Was wissen und meinen die Patienten?

MHH-Studie zur evidenzbasierten Medizin

Vom „mündigen Patienten“ war früher viel die Rede, und oft blieb dies eine leere Floskel. Von „partizipativer Entscheidungsfindung“ spricht man heute, aber so mancher Arzt muss sich absurd irrationale Patientenwünsche anhören. Gerade in der evidenzbasierten Medizin sollen die Patienten im Dialog mit dem Arzt eine wichtige Rolle spielen. Aber sind sie ihr schon gewachsen? Was geschieht, um (potenzielle) Patienten entscheidungsfähig zu machen? Und so kritisch, dass sie der Überfülle von Informationen sehr unterschiedlicher Qualität in den Medien einschließlich des Internet nicht hilflos ausgeliefert sind?

Was Laien über Gesundheitsfragen wissen und meinen, ist – mit einiger Verspätung – nun auch in Deutschland Gegenstand der Forschung; mit dem Ziel, ihre Gesundheitskompetenz zu steigern. An der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) gibt es eine Lehr- und Forschungsinstitution mit dem ehrgeizigen Namen „Patientenuniversität“: Aus diesem Umfeld rekrutierte man für eine qualitative Pilotstudie eine Gruppe von 20 Probanden verschiedener Bildungsgrade (die Hälfte davon chronisch krank) zur Prüfung ihrer Gesundheitskompetenz.

In systematischen Interviews prüfte man Wissen und Urteilsfähigkeit an fiktiven Fallbeispielen. Erfragt wurden Kenntnisse über den Körper, gesundheitsfördernde Lebensführung, das Gesundheitssystem. Auch die Urteilsfähigkeit und die Risikowahrnehmung waren Befragungsthema. Das Fazit zog Mara Müller (MHH) auf dem Berliner Public Health Kongress „Armut und Gesundheit“. Bei den meisten Antworten waren die Laien sich einig mit den Professionellen – kein Wunder bei Absolventen der Patientenuniversität. In einem Punkt aber drehten sie den Spieß um und äußerten sich kritisch zur Kompetenz der Profis: Die hörten ihren Patienten nicht richtig zu.

Bürger eingehend befragt...

Die Gesundheitskompetenz von Bürgern, Versicherten, Patienten zu

entwickeln und sie dann stärker an Entscheidungen im Gesundheitswesen zu beteiligen, forderte schon der Gesundheits-Sachverständigenrat in seinem Sondergutachten 2000/2001; nicht zuletzt in der Hoffnung, urteilsfähige Patienten würden dazu beitragen, die Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren. Es gilt also, nicht nur die Ärzte und andere Professionelle des Gesundheitswesens, sondern auch dessen Nutzer für eine vernünftige, eine „evidenzbasierte“ Medizin zu gewinnen.

Dieser Gedanke steht hinter der ersten großen Studie im deutschsprachigen Raum über das Verhältnis der Bürger zur evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Medizin. Verantwortet wird Sie von Marie-Luise Dierks (MHH) und ihrem Koautor David Klempner (Hochschule Regensburg) der einiges daraus in derselben Sitzung des genannten Kongresses vortrug. Unter dem Titel „Das Wissen über Evidenzbasierte Medizin und Qualitätssicherung medizinischer Leistungen – Erfahrungen und Einschätzungen der Bürger“ erschien ein ausführlicher Bericht über die Studie im Gesundheitsmonitor der Barmer GEK und Bertelsmann-Stiftung.

Ausgewertet wurden die Antworten (gewichtet nach Alter, Geschlecht, Region und Sozialschicht) von 1778 Befragten zwischen 18 und 79 Jahren. Die wichtigsten Beispiele folgen.

... über unnötige Leistungen, teure Innovationen, Fortbildungspflicht

Mehr als 90 Prozent sind der Meinung, dass in den Praxen auch unnötige Untersuchungen und Behandlungen stattfinden. Von Leitlinien hatte nur jeder vierte schon einmal gehört, vor allem Jüngere und Gebildete. Deren Einschätzung war aber nicht eindeutig. Über 90 Prozent begrüßen die Pflicht zur ärztlichen Fortbildung; eine regelmäßige Überprüfung der ärztlichen Fachkenntnisse halten in der untersten Schicht 76 Prozent, in der obersten 58 Prozent für sinnvoll. Ärzte, die geprüfte wissenschaftliche Verfahren nachweislich anwenden, sollten nach Meinung von 18 Prozent der gesunden und 33 Prozent der chronisch kranken Befragten ein Zusatzhonorar erhalten.

Die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit erwünschter und unerwünschter Wirkungen war für die befragten Laien erwartungsgemäß noch viel schwieriger als für Professionelle. Selbst simple Angaben zu Nebenwirkungen wurden nicht immer verstanden: „1:100“ hielten 17 Prozent der Befragten für ein höheres Risiko als „1:10“.

Unabhängig von der Sozialschicht und dem Gesundheitszustand hielten 75 Prozent der Befragten neue Untersuchungsmethoden für in der Regel besser als bewährte. Dass möglichst viele medizinische Leistungen besonders genesungsfördernd seien, bestritten 63 Prozent der Befragten aus der Oberschicht, aber nur 46 Prozent aus der Unterschicht. Die besten Behandlungen seien oft die teuersten, glauben 53 Prozent. Dass Privatpatienten die besseren Therapien erhalten, meinten in der Oberschicht 75 Prozent, in der Unterschicht 89 Prozent. Aber nur knapp 30 Prozent der Interviewten waren der Meinung, dass billige Arzneimittel nicht so gut helfen wie die teuren Originalpräparate.

Dass Studienergebnisse vom Auftraggeber abhängen können, meinten zwei Drittel der Befragten; zählt man die 24 Prozent „Weiß nicht“-Angaben nicht

mit, sind es sogar 90 Prozent. Große Unsicherheit zeigte sich jedoch in der Beurteilung der verschiedenen Arten von Wirksamkeitsstudien. Zwar finden Doppelblindstudien große Zustimmung, irrtumsanfällige Vorher-Nachher-Beobachtungen an einzelnen Patienten aber auch.

Vertrauen zum Arzt

Ärzte sind nach dieser Befragung noch immer die besten, das meiste Vertrauen genießenden Quellen der Information über eine Krankheit und ihre Behandlung. Erst weit abgeschlagen folgen Erfahrungsberichte anderer Personen, Erkenntnisse aus unabhängigen Studien, Auskünfte von Heilpraktikern, von Apothekern und, ganz am Schluss, Ergebnisse von Studien der Pharmaindustrie.

Aus dem Fazit dieser großen Bürgerbefragungsstudie:

„Das Vertrauen der Befragten darin, dass Ärzte ihre Entscheidungen auf rein rationaler Grundlage zum Wohle des Patienten treffen, erscheint gering.“

Eine skeptische Haltung gegenüber der medizinischen Versorgung fällt auf. Aber trotzdem glauben die Leute offensichtlich, neue Verfahren würden nur in die Praxis eingeführt, wenn sie besser oder zumindest gleich gut sind wie die bisherigen. Sonst wäre in ihrem Urteil „neu“ nicht gleich „besser“.

Wenig Ahnung von evidenzbasierter Medizin

Auffallend ist die Diskrepanz zwischen der Annahme, man hätte auch mit überflüssigen und sogar schädlichen Untersuchungen und Behandlungen zu rechnen, und dem Vertrauen zum (eigenen?) Arzt als Informationsquelle. Wenig entwickelt scheint das Wissen der Bürger über die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin zu sein. Hingewiesen wird hier auf die Erfahrungen in der Patientenuniversität der MHH: Die Teilnehmer sind primär an konkreten körper- und krankheitsbezogenen Themen interessiert. Systemfragen, etwa zur evidenzbasierten Medizin

oder zur Qualitätssicherung würden, als Hauptthema angekündigt, kaum Zuspruch finden, aber „en passant“ lassen sie sich vermitteln.

Dies ist auch ein Teil des Fazits aus dem gerade im Bundesgesundheitsblatt (5/2012) erschienenen Beitrag „Ausgewählte Aspekte einer Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland“. Die Autoren, K. Horch, B. Hinzpeter, L. Ryl und wiederum die Leiterin der Patientenuniversität, die Professorin Marie-Luise Dierks (alle MHH), berichten über die Ergebnisse einer (5290 Teilnehmer umfassenden) Zusatzstudie zu der großen Studie „Gesundheit in Deutschland“ (GEDA, 2008) des Robert Koch-Instituts. Aufgrund der Ergebnisse stellen sie fest, „dass es differenzierter und vielseitiger Unterstützungsangebote bedarf, um Bürgern und Patienten Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten, die sie zu kompetenten und aktiven Partnern im Gesundheitswesen befähigen.“

Rosemarie Stein



Friedrich der Kranke

Bildquelle: „FRIEDERISKO“

Anton Graff, Friedrich der Große

„**M**ein Leben ist seit meiner zartesten Jugend bis zu diesem Augenblicke eine Kette von Leiden gewesen...“ Mit diesem Friedrich-Zitat beginnt das schöne, reich illustrierte Büchlein des Chemnitzer Urologie-Professors Dirk Fahlenkamp, der lange in Berlin gelernt und gearbeitet hat, von 1982 bis 1996 in der Charité. Es erschien in der Edition Rieger (2. Aufl. 2012) und heißt „Friedrich der Große – der Patient, seine Ärzte und die Medizin seiner Zeit“.

Auch in der Ära der Aufklärung war die Medizin noch recht hilflos. Man behandelte symptomatisch, in wilder Polypragmasie. Friedrich aber setzte sich dafür ein, vor die Therapie erst die Diagnose zu stellen. Der multimorbide Monarch war schon in eigener Sache medizinisch sehr interessiert. Er fragte Ärzte und Gelehrte aus und wusste als Autodidakt schließlich mehr als so mancher Arzt. Die damaligen Militärchirurgen waren teils sogar noch Analphabeten. Der König dokterte nicht nur an sich selber herum, sondern erteilte auch anderen gern königlich-ärztliche Ratschläge, zum Beispiel seinem

ewig kränkenden Geheimkammerer und Vertrauten Michael Gabriel Fredersdorf. Ihm schrieb er einmal:

„Ich Schike Dühr Ein Rares Elixsihr, das von Teofrasten Paratzelsio komt, welches Mihr und alle, die davon genommen haben, wunder gethan hat...“

Friedrichs Leidensgeschichte begann schon in der Kindheit – mit schweren körperlichen und seelischen Misshandlungen durch den puritanisch-strengen und jähzornigen Vater. Der grobschlächtige Soldatenkönig wollte aus dem kleinen Schöngest mit Gewalt einen Kerl machen. Seine Bildung sollte sich auf Religiöses, Ökonomisches und Militärisches beschränken. Als der Vater ihn beim Lateinunterricht ertappte, verprügelte er Lehrer und Schüler. Flöten und Bücher warf er in den Kamin.

Alle Zeichen eigenen Willens wurden unterdrückt. Noch Jahre später war dieser brutale Drill für den Sohn „eine Quelle unendlicher Albträume“, schreibt Fahlenkamp. Heute würden wir von einer schweren Traumatisierung sprechen. Der Exzess der väterlichen

Brutalität nach dem Fluchtversuch 1730 ist bekannt: Friedrich musste zusehen, wie sein Freund und Fluchthelfer Katte hingerichtet wurde und in Küstriner Festungshaft um sein eigenes Leben fürchten. Erst nach einem Verwaltungspraktikum und der Zwangsheirat mit der (später verbannten) Prinzessin Elisabeth Christine ließ der väterliche Druck nach.

War Friedrich homosexuell oder wegen einer Operation am Genitale impotent? Beides ist laut Fahlenkamp spekulativ. Bei ersten sexuellen Erlebnissen mit zwei Gräfinnen während eines Besuchs am leichtlebigen sächsischen Hof holte sich der Sechzehnjährige anscheinend den Tripper. Zahlreiche lockere Affären und ein paar ernsthafte Liebschaften beschränkten sich auf die Jugendzeit.

Mit erst 34 Jahren hatte Friedrich den ersten Gichtanfall. Die „Podagra“, ein altes Hohenzollernleiden, begleitete ihn mit schwersten Gelenkschmerzen und Steinkoliken lebenslang, ebenso Magenbeschwerden, Obstipation und Hämorrhoiden. Schon mit 48, mitten im „Hundeleben“ des siebenjährigen Krieges, fühlte er sich verbraucht und gealtert.

Eine durchgehende Krankenakte gibt es nicht, weil der schwierige Patient ständig seine Leibärzte wechselte. (Eine kommentierte Liste enthält das Buch.) Jeder neue Arzt wurde gefragt, wie viele Friedhöfe er denn schon gefüllt habe. Eine Chance hatte er mit einer schlagfertigen Antwort wie etwa: „Nicht so viele wie Ihr mit Euren Kriegen.“ Unsere Kenntnisse über Friedrichs Krankheiten speisen sich aus zahllosen Briefen und Gesprächen, zum Beispiel mit dem vertrauten Vorleser Henri de Catt:

„Meine treuen Hämorrhoiden, mein Lieber. Sie machen sich keinen Begriff von der Art der Schmerzen. Sie kommen aus dem After angeschlichen wie Irokesen in der Prärie. Lautlos. Dann verbreiten sie sich über den ganzen Körper mit einem nicht zu beschreibenden, intensiven Schmerz. Es bleibt Ihnen die Luft dabei weg. Er geht nachts bis ins Gehirn. Er macht sie untauglich zu jeder Tätigkeit:

An seinen Tätigkeiten hielt der kranke König dennoch mit großer Willensstärke fest. Er zwang sich zum Beispiel, mit der linken Hand zu schreiben, weil die gichtige rechte zunehmend bewegungsunfähig wurde. Die Gicht behandelte er angeblich mit Diät – ein klarer Fall von kognitiver Dissonanz: Die stundenlangen Tafelrunden mit einer zweistelligen Zahl von Gängen und mit interessanten Gästen waren neben den Flötenkonzerten Höhepunkt des Tages. Einen seiner Leibärzte entließ er, weil der ihm den Parmesan verboten hatte. Und selbst der Todkranke, wie sein Vater an „Wassersucht“ (mit Beinödem bis zu den Lenden) Leidende, hielt „trotz Übelkeit, Magenbeschwerden, Koliken, Erbrechen und Stuhlverstopfung... an seiner Vorliebe für scharf gewürzte, in großen Mengen von ihm konsumierte Delikatessen fest“, schreibt Fahlenkamp. Er teilt die Speisenfolge des letzten üppigen, elfgängigen Mahls am 5. August 1786, zwölf Tage vorm Tode, mit:

„Blumenkohlsuppe, paniertes Rindfleisch mit Karotten, Hühnchen mit Zimt und gefüllte Gurken auf Eiweiß, kleine Pasteten à la Romaine, gebratene junge Colennen(?), Lachs à la Dessau, Geflügelilet à la Pompadour mit Rinderzunge und Krokette, portugiesischer Kuchen, grüne Erbsen, frische Heringe und saure Gurken.“ Dazu eine Bouteille Sekt.

Auch sonst nahm der König kaum Rücksicht auf seinen Gesundheitszustand. 1785 sah der 73-jährige bei strö-

mendem Regen stundenlang einer Truppenschau zu. Danach nahm er in seinen nassen Sachen an einem ausgiebigen Diner teil. Die Folgen: Schwere Luftwegsinfekt, Lungenödem, Atemnot, quälender Husten... Ein Jahr später starb Friedrich an seiner Herzinsuffizienz. Schon 1769 hatte er testamentarisch verfügt:

„Ich habe als Philosoph gelebt und will als solcher begraben werden, ohne Trauergepränge und Leichenpomp. Ich will weder sezirt noch einbalsamiert werden. Man bestatte mich in Sanssouci



Totenmaske Friedrichs, zwei Stunden nach seinem Tode angefertigt.

auf der Höhe der Terrassen in einer Gruft, die ich habe errichten lassen.“ Dort lagen schon seine geliebten Windhunde begraben. Die Gruft war aber verfallen und voller Unrat. Das stellte des Königs Nachfolger Friedrich Wilhelm II noch am Todestag fest. Daher setzte er sich über Friedrichs letzten Willen hinweg und ließ ihn ausgerechnet neben dem verhassten Vater in der Garnisonskirche beisetzen. Erst seit wenigen Jahren liegen die sterblichen Überreste des großen kranken Friedrich dort, wo er es sich gewünscht hat.

Rosemarie Stein

Alles rund um Jubiläumsjahr zum 300. Geburtstag Friedrichs des Großen finden Sie unter www.preussisches-arkadien.de

Versäumen Sie – trotz des misslungenen blässlichen Plakats – nicht „Friederisiko“, die große Ausstellung zur Persönlichkeit des Königs im Potsdamer Neuen Palais; sie lohnt sich, aber planen Sie viel Zeit ein! – Im Deutschen Historischen Museum läuft die Ausstellung über die Rezeptionsgeschichte unter dem Titel „Friedrich der Große – verehrt, verklärt, verdammt“ nur noch bis zum 29. Juli. – Natürlich gibt's noch viel mehr, zum Beispiel die Karikaturenschau „Pommes Fritz“ im Potsdamer Großen Militärwaisenhaus, bis Ende August. Viel Spaß!

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net!