

BERLINER ÄRZTE

08/2012 49. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

Perspektiven der Palliativmedizin





TITELTHEMA

**Betreuung Schwerstkranker und Sterbender –
Perspektiven der Palliativmedizin**

Von H. Christof Müller-Busch16

**Ganzheitlich und individuell – Palliativmedizin im
HELIOS Klinikum Emil von Behring**

Von Wiebke Nehls und Sandra Delis19

»Nicht mit der Tür ins Haus fallen«

Interview mit dem Palliativmediziner Dr. med. Achim Rieger21

»Ärzte müssen eine gute Schmerztherapie erlernen«

Interview mit den Palliativpatienten Regina und Norbert Friedenberg23

MEINUNG

**Rituelle Beschneidung
von Jungen**

Wen trifft die Strafe?
Von Harald Mau4

**Rituelle Beschneidung ist
strafbar!**

Von Bernd Müller5

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

**Erste Ergebnisse der
bundesweiten
Gesundheitsstudie DEGS
des RKI liegen vor**

Informationen des
Robert Koch-Instituts13

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK

Kognitive Defizite bei der FDA

Von Cornelia Stolze25

**Delegierte beschließen neues
Statut des Ombudsmannes**

Bericht von der Delegiertenver-
sammlung am 13. Juni 2012
Von Sascha Rudat30

**Das unbekannteste deutsche
Gesundheitswesen**

Bericht von einem Kompaktkurs
der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für
ausländische Ärzte
Von Klaus Fleck31

»Wissen Sie noch einen Ausweg?«

Ein junger Arzt befragt Koryphäen39

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen.....12

**Der Veranstaltungskalender
der Ärztekammer Berlin** 28

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall36

**Das folgenschwere Musikerlei-
den: Die fokale Dystonie**

Von Rosemarie Stein37

PERSONALIEN.....

**Bestandene Facharztprüfungen
Mai/Juni 2012**34

FEUILLETON.....

Schumanns schlimmer Finger

Von Rosemarie Stein40

M E I N U N G

Wen trifft die Strafe?

Deutschland konnte nicht verhindern, dass die Taliban in Afghanistan Tempel zerstört haben, es kann nicht verhindern, dass religiöse Eiferer in Timbuktu einmaliges Kulturgut vernichten, aber die deutsche Rechtsprechung wird sich ab jetzt für die Erhaltung von zehntausenden moslemischen und mosaischen Vorhäuten stark machen.

Unter dem Motto „alles für das Wohl der Kinder“ wird eine über Jahrtausende entstandene religiöse Handlung kriminalisiert. Jeder Medizinstudierende lernt, dass der ursprüngliche hygienische Imperativ, der den historischen Hintergrund der rituellen Beschneidung bildet, heute auch in den Wüstenländern weggefallen ist und sich diese Prozedur als identifikationsstiftend etabliert hat – bei Juden und Moslems (dass Millionen US-Amerikaner zirkumzidiert sind, ohne Moslems oder Juden zu sein, wird hoffentlich keine internationalen Komplikationen auslösen). Die Erleichterung, die das Kölner Landgerichtsurteil in den Medien ausgelöst hat, induziert die Frage, warum in Deutschland dieses Versagen des Kinderschutzes über Jahrzehnte geduldet wurde? Schon lange war die rituelle Beschneidung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung eliminiert und hinter einer nicht geringen Zahl von angeblich medizinisch indizierten Beschneidungen versteckten sich rituelle Beschneidungen. Sie wurden von wohlmeinenden Ärzten ausgeführt, die damit verhindern wollten, dass finanziell schlecht gestellte Eltern im Fall der Ablehnung der Kostenübernahme sich zu einem für ihren Knaben riskanten Eingriff bei einem der zahlreichen nicht-ärztlichen „Beschneider“ entschlossen.



Foto: K. Friedrich

Prof. Dr. med. Harald Mau
ist Kinderchirurg im Ruhestand und Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin.

Es braucht keine neuen Diskussionen darüber, dass eine Operation eine Körperverletzung ist, deren Durchführung bei einem nicht einwilligungsfähigen Kind die Zustimmung der Eltern zur Voraussetzung hat. Unter dieser Prämisse fanden bisher rituelle Beschneidungen statt. Genau so habe ich das in 45 Berufsjahren ich weiß nicht wie oft, aber sehr oft gemacht und schon aus ärztlicher Neugier versucht, die Beweggründe der Eltern zu begreifen. Der Vater des Patienten war nahezu immer auch zirkumzidiert und die Begründung der Eltern für den Operationswunsch war nie: Weil Allah (oder Jahwe) das will, sondern immer viele Etagen niedriger und pragmatisch angesiedelt: Weil es so gehört. Weil es so gut ist. Weil es gesünder ist. Weil bei uns alle so sind und so ähnlich. Ich habe auch nach wenigen Berufsjahren die Versuche aufgegeben, die Eltern von dem Operationswunsch abzubringen, weil es auf die dann regelmäßig gestellte Gegenfrage, ob es mit Vorhaut ein besseres Leben sei, keine Antwort gibt.

Diese Eingriffe wurden mit aller Sorgfalt ausgeführt und ich hatte nie die Befürch-

tung, gegen das Wohl des Kindes zu handeln – obwohl es auch bei diesen Eingriffen Misserfolge und Komplikationen gibt. Der Wunsch der Eltern, ihr erklärter Wille, der auch nach der Aufklärung über alle denkbaren Komplikationen aufrecht erhalten wurde, war bestimmend.

Jetzt ist dieser elterliche Willen plötzlich durch das staatsanwaltliche Einschreiten bedeutungslos. Den Eltern diese Identifizierung mit dem Glaubensbekenntnis für ihren Sohn zu untersagen, dazu reicht die gesetzliche Kraft nicht aus. Aber um das Kind vor der Willkür der Eltern zu schützen, kann den Ärzten verboten werden, diese Operation auszuführen. Unser säkularer Staat kann zwar Hexenverbrennungen und Autodafés verbieten, aber rituelle Zirkumzisionen abzuschaffen erfordert kriminologische Expertise. Und ein bisschen scheinheilig wird gesagt, dass ein säkularer Staat in Glaubensdingen tolerant ist, aber seinen Ärzten verbietet, diese Toleranz zu praktizieren.

Man muss zugeben: Es ist kompliziert. Wir, auch wir Nachgeborenen, haben gegenüber dem israelischen Volk aus der Geschichte heraus immerwährende Verpflichtungen, die Respekt und Toleranz einschließen, auch in Dingen der Glaubensausübung. Zwei Bundespräsidenten haben in unterschiedlicher Diktion versucht, die Integration des islamischen Bevölkerungsteils Deutschlands zu befördern. Und nun äußert sich ein Landgericht und schiebt den zentralen Teil der Glaubenspraxis dieser Konfessionen in die Illegalität. Ich bin sicher, dass diese Rechtsprechung keinen dauerhaften Bestand haben wird.

Aus der Geschichte habe ich gelernt, dass zu allen Zeiten den Menschen das Recht auf die freie Ausübung ihres Glaubens mehr wert war als ein Stückchen Vorhaut.

winkel auf die Problematik, die medizinische, juristische, soziale und ethisch-religiöse Dimensionen hat. Nachfolgend schildern zwei Mitglieder des Vorstandes der Ärztekammer Berlin ihre persönliche Sicht.

Rituelle Beschneidung ist strafbar!

Das Thema der Beschneidung erlangt durch das Urteil des Landgerichtes Köln (AZ 151 Ns 169/11) vom 07.05.12 eine neue Dimension und führt zu einer auch emotional sehr ausgiebig geführten Diskussion.

Die Klage wurde wegen Misshandlung von Schutzbefohlenen ohne medizinische Indikation auf Betreiben der Staatsanwaltschaft Köln aufgenommen. Dies geschah nachdem die Mutter eines 4-jährigen Jungen, diesen mit Nachblutung nach rituell vorgenommener, fachlich korrekter Zircumzision wie auch der wirksamen Einwilligung durch die Eltern in der Universitätsklinik Köln vorgestellt hatte.

In erster Instanz war die Klage vor dem Amtsgericht Köln mit einem Freispruch des operativ tätigen Allgemeinmediziners beschieden worden und letztendlich war der Freispruch von dem Landgericht Köln bestätigt worden. Dafür legte das Gericht ein Verbotirrtum und eine Unkenntnis des Sachverhaltes durch den Arzt zugrunde. Die Brisanz dieses Urteils liegt jedoch in seiner Begründung. Der Sachverhalt wird nach Auffassung des Landgerichts nach Abwägung der beiden Grundrechte, der Ausübung der Religionsfreiheit wie auch des Rechtes auf körperliche Unversehrtheit, als Körperverletzung durch den Eingriff und folglich als Straftat angesehen. Dabei beruft sich das Gericht auf den §1631 des BGB, Absatz 2, Satz 1: Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung.

Das Gericht sieht dabei das Problem der Erziehungsberechtigten mit dem Hintergrund der religiösen Einstellung durch



Dr. med. Bernd Müller
ist niedergelassener Urologe und Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin.

seine Urteilsentscheidung nicht unzumutbar beeinträchtigt.

In der jetzigen Situation kann man somit nur allen durchführenden Kollegen davon abraten, Beschneidungen aus rituellen Gründen durchzuführen, da das Risiko einen Straftatbestand einzugehen von nun an eindeutig besteht und ein Verbotirrtum ausgeschlossen ist. Eine entsprechende Fotodokumentation des pathologischen Vorhautbefundes ist zukünftig sicherlich sinnvoll.

Eine Beschneidung aus religiösen Gründen ist zunächst, wie alle anderen chirurgischen Eingriffe, eine Körperverletzung, selbst wenn sie in aller Regel kunstgerecht durchgeführt wird. Diese juristische Ansicht ist nachvollziehbar. Auch bei diesem kleinen Eingriff sind Komplikationen, wie schwerwiegende Infektionen und Harnröhrenverletzungen theoretisch nicht unmöglich, praktisch selbstverständlich äußerst selten.

Darüber hinausgehend ist empfehlenswert, dass ein solcher Eingriff, ob rituell beabsichtigt oder medizinisch indiziert,

MEINUNG

bei einem kleinen Kind nicht in Lokalanästhesie wie in dem vorliegenden Fall, sondern in einer Vollnarkose von einem fachkompetenten Arzt durchgeführt wird.

Es ist zu bedauern, dass sich durch dieses Urteil für viele Eltern und auch ärztliche Kollegen mit islamischer oder jüdischer Religionszugehörigkeit eine deutliche Konfliktsituation ergibt, die zunächst ungelöst bleibt, auch wenn das Gericht eine Zumutbarkeit unterstellt. Es ist zu befürchten, dass in der Folge ein Beschneidungstourismus und eine schlechtere medizinische Versorgung eintreten könnten.

Ob das Urteil auf die Dauer Bestand hat, ist schwer vorauszusagen. Zunächst wurde von dem Gericht ein Widerspruch nicht zugelassen. Der Zentralrat der Juden, wie auch Muslimische Verbände kritisieren das Urteil, da es sich um eine Jahrtausend alte Tradition handelt und kündigten eine juristische Prüfung an.

Wünschenswert ist an dieser Stelle sicherlich eine grundsätzliche Diskussion und Regelung auf politischer Ebene.

In der Ärztekammer Berlin wird die Diskussion über dieses Thema intensiv geführt. Auch in dieser Institution klaffen die Meinungen darüber weit auseinander.

Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte / Arzthelferinnen

Zwischenprüfung

Die Ärztekammer Berlin führt die nächste Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am **16. Oktober 2012** in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durch.

Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der **07. September 2012**. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den ausbildenden Ärzten übersandt.

Abschlussprüfungen

Die Abschlussprüfungen für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen im Winter 2012 / 2013 finden an folgenden Tagen statt:

Schriftlicher Teil der Prüfung: **04. und 05. Dezember 2012**, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Praktischer Teil der Prüfung: **14. bis 26. Januar 2013**, Ärztekammer Berlin

Ausbildende werden gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum **07. September 2012** mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, eine schriftliche Bestätigung des Ausbildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Kopie oder eine Bescheinigung der berufsbildenden Schule über die Fehltage in der Berufsschule während der Ausbildungszeit, Bescheinigung des ausbildenden Arztes über den Umfang der Fehltage in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den ausbildenden Ärzten übersandt.

Vorgezogene Abschlussprüfungen

Schriftlicher Teil der Prüfung: **04. und 05. Dezember 2012**, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

Praktischer Teil der Prüfung: **14. bis 26. Januar 2013**, Ärztekammer Berlin

Die formlosen Anträge müssen mit den erforderlichen Unterlagen, ebenfalls bis zum **7. September**, eingereicht werden.

- Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders,
- eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde,
- Befürwortung mit Gesamtnotendurchschnitt der Schule,
- die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Kopie oder eine Bescheinigung

der berufsbildenden Schule über die Fehltage in der Berufsschule während der Ausbildungszeit,

- eine schriftliche Bestätigung des Ausbildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde,
- eine Bescheinigung des Arztes über den Umfang der Fehltage in der Praxis während der Ausbildungszeit,
- ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise.

Erleichterungen im Prüfungsverfahren für behinderte Menschen

Behinderten Menschen sind auf Antrag die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen.

Bitte fügen Sie bei Bedarf einen Antrag auf Prüfungserleichterung bei.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Rufnummer: **030 / 40 80 6 - 2626**.

Presse

Russisches Fernsehen interviewt Kammerpräsident

Das russische Staatsfernsehen hat im Juni Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz interviewt.

Der bekannte russische Fernsehjournalist Vladimir Posner (links) befragte Jonitz rund eine Stunde lang zu den Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens.

In dem auf Englisch geführten Interview ging es vor allem um den Zugang der deutschen Bevölkerung zu medizinischen Leistungen und Fragen sozialer Gerechtigkeit.

Das Gespräch ist Teil einer mehrteiligen Fernsehreihe über Deutschland, die im kommenden Herbst ausgestrahlt werden soll. Weitere Interviewpartner sollten laut Posner Bundeskanzlerin Angela Merkel und Formel 1-Pilot Michael Schumacher sein.



ANZEIGE

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen – Breaking Bad News

Die Übermittlung schlechter Nachrichten in der Medizin gehört zu den größten Herausforderungen und Belastungen in der Interaktion zwischen Ärzten und ihren Patienten sowie Angehörigen.

Jeder Arzt, jede Ärztin, kennt das mulmige Gefühl, Patienten oder Angehörigen eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Die widerstrebenden Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufschieben“ sind stärker, je schlechter die Nachricht ist und je jünger die Patientin / der Patient sind. Dabei gehören solche Gespräche zu den häufigsten ärztlichen Tätigkeiten und summieren sich im Laufe eines Arztlebens auf viele Tausende.

Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient / Patientin hat eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische

Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen. Auch die Compliance wird wesentlich von der Kommunikation beeinflusst. Studien zeigen, dass Patienten von Ärzten die ein Kommunikationstraining durchlaufen haben, signifikant stärkere Stress-Reduktionswerte aufweisen, als Patienten einer Kontrollgruppe von Ärzten ohne solches Training.

Die Investition in verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation ist aber nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern auch für uns Ärzte und das Team: Die Arbeitszufriedenheit ist erhöht und das Risiko von „Burnout“ und „Depression“ vermindert.

Wir bieten Ärztinnen und Ärzten die aktive Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten an für (Erst-) Diagnose, Rezidiv bzw. Progress unter Therapie

sowie für die präfinale Phase. An Hand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten SimulationspatientInnen geübt und bearbeitet.

Wissenschaftliche Leitung:
Frau Dr. med. Klapp

Termin:
Freitag 7.12.2012 bis
Samstag 8.12.2012

Ort:
Ärzttekammer Berlin

Anmeldung:
Tel.: 40806-1402,
E-Mail: i.wegner@aekb.de

(Die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt)

Inhaltliches:
Dr. med. K. Werner,
Abt. Fortbildung / Qualitätssicherung
Tel. 40806-1403,
E-Mail: k.werner@aekb.de
290 €, 17 Fortbildungspunkte.

Norbert Hass erhält Bundesverdienstkreuz

Norbert Haas, Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, ist für seine langjährige Ehrenamtstätigkeit mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse ausgezeichnet worden.

Der Unfallchirurg und Orthopäde bekam diese hohe Auszeichnung der Bundesrepublik von der Bundesministerin für Bildung und Forschung, Prof. Annette Schavan überreicht. Parallel zu seinen beruflichen Funktionen u.a. als Ärztlicher Leiter des CharitéCentrums für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie engagiert sich Haas ehrenamtlich als Vorstands- und Beiratsmitglied in vielen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Organisationen, beispielsweise im Centrum für Sportwissenschaft und Sportmedizin Berlin und bei der Bundesärztekammer.

Neue gesetzliche Regelungen für Individualrezepturen

Die Apothekerkammer Berlin weist die Berliner Dermatologen darauf hin, dass am 12. Juni 2012 für niedergelassene Apotheken in Deutschland eine neue Apothekenbetriebsordnung mit neuen, weit reichenden Regelungen für den Bereich der Rezeptur in Kraft getreten ist.

Durch die neue Rechtslage wird eine stärkere Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker erforderlich. Die Apothekerkammer wird sich deshalb schriftlich an die dermatologischen Praxen wenden, die indirekt von diesen neuen Regelungen betroffen sind, denn jede in der Apotheke anzufertigende Individualrezeptur muss durch eine Apothekerin oder einen Apo-

theker einer Plausibilitätsprüfung unterzogen werden, die schriftlich zu dokumentieren ist. Für die Herstellung jeder Rezeptur ist ferner eine Herstellungsanweisung anzufertigen. Die Herstellung selbst ist ebenfalls zu dokumentieren, wie die Apothekerkammer weiter erläutert.

Bei Bedenken darf die Rezeptur nicht angefertigt und muss nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt angepasst werden. Bedenken dieser Art können sich zum Beispiel aus der Prüfung der Unbedenklichkeit, Konzentration oder Kompatibilität der Wirkstoffe, Stabilität der Grundlage, der Isotonisierung und Konservierung ergeben.

Pharmakologische und galenische Bedenken können den Angaben zufolge durch das Rezeptieren nach dem Neuen Rezeptur-Formularium (NRF) sicher vermieden werden.

Alle im NRF enthaltenen Rezepturen bilden den aktuellen Stand der Wissenschaft ab und sind bereits einer Plausibilitätsprüfung unterzogen worden.

NRF Rezepturen decken alle relevanten Indikationen ab und gewährleisten laut Apothekerkammer eine erprobte und dennoch individuelle Rezeptur.

Weitere Informationen sind unter www.dac-nrf.de zu finden.

G-I-N feiert 10. Geburtstag in Berlin

Das internationale Leitlinien-Netzwerk G-I-N (Guidelines International Network) feiert mit der Konferenz vom 22. – 25. August 2012 seinen 10. Geburtstag. Auf der Konferenz, die von der Ärztekammer Berlin unterstützt wird, beschäftigen sich Experten aus aller Welt im Berliner Congress Centrum am Alexanderplatz mit der Weiterentwicklung von Leitlinien.

Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz wird die Veranstaltung zum Thema „Managing Guideline Programmes“ leiten.

Weitere Informationen, Anmelde-möglichkeiten und das Programm finden Sie unter www.g-i-n.net

Pandemische Influenza und die Fakten: Vortrag und Podiumsdiskussion in der Charité



Mit der H1N1-Pandemie, die 2009/2010 Deutschland und die Welt beschäftigt hat, wird sich eine gemeinsame Veranstaltung der Charité, der Ärztekammer Berlin und von Transparency

International am 6. September in der Charité intensiv auseinandersetzen.

Dr. Peter Doshi von der Johns Hopkins University in Baltimore (USA) wird in seinem Vortrag der Frage

„Tamiflu – does evidence matter?“ nachgehen. Anschließend werden Dr. Doshi, Professor Gerd Antes (Deutsches Cochrane Zentrum), Dr. Günther Jonitz (Ärztekammer Berlin), Dr. Wolfgang Wodarg (Transparency International Deutschland) und Moderator Dr. Peter Tinnemann (Charité) zusammen mit dem Publikum darüber diskutieren, wie wissenschaftliche Evidenz und Transparenz bei der Arzneimittelzulassung das Verschwinden von Steuergeldern verhindern kann.

Fixpunkt e.V.

Bitte beachten Sie, dass die gesamte Veranstaltung auf Englisch stattfindet.

Pandemic influenza & facts

6. September 2012
18.00 – 20.30 Uhr

Hörsaal Innere Medizin
Sauerbruchweg 3
Südflügel Ebene 3
Campus Charité Mitte
10117 Berlin

ANZEIGEN

Arzt/Ärztin für Drogenabhängige gesucht

Fixpunkt e.V., ein gemeinnütziger Verein zur Gesundheitsförderung von i.v. Drogenkonsumenten, sucht auf Honorarbasis engagierte Ärzt/innen zur Durchführung von Hepatitis C/HIV-Schnell- und Labortests, Trainings zur Ersten Hilfe bei Opiat-Überdosen und zur basismedizinischen Versorgung für Menschen, die Opiode, Kokain bzw. Amphetamine konsumieren. Kompetenz in der Beratung und interdisziplinären Teamarbeit und Erfahrungen in der „Kleinen Chirurgie“ sind erwünscht. Angedacht ist ein Engagement ein bis vier Mal im Monat, möglichst für mindestens zwei Jahre. Die Einsatzzeiten sind zur Zeit an den Wochentagen Di, Mi, Do, zwischen 12 und 17 Uhr jeweils für 3 Stunden.

Weitere Informationen: www.fixpunkt.org

Kontakt: Tel. 030/616 755 880, Kerstin Dettmer, Astrid Leicht

E-Mail: k.dettmer@fixpunkt.org, a.leicht@fixpunkt.org

Verordnung

Hygieneverordnung in Kraft getreten



Die Hygieneverordnung für das Land Berlin ist am 29. Juni in Kraft getreten, wie die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales informiert. Ziel ist die Senkung der Rate im Krankenhaus erworbener (sogenannter nosokomialer) Infektionen als auch die Eindämmung der weiteren Verbreitung von Erregern mit multiplen Resistenzen gegenüber einer antibiotischen Behandlung. Hintergrund des Erlasses der Hygieneverordnung ist die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im August 2011. Diese ermächtigt und verpflichtet die Bundesländer, umfassende Hygiene-Regelungen für stationäre und

ambulante medizinische Einrichtungen zu erlassen. Im Land Berlin war dafür den Angaben zufolge zunächst die Übertragung der Befugnisse von der Landesregierung auf die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales notwendig. Im Einzelnen regelt die Hygieneverordnung Anforderungen an medizinische Einrichtungen u. a. hinsichtlich der baulichen Ausstattung, der innerbetrieblichen Strukturen und der Verfahrensabläufe.

Die Hygieneverordnung für das Land Berlin ist online abrufbar unter:
<http://www.wkdis.de/downloads/gvbl/frei/15-12-s165-s220-28062012.pdf#page=51>

Seminar

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: Samstag, 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 € (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)

*Isotretinoin***Kolitis und okuläre Probleme**

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) verweist aufgrund eines Fallberichtes auf das Auftreten chronisch entzündlicher Darmerkrankungen unter der oralen Therapie mit Isotretinoin (Generika). Typisch für die Schwierigkeit des Aufdeckens von Kausalzusammenhängen zwischen UAW und Arzneistoffen sind dazu zwei Fallkontrollstudien, von denen eine keinen Zusammenhang und die andere einen Zusammenhang nur mit dem Auftreten einer Kolitis ulzerosa vermuten lässt. Hinzu kommt, dass auch eine wiederholte Antibiotikagabe – bei Aknepatienten nicht ungewöhnlich – für eine Kolitis verantwortlich sein kann. Die AkdÄ empfiehlt eine Aufklärung der Patienten über die Symptome einer Kolitis ulzerosa vor Beginn einer Isotretinointherapie.

Ähnlich schwierig zu beurteilen sind auftretende Sehstörungen unter Isotretinoin, denn die Grunderkrankung Akne kann selbst zu Sehstörungen führen. Nach einer Studie sind diese Sehstörungen wie u.a. Konjunktivitis oder Hordeolum jedoch unter Isotretinoineinnahme erhöht. Auch hier scheint derzeit bis zur Publikation sorgfältiger Studien nur eine Aufklärung der Patienten möglich, abgesehen von einer engen Indikationsstellung.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2012; 109(20): C 896; Ärztezeitung Nr. 85 vom 10.05.12, S. 10

„Progressionsfreies Überleben“ ist kein sensitiver Parameter für die Wirksamkeit eines Arzneistoffes. So ist, abgesehen von schwer zu standardisierenden Messungen, u.a. das Erkennen von neuen Metastasen beim individuellen Patienten schwierig und die Lebensqualität der Patienten wird wenig berücksichtigt (21 % der Patienten erlitten, bedingt durch die Therapie mit Bevacizumab, zusätzlich schwere unerwünschte Wirkungen). In Diskussion bleibt auch, ab welcher zusätzlichen Überlebenszeit von klinischer Relevanz gesprochen werden kann.

Im Gegensatz zu den USA hält die europäische Arzneimittelbehörde EMA jedoch an der Kombination Bevacizumab plus Paclitaxel und insbesondere an dem Parameter progressionsfreies Überleben fest (neu zugelassen: Kombination von Bevacizumab plus Capecitabin). Zum Wohl der Patienten scheinen jedoch nur Verlängerungen der gesamten Überlebenszeit sinnvoll – möglichst ohne schwere, die Lebensqualität weiter senkende unerwünschte Wirkungen. Ergebnisse aus allen Bevacizumab-Studien ergaben z.B. eine um den Faktor 1,5 erhöhte Wahrscheinlichkeit therapieassoziierter Todesfälle im Vergleich zur reinen Chemotherapie oder zur Therapie mit anderen biologisch aktiven Substanzen. Cui bono?

Quellen: Prescrire internat. 2012; 21:165-6; Dtsch.Med.Wschr. 2011; 136: S6-S8

*Progressionsfreies Überleben***Fraglicher Surrogatendpunkt**

Das Beispiel von Bevacizumab (Avastin®), primär zugelassen in Kombination mit Paclitaxel oder Docetaxel bei metastasierendem Brustkrebs, macht den Surrogatparameter „progressionsfreies Überleben“ zu einem fraglichen Zulassungskriterium. Nach knapp 3 Jahren wurde aufgrund neuerer Studien die Zulassung in den USA widerrufen.

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

**Tel.: 0211/4302-2272,
Fax: 0211/4302-2279,
E-Mail: dr.hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein,
Tersteegenstraße 9,
40474 Düsseldorf**

Erste Ergebnisse der bundesweiten Gesundheitsstudie DEGS des RKI liegen vor

Das Robert Koch-Institut führt im Rahmen des Gesundheitsmonitorings regelmäßig die bundesweiten Gesundheitsstudien DEGS (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland), KiGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) und GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) durch. Die Datenerhebungen für DEGS₁, der ersten Erhebungswelle von DEGS, endeten im Dezember 2011.

Über die Studienmethodik sowie Inhalte und Meilensteine der Studiendurchführung informierte BERLINER ÄRZTE bereits in früheren Ausgaben (11/2008 und 03/2011). Insgesamt nahmen 8.152 Personen an DEGS₁ teil – knapp die Hälfte von ihnen war bereits bei der Vorgängerstudie Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) dabei. Erste DEGS₁-Ergebnisse präsentierte das RKI am 14. Juni 2012 unter dem Titel „Gemessen und gefragt. Die Gesundheit der Deutschen unter der Lupe“ in Berlin. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr eröffnete das Symposium, an dem rund 350 Gäste aus Wissenschaft, Politik und Gesundheitswesen teilnahmen.

Erste Auswertungen, die auf dem Symposium präsentiert wurden, zeigen sowohl positive Entwicklungen und Trends als auch Potenziale für die Prävention. Analysen zur körperlichen Aktivität weisen darauf hin, dass der Anteil der sportlich aktiven Deutschen seit dem BGS98 deutlich gestiegen ist. Jeder zweite Befragte – Männer sowie Frauen – ist regelmäßig mindestens einmal pro Woche sportlich aktiv. DEGS₁ zeigt aber auch, dass nach wie vor etwa die Hälfte der Frauen und nahezu zwei Drittel der Männer in Deutschland zu dick sind. Hier gab es keine Veränderungen gegenüber 1998. Dies ist allerdings nicht als Entwarnung zu verstehen, denn ein Teil dieser Gruppe – der Anteil der adipösen Personen – hat sich deutlich vergrößert. Vor allem bei Männern ist der Anstieg

groß, knapp ein Viertel von ihnen ist adipös. Außerdem wird bei diesem Thema ein deutlicher Zusammenhang zum Sozialstatus sichtbar: Personen mit geringerem Sozialstatus sind häufiger übergewichtig oder adipös als andere.

Ein weiteres wichtiges Thema der Studie ist Diabetes mellitus, dabei wurden Daten zum bekannten und erstmals auch zum bislang unerkannten Diabetes

mellitus erhoben. Einen bekannten Diabetes haben derzeit 7,2 % der Bevölkerung. Damit hat die Prävalenz seit dem BGS98 statistisch signifikant

um 2 Prozentpunkte zugenommen, wobei ein Teil der Zunahme durch die Alterung der Bevölkerung erklärt werden kann. Schätzungsweise bis zu 2 % der Menschen in Deutschland sind ebenfalls an einem Diabetes erkrankt, ohne dies allerdings zu wissen.

Erste Auswertungen zur psychischen Gesundheit zeigen, dass 8 % der DEGS-Teilnehmenden von aktuellen Symptomen einer Depression berichten. 4,2 % gaben an, dass ein Arzt oder Psychotherapeut bei ihnen jemals ein Burnout-Syndrom festgestellt hat. Vertiefende Fragen zur psychischen Gesundheit wurden im Rahmen einer Modulstudie gestellt, die durch das Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden im Auftrag des RKI durchgeführt wurde. Aus dem Befragungs- und Testprogramm für Ältere wurden auf dem Symposium erste Analysen zur körperlichen Funktionsfähigkeit präsentiert.

Abstracts und Folien der Vorträge sowie weitere Informationen zur Studie finden Sie unter: www.degs-studie.de und unter: www.rki.de/degs.

Eine über 30 Themen umfassende ausführliche wissenschaftliche Publikation mit Ergebnissen („DEGS₁-Basispublikation“) wird im Mai 2013 im Bundesgesundheitsblatt erscheinen (Doppelheft 5/6).





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

VORANKÜNDIGUNG I

Besuch in der Ärztekammer Berlin



Die Gäste aus dem Balkan waren besonders an der konkreten Arbeit der Ärztekammer interessiert.

Kosovarische Delegation besucht Ärztekammer Berlin

Eine zehnköpfige Delegation aus dem Kosovo hat am 19. Juni die Ärztekammer Berlin besucht. Der Besuch war Teil eines mehrtägigen Aufenthaltes in der deutschen Hauptstadt, der von der Bundesärztekammer organisiert worden war. Die Delegation bestand aus Ärzten, Vertretern anderer Heilberufe und Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums in Pristina. Sie wurden begrüßt vom Vizepräsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Elmar Wille, und Kammergeschäftsführer Michal Hahn. Ziel des Besuches in der Ärztekammer Berlin war es, sich konkret über die Arbeit einer Landesärztekammer zu informieren, da geplant ist, im Kosovo eine ärztliche Selbstverwaltung nach deutschem Vorbild aufzubauen. Bislang wird das Gesundheitswesen in dem Balkanstaat mit seinen rund 1,7 Millionen Einwohnern zentral über das Gesundheitsministerium gesteuert.

So drehten sich die Fragen der Gäste vor allem um die praktische Umsetzung der Fort- und Weiterbildung, des Meldewesens, die Beitragsordnung und der berufsrechtlichen Aufsicht. Dr. med. Catharina Döring-Wimberg (Leiterin der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung) und Christoph Röhrig (Leiter der Abteilung Kammermitgliedschaft/Berufsbildung/EU- und Kammerrecht) erklärten die Arbeit der Ärztekammer Berlin anhand eines Vortrages umfassend und beantworteten zusammen mit Kammervizepräsident Wille eine Vielzahl von Fragen. Den Abschluss des Besuchs bildete eine Führung durch das Haus der Ärztekammer.



Vizepräsident Elmar Wille (Mitte) und Kammergeschäftsführer Michael Hahn (rechts daneben) begrüßten die Besucher aus dem Kosovo.

Hauptstadtkongress

Von der Beweislast zur Führungsproblematik



Foto: S. Rudat

Nicht die Brücke von Raumschiff Enterprise, sondern ein Konferenzsaal im ICC mit Kammerpräsident Günther Jonitz am Rednerpult.

Am letzten Tag des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit im Berliner ICC hat der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, einen Veranstaltungsmarathon absolviert. Zunächst leitete er zusammen mit Professor Dr. med. Walter Schaffartzik (Vorsitzender der Norddeutschen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen) eine Veranstaltung zur Frage der Beweislastumkehr bei Behandlungsfehlern. Dabei ging Johann Neu, Geschäftsführer der Norddeutschen Schlichtungsstelle, zunächst auf die Besonderheiten des Arzthaftungsprozesses ein. Aus Sicht des Patientenanwaltes Matthias Teichner gibt es sowohl Defizite bei ärztlichen Gutachtern in Behandlungsfehlerprozessen als auch bei den Richtern, die den Gutachtern häufig die falschen Fragen stellen, „was zu falschen Antworten führt“. Der Rechtsanwalt Maximilian Broglie

warnte vor einer generellen Beweislastumkehr. Dies habe in den USA „zu einer Defensivmedizin“ geführt, die nur darauf achte, kein Prozessrisiko einzugehen. Zugleich warnte er Ärzte und Kliniken vor einer Unterdeckung bei den Haftpflichtpolizen: „Wer invasiv arbeitet, sollte eine Schadensdeckung von mindestens fünf Millionen Euro haben.“ Aber viele Fällen würden gar nicht vor Gericht landen, wenn zuvor im Schadensfall eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation stattgefunden habe. Anschließend stellte sich Jonitz in einer Podiumsveranstaltung der Frage „Wird in Deutschland zu viel operiert?“ Aus seiner Sicht ist dies in Teilen der Fall, weil in Deutschland durch das DRG-System die falschen Anreize gesetzt werden. Dies sei aber nicht den Ärzten anzurechnen. Die weiteren Referenten versuchten teilweise diese

unbequemen Aussagen zu relativieren. So konnte Professor Bertram Häusler vom IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung in der Zunahme von Fallzahlen kein Zeichen für eine schlechte Entwicklung erkennen.

Um die zwischenmenschliche und wissenschaftliche Ebene ging es bei der letzten Veranstaltung unter der Leitung von Dr. med. Astrid Bühren (Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes) und Dr. med. Johann-Wilhelm Weidringer (Geschäftsführender Arzt der Bayerischen Landesärztekammer): „Neuroscience und Leadership – Erkenntnisse der Hirnforschung für die Führung von Mitarbeitern“. Jonitz legte dabei seine Vorstellungen von einer wertorientierten Mitarbeiterführung dar. Astrid Bühren beantwortet ihrerseits die Frage, ob Frauen anders führen, mit einem klaren Ja. Sie wurde dabei unterstützt vom Heidelberger Hirnforscher Professor Bernd Weber, der insbesondere Unterschiede bei Männern und Frauen in Wettbewerbssituationen nachweisen konnte.

srd

Weltgesundheitsgipfel 2012


Nachhaltige Entwicklung der Gesundheitssysteme

Zwischen dem 21. und dem 24. Oktober 2012 findet in Berlin der Weltgesundheitsgipfel 2012 (World Health Summit 2012) statt.

Der hochkarätige Gipfel wird sich unter dem Titel „Research for Health and Sustainable Development“ unter anderem intensiv mit Frage nach möglichen Lösungen für nicht-übertragbare Krankheiten befassen.

Der moderne Lebensstil ist die Hauptursache für Volkskrankheiten wie Adipositas, Diabetes und psychische Erkrankungen. Nachhaltige Lösungen für die Gesundheitssysteme weltweit zu finden, gehört zu den großen Herausforderungen, denen sich die moderne Gesellschaft gegenüber sieht. BERLINER ÄRZTE wird auf den World Health Summit in einer der nächsten Ausgaben näher eingehen.

Weitere Informationen unter www.worldhealthsummit.org



**Betreuung
Schwerstkranker
und Sterbender -
Perspektiven der
Palliativmedizin**

Von H. Christof Müller-Busch

Palliativmedizin hat sich in Deutschland in den letzten Jahren sehr dynamisch entwickelt. Allein in Berlin sterben jährlich ca. 32.000 Menschen, davon ca. 25% an Krebserkrankungen. Inzwischen wird der überwiegende Teil dieser Patienten zuletzt zu Hause oder in einem Hospiz betreut. Das ist sicherlich ein großer Erfolg von Home Care Berlin und der Berliner Versorgungsangebote für schwerstkranke Menschen. In Berlin gibt es insgesamt 7 Palliativstationen mit 55 ordnungsbehördlich genehmigten Betten, 12 stationäre Hospize mit insgesamt 175 Betten sowie 25 ambulante Hospizdienste, von denen 22 durch die Krankenkassen gefördert werden. Berlin gehört damit zu den Bundesländern mit der in Relation zu Fläche und Bevölkerung dichtesten Palliativversorgung. Mit 67 Betten/ 1 Mio Einwohner nimmt Berlin im Rahmen der stationären Angebote sogar die Spitzenposition ein. Auf der Grundlage eines Rahmenvertrages mit den Krankenkassen betreuen 82 zugelassene Ärzte der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und 19 SAPV-Pflegeteams Palliativpatienten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Sie werden von circa 1.300 Ehrenamtlichen unterstützt, die sich in Hospizarbeit engagieren. Hinzu kommen spezifische Bratungsangebote zum Beispiel durch die Zentrale Anlaufstelle Hospiz. Im April 2011 hat der Berliner Senat das „3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin (Drucksache 16/4057 Abgeordnetenhaus Berlin)“ beschlossen. Auch wenn im Vergleich zu anderen Bundesländern die Versorgungsstrukturen in Berlin recht gut sind, gibt es eine Reihe von Defiziten. Dazu gehört die immer noch schwierige finanzielle Situation der in besonderer Weise in der Palliativversorgung engagierten SAPV-Ärzte, besonders aber auch der Pflegedienste, die sich im letzten Jahr und auch im ersten Quartal 2012 teilweise dramatisch verschlechterte, so dass in Verhandlungen mit den Krankenkassen leicht erhöhte Vergütungen vereinbart wurden.

Die Zusammenarbeit der in der allgemeinen bzw. spezialisierten Palliativversorgung engagierten Berufsgruppen ist optimierbar. Die Kommunikation der Professionen miteinander und die oft mehr gefühlte als gelebte Multi- und Interprofessionalität sollte zum Beispiel durch sektorenübergreifende regelmäßige strukturierte Fallkonferenzen und Qualitätszirkel gefördert werden.

Ein weiteres Defizit oder eigentlich schon ein Skandalon ist die Tatsache, dass es in Berlin immer noch keinen eigenen Lehrstuhl für Palliativmedizin gibt und auch keine akademische Vertretung in Aussicht ist. Gerade im Hinblick auf den ab Oktober 2014 geforderten Leistungsnachweis im Q13-Pflichtfach Palliativmedizin zur Approbation besteht hierzu in Berlin ein dringender Handlungsbedarf. Hier sind die südlichen und westlichen Bundesländer mit den 10 Lehrstühlen in Palliativmedizin und pädiatrischer Palliativmedizin, dem Norden und Osten Deutschlands deutlich voraus.

Deutschlandweit hat sich die Anzahl der Palliativstationen und stationären Hospize in den letzten 15 Jahren verzehnfacht. Im Jahre 2011 gab es in Deutschland fast 410 Palliativstationen und stationäre Hospize mit ca. 3.300 Betten. In keinem Land Europas hat Palliativmedizin durch die Politik so viel Beachtung gefunden wie in Deutschland. Die im Jahre 2010 verabschiedete „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ gilt als wichtiger Schritt, die Palliativversorgung nicht nur in die Gesundheitsversorgung, sondern auch in die gesellschaftliche Wirklichkeit zu integrieren.

Die von über 400 Fachgesellschaften, Institutionen und Organisationen unterzeichnete „Charta“ – eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) und der Bundesärztekammer hat sich zum Ziel gesetzt, gesellschaftliche Aufmerksam-



Prof. Dr. Christof Müller-Busch

keit für die Probleme am Lebensende zu einer moralisch verpflichtenden Herausforderung zu machen. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 hat dazu aufgerufen, sich an diesem Prozess zu beteiligen und die Ziele der Charta durch ihre Unterschrift zu unterstützen.

In einem europäischen Ranking zur Entwicklung von Palliative Care in 27 Ländern nahm Deutschland im Jahre 2007 den 8. Platz ein. Eine im Jahre 2010 erschienene Untersuchung zur Sterbequalität in 40 Ländern ergab, dass Deutschland im „Quality of Death Index“, der aus verschiedenen quantitativen und qualitativen Indikatoren gebildet wurde, hinter Großbritannien, Australien, Neuseeland, Irland, Belgien, Österreich und den Niederlanden ebenfalls den 8. Rang einnimmt. Berücksichtigt wurden bei der Erstellung dieses Indexes Sterbeort, verschiedene quantitative, qualitative und normative Indikatoren mit unterschiedlicher Gewichtung zum Sterbeort, zu palliativen Betreuungsmöglichkeiten sowie zu Qualität und Kosten der Betreuung am Ende des Lebens.

Steigender Bedarf

Der Bedarf an Palliativversorgung steigt, insbesondere wenn man davon ausgeht, dass nicht nur Patienten mit Krebserkrankungen, sondern zuneh-

Effekt von Palliativkonsilen auf Fall- und Tageskosten im Krankenhaus*

Kosten	Entlassene Pat. (n= 21057)			Verstorbene Pat. (n= 4402)		
	Ohne PC	Mit PC	Δ	Ohne PC	Mit PC	Δ
Ø Tageskosten	\$830	\$666	\$174*	\$1.484	\$1.110	\$374*
Fallkosten	\$11,140	\$9,445	\$1,696**	\$22,674	\$17,765	\$4,908**
Labor	\$1,227	\$803	\$424*	\$2,765	\$1,838	\$926*
ITS	\$7,096	\$1,917	\$5,178*	\$14,542	\$7,929	\$7,776*
Medikamente	\$2,190	\$2,001	\$190	\$5,625	\$4,081	\$1,544***
Bildgebende Diagnostik	\$890	\$949	(\$58)***	\$1,673	\$1,540	\$133
Tod auf ITS	X	X	X	18%	4%	14%*

* nach D. Meier EAPC Research Forum Trondheim 2008

*P<.001 **P<.01 ***P<.05

mend auch Patienten mit anderen Erkrankungen zum Beispiel mit neurologischen, kardiopulmonalen und sogar psychiatrischen Krankheiten aber auch in der Intensivmedizin eine Betreuung unter palliativen Aspekten benötigen. Dies gilt besonders für Menschen mit Demenzerkrankungen und in der Geriatrie. Hier sind dringend Bedarfszahlen notwendig, die auf der Grundlage einer systematischen einheitlichen Falldokumentation ermittelt werden könnten.

Im Vergleich zum Mutterland der Palliativ- und Hospizversorgung, Großbritannien, gibt es jedoch in Deutschland immer noch große Qualifikationsmängel für die in der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen engagierten Berufsgruppen. Dazu gehört auch der Mangel an Ausbildungsplätzen. Das betrifft sowohl die allgemeine wie auch die spezialisierte Palliativversorgung. Wie sehr palliative Kompetenzen in allen Bereichen der Medizin benötigt werden, zeigt die Nachfrage in der Fort- und Weiterbildung. Seit der Einführung der

Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ im Rahmen der vom Deutschen Ärztetag 2003 neu beschlossenen (Muster-)Weiterbildungsordnung haben bis Ende 2011 in Deutschland mehr als 6.400 Ärztinnen und Ärzte diese Zusatzbezeichnung erworben.

Begleitung der letzten Lebensphase

Leitgedanken der Palliativmedizin bzw. von Palliative Care sind die würdige Begleitung der letzten Lebensphase und des Sterbens bei schwerstkranken Menschen. Die Bedingungen des Sterbens haben sich durch die gestiegene Lebenserwartung, ein verändertes Krankheitsspektrum und die technischen Möglichkeiten der modernen Medizin in den letzten 50 Jahren entscheidend verändert.

Häufig ist der Tod die Folge sich lange hinziehender chronischer bzw. degenerativer Krankheiten, die Rede von einem „natürlichen“ Tod entbehrt ihres herkömmlichen Sinns. „Sterben“ hat eine eigene Dynamik, die eigene Arbeits-

aufgaben mit sich bringt. Sowohl der Zeitpunkt des Todes als auch die Art und die Bedingungen des Sterbens werden heute zu einem großen Teil von Entscheidungen bestimmt, die für alle Beteiligten eine Herausforderung darstellen.

Verschiedene Untersuchungen aus den USA zeigten in den letzten Jahren eindrucksvoll, dass durch die frühe bzw. rechtzeitige Berücksichtigung palliativer Aspekte und Prinzipien nicht nur die Lebensqualität schwerstkranker Menschen verbessert werden kann, ohne deren Lebenszeit zu verkürzen, sondern dass auch Kosten im Gesundheitswesen reduziert werden können, die durch den Einsatz wenig effektiver und nicht sinnvoller Maßnahmen anfallen würden.

So konnte beispielsweise in den USA gezeigt werden, dass in Krankenhäusern mit palliativmedizinischen Konsiliardiensten die Anzahl belastender Interventionen bei schwerstkranken Patienten reduziert wurde und gleichzeitig ihre Zufriedenheit mit der Behandlung zunahm (s. Grafik).

S3-Leitlinien in Arbeit

Zu sieben zentralen Themenbereichen (Versorgungsstrukturen, Dyspnoe, Schmerz, Obstipation, Kommunikation, Sterbephase und Depression) werden derzeit von interdisziplinären Arbeitsgruppen palliativmedizinische S3-Leitlinien entwickelt, die im Jahre 2014 fertiggestellt werden sollen. Auch wenn diese sich derzeit nur auf Patienten mit einer Krebserkrankung konzentrieren, sind sie auch für andere Fachgebiete – besonders jedoch die Notfall- und Intensivmedizin – von hoher Bedeutung. Dokumentation, Qualitätskontrolle, aber auch Fehlerkultur zum Beispiel durch CIRS-palliativ sind wichtige Anliegen des sich zunehmend für alle Bereiche der Medizin etablierenden Fachgebietes. In Deutschland geht man derzeit davon aus, dass circa zehn bis zwölf Prozent aller sterbenskranken Menschen im letzten Jahr ihres Lebens eine spezialisierte Palliativversorgung benötigen. Der Anteil der Menschen, die in ihrer letzten Lebensphase allgemein palliativmedizinisch betreut werden, liegt sehr viel höher – nur 10 bis 15 Prozent der Menschen sterben ohne dass zuletzt Entscheidungen und Handlungen mit palliativer Orientierung erfolgen. Besonders bei alten und hochbetagten Menschen wird die Betreuung unter palliativen Aspekten in den nächsten Jahren eine der wichtigsten Herausforderungen in der Medizin und für ein Sterben unter würdigen Bedingungen werden.

Verfasser:

Prof. Dr. H. Christof Müller-Busch
Kongresspräsident des 9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2012, Universität Witten/Herdecke
Ltd. Arzt i.R. Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin
E-Mail: muebu@t-online.de

Weiterführende Literatur:

Abschied braucht Zeit –
Palliativmedizin und Ethik des Sterbens.
Suhrkamp 2012

Ganzheitlich und individuell

Palliativmedizin im HELIOS Klinikum Emil von Behring

Den schwerkranken Patienten der Lungenklinik Heckeshorn mit besonderer Aufmerksamkeit zu begegnen, ist den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern seit vielen Jahren ein Anliegen. Im Dezember 2008 konnten wir die Palliativstation im HELIOS Klinikums Emil von Behring eröffnen. In einem separaten Gebäude gibt es acht Einzel- und zwei Doppelzimmer. Jedes Zimmer hat einen eigenen Zugang zum Garten und ist groß genug, um auch Angehörigen einen Platz für die Übernachtung zu bieten. Ganz in der Nähe grasen die Schafe der Nachbarn. Die Atmosphäre ist von großer Ruhe geprägt, die Betriebsamkeit des Haupthauses dringt nicht bis hier durch und gleichzeitig stehen den Patienten der Palliativstation alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der modernen Medizin zur Verfügung. Behandelt werden hier Menschen nicht nur mit fortschreitender Krebserkrankung sondern auch mit unheilbaren Erkrankungen wie COPD, Lungenfibrose,

Herzinsuffizienz oder mit neurologischen Erkrankungen wie ALS. Entsprechend finden Patienten ihren Weg auf die Palliativstation über ihre behandelnden Ärzte in Praxen oder ihre sie betreuenden Ärzte der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), mit denen die Teams der Palliativstationen eng zusammenarbeiten. Andere Patienten werden von anderen Krankenhäusern und innerhalb des Hauses verlegt. Immer wieder kommen Patienten oder ihre Familien, die sich in großer Belastungssituation befinden und selbstständig nach Lösungen suchen, auch auf eigene Initiative auf die Palliativstationen zu.

Unser Bemühen ist es, rechtzeitig für eine palliativmedizinische Versorgung zu werben. Viele Patienten mit einer Tumorerkrankung haben bereits bei der Erstdiagnose eine hohe Symptomlast. Sie leiden unter Inappetenz und Kachexie, Schmerzen oder Dyspnoe. Durch die Diagnose der Tumorerkrankung sind sie

PERSPEKTIVEN IN MITTE

9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 12.-15. September 2012 im bcc Berliner Congress Center I Berlin

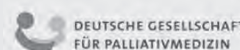
Zentrale Zukunftsthemen der Palliativmedizin – insbesondere die Herausforderungen in einer älter werdenden Gesellschaft sowie die Veränderungen in der Kommunikation durch die neuen Medien bilden einen Schwerpunkt des Kongresses.

In sechs Themenkomplexen werden aus Sicht der unterschiedlichen Disziplinen und Professionen Entwicklungen der Palliativ- und Hospizversorgung vorgestellt und bearbeitet.

Fallkonferenzen, Praxiskurse, Workshops und „Meet the Expert“ ergänzen die Plenarsitzungen. Erstmals wendet sich ein Education Day speziell an Studierende.

Kongresspräsidenten: Prof. Dr. med. Ch. Müller-Busch, Martina Kern, Prof. Dr. M. Ewers

Ausführliche Informationen zu Inhalten, Organisation,
Anmeldung: <http://www.dgp2012.de/>



aus ihrem Lebenskonzept geworfen und psychosozial sehr belastet. Eine ähnlich starke Beeinträchtigung der Lebensqualität mit ausgeprägten körperlichen und psychosozialen Problemen haben Menschen, die an anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen leiden. Für alle diese Patienten ist die besondere Qualität der medizinischen und psychosozialen Betreuung notwendig, die im Rahmen palliativer Konzepte möglich ist.

So stehen wir für diese Menschen mit einem multiprofessionellen Team aus Pflegekräften, Ärzten, Psychoonkologinnen, Physiotherapeuten, Seelsorgern, Ernährungsberaterinnen und Sozialarbeitern bereit. Die Patienten können beim autogenen Training oder bei der Klangschalen-therapie entspannen. Alle Mitarbeiter sind für die Therapie unheilbar Kranker besonders geschult. So nahmen zum Beispiel die Pflegekräfte, die die Palliativstation wesentlich prägen, geschlossen an einer Palliative-Care-Weiterbildung teil.

Das Team ist jung und die Herausforderungen sind groß. Seit Eröffnung der Station hilft zudem eine regelmäßige Supervision mit der täglichen Belastung umzugehen. Neben der ärztlichen palliativmedizinischen Expertise erhalten die Betroffenen, ihre Familien und Begleiter Angebote aller erwähnten Professionen. Welche Angebote die Patienten nutzen, entscheiden sie selbst.

Alle Palliativstationen Berlins verfolgen ein solches umfassendes Konzept, um den Bedürfnissen dieser Patienten sehr individuell gerecht zu werden und arbeiten bei der Weiterentwicklung der Konzepte zusammen.

Bei der Aufnahme wird die Situation des Patienten weitreichend erfasst. Hilfreich ist dabei ein klinikübergreifender standardisierter palliativmedizinischer Basis-Assessment-Bogen, den wir im Arbeitskreis der Berliner und Potsdamer Palliativstationen gemeinsam zur Qualitätsverbesserung und Identifikation neuer Ansätze von Komplexbehandlungen entwickelt haben. Wenn wir unsere

Patienten nach ihrem Therapieziel befragen, hören wir oft: „wieder alleine laufen können“, „Gewicht zunehmen“, „zu Hause alleine zurecht kommen“. Nicht immer sind diese Ziele erreichbar und eine gemeinsame Anstrengung ist es dann, nach realisierbaren Wünschen und Ressourcen der Patienten zu schauen. Die Bemühungen gehen dahin, die Therapieziele in circa drei Wochen Behandlungszeit zu erreichen. Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei circa 12 Tagen.

Wie geht es weiter?

„Und wie geht es danach weiter?“ Diese Sorge beunruhigt die Betroffenen häufig bereits bei der Aufnahme. Wir beginnen gemeinsam mit den Patienten und den Angehörigen sehr frühzeitig mit der Entlassungsplanung. Diese Planung benötigt viel Vorbereitung und wird durch die Kooperation mit den weiter behandelnden Ärzten, Pflegediensten und die Unterstützung durch ambulante Hospizdienste möglich. Kinder sind von der Krebserkrankung eines Elternteils besonders betroffen; so vermitteln wir jungen Familien häufiger Kontakte zu speziellen Hospizdiensten, die sich auf die Begleitung von Kindern spezialisiert haben.

Zwischen den Einrichtungen der stationären Palliativversorgung und den ambulanten Diensten gibt es einen sehr intensiven Austausch. So gelingt es immer wieder, die Patienten trotz schwerer Erkrankung und starken Einschränkungen mit Unterstützung in ihr zu Hause zu entlassen. Nicht alle Patienten profitieren jedoch von einer Entlassung in die eigenen vier Wände. Etliche Patienten wünschen sich auch weiterhin die Sicherheit einer Einrichtung ähnlich einer Palliativstation. Dann können die Patienten in eines der zahlreichen Hospize verlegt werden. Auch hier sind frühe Kontakte unabdingbar, da die starke Nachfrage oft lange Wartezeiten verursacht.

Eine besondere Kooperation hat sich in den letzten Jahren mit dem in der Nähe gelegenen Diakonie-Hospiz Wannsee



Wiebke Nehls, Oberärztin der Klinik für Pneumologie Lungenklinik Heckeshorn
Ärztliche Leitung Palliativstation

ergeben. Diese gelungene Zusammenarbeit wurde Anfang des Jahres intensiviert, so dass mithilfe des Diakonie-Hospizes Wannsee ein ehrenamtlicher Besuchsdienst aufgebaut wurde, der die Patienten während der Klinikzeit begleitet. Manchmal wird eine deutliche Stabilisierung erreicht, so dass die Patienten mit einer Krebserkrankung überlegen, eine tumorspezifische Therapie durchzuführen. Und auch das ist eine wichtige Botschaft: Palliativversorgung und tumorspezifische Therapie schließen sich nicht aus und für bestimmte Patienten sind sie sinnvolle Ergänzungen. Dabei liegt der Fokus immer auf der verbesserten Lebensqualität. In diesen Fällen wird ein interdisziplinärer Dialog zwischen Palliativversorgern, Onkologen, Pneumologen, Chirurgen, Strahlentherapeuten, Psychiatern und etlichen weiteren Disziplinen initiiert.

Die Therapie und die Perspektive richten sich nach der Situation der Erkrankten. Voraussetzung hierfür ist eine ehrliche und offene Kommunikation. Die Prognose und das Sterben an der Erkrankung haben in vielen Gesprächen Raum. Die entstehende Offenheit bewirkt häufig während des palliativstationären Aufenthalts eine physische und psychosoziale Entlastung, die Möglichkeit für eine biographische Rückbesinnung

eröffnet, für die Klärung von Beziehungen, für spirituelle Öffnung und für realistische Erwartungen an die Zukunft. Die letzte Lebensphase kann individuell gestaltet werden – manche Patienten erzählen von viel Klarheit, die sie für sich entdeckt haben. Und natürlich entsteht nicht nur Raum, um über das Sterben zu reden – auf Palliativstationen wird auch gestorben. Häufig werden die Menschen nicht nur während des Sterbens eng von ihren Angehörigen und dem Team der Palliativstation begleitet. Die Nahestehenden erhalten auch nach dem Tod, in der Phase des Abschieds und der Trauer, viel Beistand vom Team. Das Leben trotz schwerster Erkrankung lebenswert zu gestalten und im Sterben gut begleitet zu werden, sind Bedürfnisse des Einzelnen, die wir unterstützen wollen. Die Hilfestellung hierzu erfolgt durch viele „tragende Hände“. Symbolisch haben wir die Hände unserer Mitarbeiter als Foto in unserem Foyer ausgestellt. Wir wünschen uns, mit unseren Händen zu berühren und mit unserem Einsatz den Betroffenen Halt anbieten zu können.

Verfasserinnen:

Wiebke Nehls und Sandra Delis

„Nicht mit der Tür ins Haus fallen“

Interview mit Dr. med. Achim Rieger, Facharzt für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin in Berlin

BÄ: Seit April 2007 existiert für gesetzlich Versicherte der Rechtsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Dennoch verlief die Umsetzung lange Zeit nur schleppend. Wie beurteilen Sie aktuell Ihre Situation als Arzt, der Patienten ambulant palliativmedizinisch betreut?

Rieger: In den letzten Jahren hat sich etwas bewegt. Wir haben jetzt zum ersten Mal – also seit 1.7.2010 – Verträge zur ambulanten Palliativversorgung, mit denen klar ist, dass nicht nur Tumorkranken am Lebensende versorgt werden können, sondern auch Patienten mit anderen wie zum Beispiel neurologischen Erkrankungen. Das ist ein ganz großer Fortschritt. Die Finanzierung dieser Arbeit ist jetzt gesichert, zumindest für die ärztliche Seite. Sie ist nicht üppig, aber zumindest so, dass man damit arbeiten kann. Man macht keine Miesen mehr, wie zwischenzeitlich mit den Home Care Honoraren.

BÄ: Sind diese Verträge zeitlich begrenzt?

Rieger: Ja, sie gelten für zwei Jahre, müssten also jetzt, 2012, verlängert werden. Die Verträge hatten zunächst eine begrenzte Laufzeit, um Erfahrungen sammeln zu können. Die Schwierigkeit war, dass die Verträge am Anfang ein bisschen mit der heißen Nadel gestrickt waren und es während der Vertragsverhandlungen wenig Transparenz gab. Die Vertragsparteien, insbesondere die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung, haben sich Stillschweigen erbeten.

BÄ: Aber jetzt läuft und funktioniert es?

Rieger: Aber mit Schwierigkeiten. Ich sehe ein großes Problem hinsichtlich der Pflege. Berlin ist glaube ich die einzige Region in Deutschland, in der es unterschiedliche Honorierungsmodelle für die palliative Pflege und die ärztli-



Foto: Gemeinschaftshospiz Christophorus, Maks Richter

che Palliativversorgung gibt. Vor einem Jahr hatte die palliative Pflege schon mal Alarm geschlagen, weil absehbar war, dass die Pflege, die sich ausschließlich mit der SAPV befasst hat, weiterhin auch defizitär gearbeitet hat. In der Folge davon musste der große SAPV-Pflegeanbieter ElySION Konkurs anmelden, trotz der neuen Verträge. Inzwischen arbeitet ElySION aber wieder mit einem anderen Träger. Es gab eine Nachverhandlung mit den Krankenkassen, die im Wesentlichen für die Honorare verantwortlich sind, aus der sich ein besseres Honorar für die palliative Pflege ergeben hat. Aber es zeigt sich jetzt, dass die Pflege weiterhin an der Kapazitätsgrenze arbeitet. Einer der Kardinalfehler der vertraglichen Gestaltung ist, dass nur Maßnahmen, die der Symptomlinderung dienen, tatsächlich als SAPV-Versorgung abgerechnet werden können. Alle anderen Patientenkontakte sind aber nicht Honorar auslösend.

BÄ: Was bedeutet es für Ihre Arbeit, in Berlin keine Palliativ-Care-Teams wie in anderen Bundesländern zu haben?

Rieger: Es ist wichtig, die palliative Pflege zusammen mit der ärztlichen Leistung im Team stattfinden zu lassen. Dann ist sie leichter trennbar von den

Grundpflegeleistungen der Pflege. Die Pflege muss aber getrennt von der ärztlichen Leistung existieren können. Das finanzielle Problem der SAPV-Ärzte vor einigen Jahren hat sich jetzt in den Pflegebereich verschoben. Wir haben zwar Kooperationsvereinbarungen, die so eine Art Teamsituation beschreiben sollen, aber das ist ein Papiertiger. Als Arzt kann man mit einem Pflegedienst nur dann gut kooperieren, wenn der auch die Kapazität dafür hat. Meines Erachtens sollte das in Berlin nicht mehr so getrennt voneinander laufen: Wir brauchen hier Umgestaltung,

BÄ: Wie fühlt sich für Sie Ihr Arbeitsalltag an?

Rieger: Ich habe weiterhin hauptsächlich onkologische Patienten und etwa 14 Prozent nicht onkologische palliative Patienten. Insofern bin ich in der besonderen Situation, dass ich nie Probleme bei der Kostenübernahme für einen onkologischen Patienten in fortgeschrittenem Krankheitsstadium bei den Kassen habe. Aber regelmäßig gibt es Nachfragen seitens des MDK, wenn es sich um nicht onkologische Patienten handelt. Insgesamt hat die Bürokratie weiter zugenommen. Der Aufwand, um in die Versorgung zu gehen, ist

noch komplizierter geworden. Früher konnten wir einen Home Care Patienten ohne Anträge direkt mit der KV abrechnen. Jetzt benötigen wir ein so genanntes Muster 63, ein zweiseitiges Formular, mit dem es zur Verordnung der SAPV kommt. Das ist ein verhältnismäßig großer Aufwand.

Was sich zum Positiven verändert hat, sind die regionalen Palliativnetzwerke in Berlin, die sich herausgebildet haben. Sie haben zur Aufgabe, sich in selbstbestimmten Abständen regelmäßig zu treffen, um eigene Fortbildungen und Fallbesprechungen zu organisieren. In meiner Region Berlin Südwest haben wir uns im ersten Jahr einmal im Monat getroffen. Jetzt haben wir acht Treffen im Jahr, die immer multiprofessionell sind: Physiotherapeuten, Pflegenden, Sozialarbeiter, Kollegen aus dem stationären Bereich, Hausärzte und SAPV-Ärzte. Das ist sehr sinnvoll und konstruktiv.

BÄ: Sie haben eine Schnittstellenfunktion. Wie ist denn das Verhältnis zu Ihren Kollegen?

Rieger: Es entwickelt sich. Mit den stationären Bereichen verbessert sich die Zusammenarbeit deutlich. Das liegt auch daran, dass die Anzahl der Ärzte, die stationär arbeiten und die Zusatzbezeichnung Palliativmediziner erwerben zunimmt. Das Interesse an der Palliativversorgung ist groß, denn es gibt inzwischen ein Bewusstsein für die Wichtigkeit dieser Versorgungsform. Auch ökonomisch, denn die Klinik hat den Vorteil, die Patienten geordnet in den ambulanten Bereich entlassen zu können. Bedauerlicherweise ist Kooperation mit den niedergelassenen Hausärzten immer noch sehr mager. Da gibt es weiterhin Rivalitäten mit der Frage, was denn die SAPV zur SAPV macht und warum das denn nicht die Hausärzte genauso können. Nur ein kleiner Kreis ambulanter Kollegen interessiert sich für das Thema oder sucht Kontakt. Viel häufiger sind es

Palliativstationen in Berlin

Charité - Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
Palliativstation, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Tel.: (030) 450 553 164

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Palliativstation, Kladower Damm 221,
14089 Berlin, Tel.: (030) 36 501 160

HELIOS Klinikum Emil von Behring, Lungenklinik Heckeshorn, Palliativstation
Walterhöferstr. 11, 14165 Berlin, Tel.: (030) 81 02 11 31

Helios Klinikum Berlin-Buch, Klinik für Hämatologie, Onkologie und
Tumorimmunologie, Palliativstation, Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin
Tel.: (030) 9401-15360

Malteser Krankenhaus, Palliativstation, Pillkaller Allee 1, Tel.: (030) 30001410

Vivantes Klinikum Spandau, Klinik für Innere Medizin - Hämatologie, Onkologie
und Gastroenterologie, Palliativmedizin, Neue Bergstr. 6, 13585 Berlin
Tel.: (030) 130 13 17 72 /130 13 17 74

die Patientenangehörigen, die den Hausarzt fragen, ob es möglich wäre, einen Palliativmediziner hinzuzuziehen.

BÄ: Fallen denn die Verordnungen von Physiotherapie und Heilmitteln noch in das fachärztliche Budget?

Rieger: Wir haben inzwischen eine eigene Betriebsstättennummer für die Palliativversorgung bekommen. Die wurde von der KV vergeben. Das bedeutet in der Praxis, dass alle Rezepte und Verordnungen von Physiotherapie und Heilmitteln aus dem Budget rausgenommen werden.

Das ist eine Erleichterung für uns. Die ambulanten Kollegen haben Sorge, Palliativpatienten zu versorgen, denn das kann sehr teuer werden. Beispielsweise hatte ich eine Patientin, die eine Palliativversorgung aber noch keine SAPV brauchte. Sie benötigte in einem Quartal 10 Verordnungen für eine spezielle Ernährung. Das waren am Ende über 10.000 Euro Verordnungskosten allein für diese Ernährungsbeutel. Die Patientin hatte damit ein Fünftel der gesamten hausärztlichen Arzneimittelverordnungskosten ausgemacht.

BÄ: Welche Schwerpunkte setzen Sie im Kontakt mit den SAPV-Patienten?

Rieger: Für mich ist das Wichtigste, nicht mit der Tür ins Haus zu fallen. Ich versuche, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen und ihm das Gefühl zu geben, weniger Angst haben zu müssen. Auch, weil er jetzt einen immer erreichbaren Palliativarzt in der Nähe hat. Ich fahre lieber öfter hin und habe für den Patienten und seine Angehörigen Zeit zum Reden. Es geht in diesem speziellen Arzt-Patienten-Kontakt nicht nur um die medizinische Versorgung, sondern vor allem auch um eine achtsame zwischenmenschliche Begleitung.

BÄ: Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Ulrike Hempel.

„Ärzte müssen eine gute Schmerztherapie erlernen“

Interview mit den Palliativpatienten Regina und Norbert Friedenberg

Dr. med. Werner Sonne betreut das Ehepaar Regina (62) und Norbert (68) Friedenberg aufgrund ihrer fortgeschrittenen unheilbaren Tumorerkrankungen seit 2011 in seiner Spezialisierten Ambulanten Palliativ Versorgung (SAPV). Die Friedenbergs leben in Berlin-Schöneberg. Frau Friedenberg hat bis 2010 als Psychologin auf der Pallativstation in Spandau gearbeitet; Herr Friedenberg war bis 2009 als verbeamteter Jurist bei der Deutschen Rentenversicherung Bund tätig (Regina und Norbert Friedenberg sind kurz vor Redaktionsschluss beide innerhalb weniger Tage gestorben [Anmerk. d. Red.]).

BÄ: Warum ist Ihre Wahl auf Dr. Sonne gefallen?

Fr. Friedenberg: Ich habe Werner Sonne vor vielen Jahren kennengelernt, als er ein Praktikum auf der Palliativstation im Krankenhaus Spandau gemacht hat, auf der ich bis 2010 als Psychologin gearbeitet habe. Eigentlich habe ich ihn mir als Hausarzt ausgesucht. Damals war ich noch gesund und konnte nicht ahnen, dass er mich einmal zu Hause als schwerkranke Krebspatientin im Rahmen der SAPV mit ständiger Verfügbarkeit versorgen wird.

Hr. Friedenberg: Meine Frau und ich machen alles im Tandem. Werner Sonne war auch mein Hausarzt und hat auch bei mir die palliative Versorgung übernommen als es notwendig wurde. Die ambulante Palliative Versorgung ist, wenn sie richtig praktiziert wird, ein Segen. Es beginnt schon mit der Gesprächsführung zwischen Arzt und Patient, die sehr offen ist. Bei meiner Erkrankung steht fest, dass ich sterben werde. Von daher müssen wir kein Versteckspiel initiieren. Weitere Vorteile sind die Versorgung auf Zuruf und eine vorausschauende Planung der Therapie. Ich schildere bei Werner Sonne nicht einfach nur meine Wehwehchen, bekomme mein Mittel und das war's. Die Betreuung, die meine Frau und ich erfahren, ist durch ein vorausschauendes medizinisches Mitdenken in einem wesentlich größeren Umfang gekennzeichnet. Hierzu gehört auch der offene Umgang in der Gesprächsführung.

BÄ: Auf welcher Ebene findet denn das Arzt-Patienten-Gespräch statt?

Hr. Friedenberg: Zum Glück nicht nur auf der medizinischen. Es hat sich zwischen uns eine Art von privatem Kontakt entwickelt. Das ist phänomenal.

Fr. Friedenberg: Natürlich haben wir jederzeit die Möglichkeit, Werner Sonne zu rufen. Üblicherweise verabreden wir aber feste Termine. Unsere Begrüßung und Verabschiedung ist immer sehr warm und herzlich. Die Gespräche sind bedürfnisorientiert. Wir dürfen unsere Ängste schildern und werden auch in den Arm genommen, was manchmal sehr wohltuend ist.

Die Zeit des Gesprächs richtet sich nach unserem Bedürfnis, auch wenn sie natürlich einen groben Rahmen hat, denn sonst könnte Werner Sonne ja andere Termine nicht einhalten. Hat er das Empfinden, dass ich heute mehr Zuwendung brauche, dann bekomme ich diese auch. Das ist ein großes Geschenk in unserer Lebens- und Krankheitssituation. Mein Mann und ich waren gerade in der letzten Zeit in verschiedenen Krankenhäusern und waren entsetzt darüber, wie wenig Ahnung junge Ärzte in der Ausbildung von Gesprächsführung mit unheilbar Kranken haben. Sie wenden sich ab und trauen sich nicht, konkret über die Erkrankung und ihre Folgen zu sprechen. Sie und ihre Praxisanleiter haben ganz klar Angst vor dieser Thematik.

BÄ: Behandelt Dr. Sonne Sie denn auch zusammen?

Fr. Friedenberg: Aber nein, wir haben unterschiedliche Bedürfnisse und Erkrankungen. Das Einzige, was wir gemeinsam haben, ist das Wissen darum, dass diese Erkrankung sowohl bei meinem Mann als auch bei mir zum Tode führen wird. Wir müssen nichts mehr verstecken, das ist offen und klar.

BÄ: Wie würden Sie versorgt werden, wenn es die SAPV nicht geben würde?

Fr. Friedenberg: Ich vermute sehr, sehr schlecht, denn für alle Menschen, die keine Ahnung von Home Care haben, von diesem Angebot, ist es sehr schwierig eine gute, umfassende Betreuung zu finden. Man muss auf die Suche gehen, sich informieren und das oft in einer Krankheitsphase, in der man eigentlich schon der palliativen Betreuung bedarf.
Hr. Friedenberg: Ich wüsste gar nicht, wie wir das ohne SAPV schultern sollten. Meine Frau kann nicht mehr aus dem Haus. Noch kann ich laufen und könnte auch noch in eine Praxis gehen. Aber der Unterschied zu den normalen Hausärzten, auch wenn sie Hausbesuche machen, ist eben bei der palliativen Versorgung, dass ihr Budget intensiveren Kontakt zu den Schmerzpatienten zulässt. Auch die bürokratischen Angelegenheiten klärt Werner Sonne für uns.

BÄ: Möchten Sie gern zu Hause sterben, begleitet von Dr. Sonne?

Fr. Friedenberg: Wie es wirklich laufen wird, kann keiner sagen, aber ja, das Schönste wäre für uns, zu Hause sterben zu können. Jeder von uns dann, wenn er dran ist. Wenn Werner Sonne uns in dieser Zeit begleiten könnte, wäre das ein Geschenk.

Hr. Friedenberg: Sollte dies nicht möglich sein, gibt es in Berlin zum Glück Palliativstationen. Wir waren ja beide schon auf der Palliativstation im

Behring-Krankenhaus, das ist eine sehr gute Alternative. Dort wird die palliative und die menschliche Betreuung sehr ernst genommen. Die dritte Option wäre für uns ein Hospiz als Ort zum Sterben.

BÄ: Sie haben sich selbst lange im Hospiz- und Palliativbereich engagiert?

Hr. Friedenberg: Wir haben ein Wissen, das andere nicht haben können. Ich denke, nicht einmal allen Hausärzten ist bekannt, welche Alternativen es gibt bzw. welche konkreten Angebote bereits bestehen. Aufgrund unseres Wissens haben wir die Möglichkeit, Fäden zu spinnen, die uns die Wahl zwischen verschiedenen Optionen ermöglicht.

Fr. Friedenberg: Ich hatte vor etwa 20 Jahren das große Glück, im Krankenhaus Spandau die erste Palliativstation in Berlin mit aufbauen zu dürfen, damals unter Prof. Dr. Kirstaedter. Wir hatten damals die Chance, den Begriff „palliativ“ mit Leben zu füllen. Und diese Chance haben wir genutzt. Wir waren damals wirklich privilegiert. Es gibt viele Hausarztpraxen, die keine Ahnung von Schmerztherapie haben. Sie wissen einfach nicht, wie sie den betroffenen Patienten helfen können. Das ist ein großes Manko.

BÄ: Was müsste Ihres Erachtens getan werden?

Fr. Friedenberg: Fortbildung, Fortbildung, Fortbildung - damit die Ärzte die Chance haben, eine gute Schmerztherapie zu erlernen. Eben so wichtig ist eine gute Gesprächsführung. Auch hier muss das Angebot zur Pflicht werden. Die Ärzte müssen dafür aber auch den Rahmen bekommen, denn oft sind sie so ausgelastet, dass sie diese Fortbildung gar nicht mehr schaffen. Jeder Arzt setzt zunächst den Fokus auf Leben retten. Nichtsdestotrotz ist es eine unumstößliche Tatsache, dass wir sterben und vor allem auch an Krankheiten sterben. Das

müssen die Ärzte sehen und in die Lage versetzt werden, entsprechend zu handeln. Ihnen sollten die bürokratischen Hemmschuhe aufgebunden werden, damit sie in dieser Hinsicht besser arbeiten können.

Hr. Friedenberg: Palliativversorgung im ambulanten Bereich ist auch ein wirtschaftlicher Faktor. Vielleicht scheuen sich viele Ärzte davor, weil sie die für sie entstehenden Kosten sehen und glauben, sich das nicht leisten zu können.
Fr. Friedenberg: Ich würde mir wünschen, dass die ambulante Versorgung im Home Care Bereich noch ein bisschen wachsen darf, sodass die palliative Versorgung tatsächlich allen zur Verfügung steht.

BÄ: Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Ulrike Hempel.

Wichtige Adressen

Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V.
 Brabanter Str. 21, 10713 Berlin
 Tel.: (030) 412 028 75
 Fax: (030) 412 028 76
 E-Mail: hpv@hospiz-berlin.de

Zentrale Anlaufstelle Hospiz - ZAH
 Kopenhagener Str. 29, 13407 Berlin
 Beratungstelefon: (030) 40 71 11 13
 Email: post@hospiz-aktuell.de
 Homepage: www.hospiz-aktuell.de
 beide: Stationäre und ambulante Hospize in Berlin

HOME CARE BERLIN E.V.
 Brabanter Straße 21, 10713 Berlin
 Tel.: (030) 453 43 48
 Fax: (030) 391 046 91
 www.homecareberlin.de
 info@homecareberlin.de

LAGO Brandenburg e. V.
 Landesarbeitsgemeinschaft onkologische Versorgung Brandenburg
 Gregor-Mendel-Str. 10/11
 14469 Potsdam
 Tel.: 0331 2707172, Fax: 0331 2707171
 www.lago-brandenburg.de
 info@lago-brandenburg.de

Einen weiterführenden Artikel zum Förderverein Palliativzentrum Berlin-Brandenburg e.V. finden Sie auf der ÄKB-Homepage: www.aerztekammer-berlin.de

Kognitive Defizite bei der FDA

Mit einem raffinierten Schachzug und dank einer seltsamen Entscheidung der US-Arzneimittelzulassungsbehörde FDA ist es den Pharmafirmen Eisai und Pfizer gelungen, ihr Monopol auf den Kassenschlager „Aricept“ für weitere Jahre zu retten. Den Unternehmen beschert der Coup mit dem umstrittenen Alzheimer-Medikament Milliardenereinnahmen – auf Kosten der Sicherheit und Gesundheit wehrloser Patienten. Über die Hintergründe des Falls berichten zwei Mediziner des Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice im *British Medical Journal*. Mit dem Artikel hat das *BMJ* kürzlich eine neue Serie von „Not So Stories“ gestartet. Darin will das Fachblatt in loser Folge Beispiele für Übertreibungen, Irreführungen und einseitige Darstellungen von medizinischen Themen in Nachrichten, Werbekampagnen und Fachartikeln aufzeigen.

Von Cornelia Stolze

Wer einen Goldesel hat, der gibt ihn – verständlicherweise – nicht so leicht wieder her. Kein Wunder also, dass der japanische Arzneimittelhersteller Eisai guten Grund hatte, sich für sein Prachtexemplar „Aricept“ schon frühzeitig etwas einfallen zu lassen: Seit der ersten Zulassung des Cholinesterase-Hemmers (Wirkstoff: Donepezil) 1996 hatte sich das Anti-Demenz-Medikament zum weltweiten Blockbuster entwickelt. Allein in den USA brachte der Verkauf von Donepezil dem Hersteller und seinem Co-Vermarkter Pfizer jährlich zwei Milliarden US-Dollar ein.

Zwar kamen 1998 mit Rivastigmin (Handelsname: Exelon) und 2001 mit Galantamin (Reminyl) zwei weitere Cholinesterase-Hemmer als Konkurrenz hinzu. Nach wie vor aber ist Aricept Marktführer im lukrativen Feld der Alzheimer-Therapie. Mehr als die Hälfte aller Verordnungen für Medikamente aus dieser Gruppe entfällt auf das Produkt von Eisai/Pfizer.

Auch in Deutschland, dem drittgrößten Pharmamarkt der Welt nach den USA

und Japan, blüht das Geschäft. Allein für Aricept, das seit 2005 nicht nur in der ursprünglichen Version mit 5 Milligramm (mg) Donepezil, sondern auch in einer 10mg-Version verfügbar ist, geben die Krankenkassen hierzulande pro Jahr rund 100 Millionen Euro aus.

Not macht erfinderisch

Doch eines stand von Anfang an fest: Schon bald wäre es mit dem Geldsegen vorbei. Denn das Patent auf Donepezil lief im November 2010 ab. Binnen kürzester Zeit würde Aricept damit „über die Klippe gehen“, wie es in der Sprache der Investoren heißt. Sprich: Mit dem Wegfall der exklusiven Verkaufsrechte würden Eisai und Pfizer einen Großteil ihres Absatzes für immer an die Hersteller deutlich billigerer Nachahmerprodukte (Generika) verlieren. Es sei denn, die Marketing-Strategen der Firmen würden sich rechtzeitig etwas einfallen lassen. Und Not, so weiß man, macht erfinderisch.

Nach dem Motto „viel hilft viel“ entschieden Eisai und Pfizer daher direkt nach der Zulassung der 10 mg-Version

von Donepezil, eine noch höhere Dosis von Aricept zu entwickeln. Die Idee dahinter sei gewesen, erklärte eine Sprecherin von Eisai, dass Patienten mit weiter fortgeschrittener Alzheimer-Krankheit von einer höheren Dosis Aricept profitieren könnten.

Und siehe da, im Juli 2010 – vier Monate bevor Eisai seinen Patentschutz auf Aricept verloren hätte – erhielt das Unternehmen von der FDA die Zulassung für das höher dosierte Donepezil. Der Name des Mittels: „Aricept 23“. Anders als die beiden bereits vorhandenen Präparate mit 5 mg beziehungsweise 10 mg Donepezil, enthält das „neue“ Produkt nun 23 mg des Wirkstoffs.

Eine merkwürdige Dosierung? Nur auf den ersten Blick. Hinter der krummen Zahl steckt vielmehr eine pffiffige Taktik der Eisai-Manager, wie die Autoren des *BMJ*-Papers, Lisa Schwartz und Steven Woloshin, darlegen. Denn eine Dosierung von 23 mg pro Tag bekommt man nun einmal nicht durch die Kombination der (nun ja als Generika verfügbaren) 5mg- und 10 mg-Präparate hin.

Wer als Arzt seinen Patienten die neu propagierte, höhere Dosierung verabreichen will, muss also zwangsläufig zum neuen Aricept 23 greifen. Und das wurde – dank der Zulassung der FDA – für weitere drei Jahre (bis 2013) patentrechtlich geschützt.

Mit Risiken und Nebenwirkungen

So offensichtlich der Taschenspieler-Trick von Eisai auch ist – mindestens ebenso erstaunlich ist das Gebaren der FDA. Denn zum einen ist der Nutzen von Cholinesterase-Hemmern nach wie vor stark umstritten. Fest steht nämlich:

ANZEIGE

Aufhalten oder zumindest verzögern lässt sich das Leiden damit nicht. Nebenwirkungen aber haben die Mittel zweifelsfrei.

Zum anderen verstieß die FDA mit der Zulassung von Aricept 23 gegen ihre eigenen Regeln, wie Schwartz und Woloshin zeigen. Denn die Medikamentenstudie, mit der Eisai belegen sollte, dass die stärkere Dosis von 23 mg Donepezil der herkömmlichen Menge von 10 mg überlegen sei, schlug fehl.

Vor Beginn der Untersuchung, an der mehr als 1.400 Probanden mit mittelschwerer bis schwerer Demenz teilnahmen, hatte die FDA gemeinsam mit Eisai festgelegt: Die höhere Dosierung würde nur dann eine Zulassung erhalten, wenn sich dadurch sowohl die geistige Leistung als auch der Gesamtzustand der Probanden signifikant verbesserte.

Doch der Praxistext zeigte, dass sich die geistige Leistung der Patienten mit Aricept 23, wenn überhaupt, nur minimal verbesserte. Fest steht jedoch: Den Gesamtzustand der Patienten verbesserte die höhere Dosis definitiv nicht. Im Gegenteil. Mit der Einnahme der stärkeren Pillen nahm vor allem die Anzahl gefährlicher Nebenwirkungen deutlich zu.

Seit langem weiß man, dass Cholinesterase-Hemmer keineswegs harmlos sind. Schon in niedriger Dosierung rufen sie zum Teil beträchtliche Nebenwirkungen hervor, darunter Inkontinenz, verlangsamter Pulsschlag, Müdigkeit, Erbrechen, Durchfall und Appetitlosigkeit, Schwindel, Halluzinationen, Verwirrtheit, Muskelkrämpfe, Gewichtsverlust und Kopfschmerzen.

Bei jenen Probanden, die 23 mg verabreicht bekamen, traten diese Effekte noch deutlich häufiger und stärker auf, wie die Studie von Eisai ergab. Allein die Anzahl der Fälle, in denen sich Patienten übergeben mussten, war 3,5 Mal höher als bei der Vergleichsgruppe mit 10 mg Donepezil. Was für manch einen jungen Menschen harmlos klingt ist gerade für Demenzkranke mitunter lebensgefährlich. Denn Erbrechen kann bei ihnen zu Lungentzündung, massiven Magen-

Darm-Blutungen, zum Riss der Speiseröhre und sogar zum Tod führen.

Für die Mediziner und Statistiker der FDA, die mit der Zulassungsprüfung betraut waren, war die Sache damit klar: Keine Zulassung für die höhere Dosis Donepezil. Auch ihr Chef, der Direktor der Abteilung für neurologische Produkte, Russel Katz, konstatierte, dass die Verabreichung der 23 mg Dosis im Vergleich zur 10 mg Dosis mit einem „klaren Anstieg in der Häufigkeit von Arzneimittelschäden“ verbunden sei. Diese seien keine trivialen Ereignisse, so Katz weiter. Vielmehr könne das höher dosierte Präparat bei diesen Patienten zu „signifikanten Morbiditäten und sogar zu erhöhter Sterblichkeit“ führen.

Aus ungeklärten Gründen widersprach sich Katz jedoch später selbst. Aus seiner Sicht, so der FDA-Funktionär, gebe es „starke Hinweise“ darauf, dass die 23 mg Dosis sehr wahrscheinlich auch einen Effekt auf den Gesamtzustand der Patienten habe – auch wenn dies in der Studie nicht direkt gezeigt worden sei. Er „glaube“, so Katz weiter, dass der Sponsor gezeigt habe, dass die 23 mg Dosierung von Aricept effektiv sei, und entschied kurzum: „Ich werde diesem Zulassungsantrag zustimmen“.

Schlag ins Gesicht

Für Verbraucherschützer wie Sidney Wolfe von der US-Organisation Public Citizen ist das Votum von Katz „ein Schlag ins Gesicht“ all jener Personen, die sehr viel mehr Zeit in die Prüfung dieses Medikaments gesteckt haben als ihr Chef.

Und nicht nur das. Gemeinsam mit einem renommierten Mediziner der Johns Hopkins University School of Medicine, dem Geriater Thomas Finucane, forderte Public Citizen die FDA auch in einer Petition auf, Aricept 23 umgehend vom Markt zu nehmen. Das Mittel bringe keinerlei klinische Verbesserung gegenüber der 10-mg-Dosierung. Gleichzeitig aber sei es deutlich toxischer.

Geändert hat sich bisher nichts. Russell Katz ist nach wie vor im Amt – und hält

seine schützende Hand über Aricept. Selten, so Sidney Wolfe, sehe man eine so gefährliche Diskrepanz zwischen dem, was so gut wie jeder in der Neurologie-Abteilung der FDA denke und dem, was ihr Leiter denkt.

Tatsächlich ist die Rolle der FDA im Fall Aricept 23 auch in anderer Hinsicht dubios, wie Schwartz und Woloshin entdeckten. Denn bei Aricept 23 hat die FDA offenbar gleich mehrfach „übersehen“, wie Eisai/Pfizer Betroffene und Ärzte mit übertriebenen Versprechen zum (vermeintlichen) Nutzen des Mittels in Anzeigen und Beipackzettel täuscht.

Denn kurz nach der Zulassung von Aricept 23 starteten Eisai und Pfizer eine groß angelegte Werbekampagne und setzten darin klar sichtbar falsche Informationen in die Welt. So verkündeten die Hersteller zum Beispiel im fett gedruckten Teil einer Anzeige, die sich an Mediziner richtete, dass „Patienten, die pro Tag 23 mg Aricept erhielten, wichtige klinische Verbesserungen in beiden Kriterien wahrnahmen (kognitive und Gesamtfunktion)“.

Eine Aussage, die so offensichtlich irrig ist, dass es einem die Sprache verschlägt, konstatierten Schwartz und Woloshin. Bezeichnenderweise, so die Autoren des BMJ-Artikels, widersprechen sich die Marketingleute von Eisai/Pfizer sogar in ihrer eigenen Anzeige. Auf derselben Seite findet sich nämlich ein weiterer Text mit kleinerer, unauffälliger Schrift, aus dem hervorgeht, die Ergebnisse der Studie in punkto Gesamtfunktion „keine statistische Signifikanz gezeigt haben“.

Mit dem Segen der FDA

Paradoxerweise haben die Arzneimittelhersteller mit ihren überzogenen Lobpreisungen zu Aricept 23 nicht einmal gegen geltendes Recht verstoßen. Zu ihrem eigenen Entsetzen, berichten Schwartz und Woloshin, fand sich die falsche Aussage zur vermeintlich belegten Wirksamkeit der neuen Dosierung nämlich auch im Beipackzettel – und hatte damit den offiziellen Segen der FDA.

US-Regularien sehen nämlich vor, dass die Arzneimittelbehörde jeden Beipackzettel überprüfen und genehmigen muss, bevor der Hersteller sein Produkt auf den Markt bringen darf. Ziel dieser Maßnahme ist es eigentlich, sicherzustellen, dass Pharmafirmen in ihrer Werbung für Arzneimittel bei der Wahrheit bleiben – und Patienten und Konsumenten nicht in die Irre führen.

Der Haken daran ist nur: Der Text mit allen Verabreichungs- und Warnhinweisen wird nicht, wie häufig angenommen, von der FDA verfasst, sondern vom Produzenten des jeweiligen Präparats. Manchmal ein Hersteller wird dadurch dazu verführt, manche Unsicherheiten und Risiken ein wenig zu vertuschen, so Woloshin.

Im Fall Aricept 23 hat der Trick offenbar funktioniert. Erst durch einen Hinweis von Woloshin und Schwartz wurde die FDA auf den Fehler aufmerksam. Allzu betrübt reagierte der zuständige Funktionär Russel Katz jedoch nicht. Sein Team könne sich „nicht mehr erinnern“, wie der entscheidende, fehlerhafte Satz denn „durchgerutscht“ sei. Man habe den Hersteller jedoch umgehend benachrichtigt und dieser habe sich gleich bereit erklärt, ihn aus dem Beipackzettel zu entfernen. „Wir sind immer daran interessiert, den Inhalt und die Klarheit unserer Arzneimittelkennzeichnung zu verbessern und sind dankbar für jeglichen Hinweis auf irreführende oder ungenaue Aussagen“, beteuerte Katz.

Die Folgen der irreführenden Versprechen zu Aricept 23 sind schwer abzuschätzen. Fest steht nur, dass der falsche Beipackzettel reichlich Zeit hatte, seine Wirkung auf alle wichtigen Zielgruppen wie Ärzte, Betroffene, Krankenversicherungen und Selbsthilfegruppen zu entfalten. Erst im März 2012 – mehr als anderthalb Jahre nach der Markteinführung von Aricept 23 – wurde der korrigierte Beipackzettel von der FDA freigegeben.

Das Management von Eisai ist sich keiner Schuld bewusst, wie Schwartz und Woloshin berichten. Als die beiden Forscher das Unternehmen kontaktier-

ten, verwies man sie wiederholt auf die Genehmigung des (falschen Textes) durch die FDA.

Der Fall Aricept, resümieren Schwartz und Woloshin, sei sowohl enttäuschend als auch deprimierend. Natürlich sei Demenz ein schreckliches Leiden. „Das ist aber keine Entschuldigung dafür, schutzlose Patienten, verzweifelte Familienangehörige und deren Ärzte emotional so zu manipulieren, dass sie ein Medikament anwenden, das ihnen höchstwahrscheinlich mehr schadet als nützt.“

Der Geriater Thomas Finucane stellt den Einsatz von Cholinesterase-Hemmer so-

gar generell in Frage. Die Mittel, so der Experte von der Johns Hopkins University School of Medicine, seien weniger aufgrund ihres klinischen Nutzens zu einem Multimilliarden-Erfolg geworden, sondern vor allem aus zwei anderen Gründen: „die verständliche Verzweiflung jener Menschen, die für Patienten mit der Alzheimer-Krankheit sorgen – und eine unerbittliche Werbekampagne durch Pharmafirmen“.

Verfasserin:
Cornelia Stolze
Freie Wissenschaftsjournalistin

ANZEIGE

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. 29)	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
■ 07.12.–08.12.2012	Die Ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen: BREAKING BAD NEWS (weitere Informationen s. S. 8)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Dr. med. Katrin Werner Tel.: 030 / 40806-1403 Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: i.wegner@aekb.de Tel.: 030 / 40806-1402 Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer	17 P
■ 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)

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.

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

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

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

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

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

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

Auffrischkurs zur Vorbereitung auf die Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz

Eine Teilnahme am Auffrischkurs (fakultativ) an den unten aufgeführten Terminen ist derzeit nur für Ärztinnen und Ärzte der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Laboratoriumsmedizin, Neurologie, Praktischer Arzt/Arzt ohne Gebietsbezeichnung, Psychiatrie und Psychotherapie, Transfusionsmedizin sowie Urologie möglich.

Die Wissenskontrollen werden an allen zur Auswahl stehenden Terminen für die oben genannten Fachgebiete angeboten.

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Lutz Pfeiffer

Auffrischkurs: 29.08.2012 sowie 24.10.2012, 16:00-21:00 Uhr

Wissenskontrolle: 05.09.2012, 13.09.2012, 25.10.2012, 01.11.2012;

Beginn 16:00 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt Auffrischkurs: 50,00 Euro, 6 Fortbildungspunkte;

Die Teilnahme an der Wissenskontrolle ist kostenfrei.

Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1209, E-Mail: s.zippel@aekb.de

Berliner Ärzte auch
im Internet:

**www.berliner-
aerzte.net!**

Delegierte beschließen neues Statut des Ombudsmannes

Bericht von der Delegiertenversammlung am 13. Juni 2012

Die letzte Delegiertenversammlung vor der Sommerpause fiel kompakt aus. Dies lag nicht zuletzt daran, dass die Delegierten beschlossen, sich mit der Neufassung der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin erst in der nächsten Delegiertenversammlung im September weiter auseinander zu setzen. Die Zeit bis dahin wollen sie nutzen, um sich mit der vorliegenden 59-seitigen Synopse der Berufsordnung intensiv zu beschäftigen.

Von Sascha Rudat

Wie Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) erläuterte, wurde die Neufassung der Berufsordnung (BO) bereits zweimal vom Vorstand beraten. Die nun vorliegende Version fällt etwas kürzer als die Musterberufsordnung aus. Man habe versucht, die Berufsordnung „so konkret wie möglich“ zu gestalten, um die Verständlichkeit und Anschaulichkeit zu erhöhen. Jonitz räumte aber ein, dass diese Konkretisierung nicht an allen Stellen möglich sei. Die derzeit noch gültige Berufsordnung stammt aus dem Jahr 2005 und wurde zuletzt 2009 mit dem 4. Nachtrag geändert. BERLINER

ANZEIGE

ÄRZTE wird die BO-Neufassung näher vorstellen, wenn sie von der Delegiertenversammlung beraten und verabschiedet wird.

Ombudsmann berichtete

Die Vertrauensperson für Weiterbildungsfragen („Ombudsfrau/-mann“), Klaus Thierse (Marburger Bund), berichtete von ihrer bisherigen Arbeit. Meist gehe es um allgemeine Fragen zur Weiterbildung, die er entweder selbst beantwortet habe oder durch Verweis an den zuständigen Weiterbildungsausschuss klären können. Daneben gibt es laut Thierse die Gruppe mit Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, die konkrete Probleme mit ihrer Weiterbildungsstätte oder ihren Weiterbildern haben. Außerdem wenden sich auch immer wieder Befugte an den Ombudsmann – sei es, weil sie Probleme mit einem Weiterbildungsassistenten haben, sei es weil sie die Weiterbildung in ihrer Klinik nicht so durchführen können wie sie es möchten.

In der Neufassung des Statuts des Ombudsmannes, die von allen Delegierten Zustimmung fand, wird deshalb noch einmal explizit festgehalten, dass der Ombudsmann gleichberechtigt auch für Weiterbildungsbefugte tätig werden kann. Das Statut macht zudem deutlich, dass die Tätigkeiten des Ombudsmannes „vertraulichen Charakter auch gegenüber der Ärztekammer haben, wenn



der/die Ratsuchende nichts anderes wünscht. Die Ärztekammer stellt der Vertrauensperson die notwendigen Informationen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zur Verfügung. Die Vertrauensperson hat das Recht zur Akteneinsicht in Weiterbildungsfragen und kann bei den Weiterbildungsausschüssen und dem Vorstand Informationen und Einschätzungen einholen, sofern eine schriftliche Einverständniserklärung der/des Ratsuchenden vorliegt.“ Thierse begrüßte die Neufassung des Status als gute Grundlage für seine weitere Arbeit. Gleichwohl hätte er sich weitergehende Befugnisse bei den Möglichkeiten zur Akteneinsicht gewünscht.

Daneben verabschiedeten die Delegierten eine Vorschlagsliste mit 21 Prüferinnen und Prüfern für Weiterbildungsprüfungen einstimmig. Ebenfalls einstimmig wurde der vorgelegte Tätigkeitsbericht 2011 abgesegnet.

Nach dieser kurzen, aber inhaltsreichen Sitzung hatten die Delegierten die Möglichkeit, sich im Sitzungssaal am EM-Gruppenspiel Deutschland-Niederlande zu erfreuen.

Die nächste Delegiertenversammlung findet am **26. September 2012** um 20.00 Uhr in der Ärztekammer Berlin statt.

Das unbekannte deutsche Gesundheitswesen

Sie kommen aus Osteuropa, Arabien, Zentralasien, Lateinamerika oder anderen Regionen der Welt: Junge ausländische Ärztinnen und Ärzte, die in Deutschland eine Fort- oder Weiterbildung absolvieren. Über das deutsche Gesundheitswesen, die Rahmenbedingungen der sie erwartenden Ausbildung oder rechtliche und administrative Aspekte des Klinikalltags hierzulande wissen sie am Anfang nur wenig, manchmal gar nichts. Doch auch nach Jahren besteht bei vielen von ihnen noch großer Informationsbedarf. Das wurde zur Motivation für die Kaiserin Friedrich-Stiftung (KFS), eine in Deutschland bislang einmalige Fortbildungsveranstaltung für ausländische Ärztinnen und Ärzte ins Leben zu rufen. Der zweitägige Kompaktkurs mit dem Titel „Das deutsche Gesundheitswesen“ fand zum ersten Mal im Juni in den stilvollen Räumen des Kaiserin Friedrich-Hauses in Berlin-Mitte statt – mit mehr als 100 Teilnehmern aus 33 Staaten.

Von Klaus Fleck

Wir wollen mit diesem Kurs ein „Zeichen setzen“, sagt Dr. med. Gisela Albrecht, Geschäftsführerin der KFS. „Denn wir sehen diesbezüglich einen großen Informationsbedarf, da bei der klinischen Ausbildung ausländischer Kollegen vieles einfach nicht rund läuft. Kenntnisse über die Strukturen des deut-

schen Gesundheitswesens, die relevant für ihre Arbeit und Ausbildung sind, erhalten diese Kollegen im Klinikalltag gerade mal nebenbei oder gar nicht.“ Gewonnen habe die KFS diesen Eindruck über Jahre hinweg, insbesondere durch die von der Stiftung geleistete persönliche Betreuung von Stipendiaten an Berliner Kliniken.

Das waren die Inhalte des Kompaktkurses: Der erste Tag gab einen Überblick über die ärztlichen Standesorganisationen (Ärztékammern, Kassenärztliche Vereinigungen), die Krankenversicherungssysteme, stationäre Gesundheitsversorgung, Qualitätssicherung, Rehabilitationswesen und Kuren sowie Sozialmedizin und Berufsgenossenschaften. Am zweiten Tag ging es dann um die Weiterbildung zum Facharzt (Weiterbildungsordnung, Logbuch, Zeugnisse), die Grundlagen des deutschen Medizinrechts und die Dokumentationspflichten. Zum Abschluss fand ein zweistündiges Kommunikationstraining statt, bei dem mit Hilfe einer Simulationspatientin ein Arzt-Patienten-Gespräch geführt und ausführlich analysiert wurde. Die ehrenamtlich tätigen, hochrangigen Referenten des für die Teilnehmer kostenlosen Kurses kamen u.a. von der Ärztekammer Berlin und anderen Institutionen des Gesundheitswesens, sowie auch aus der Chefarzteebene. Finanziell unterstützt wurde die Veranstaltung von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.



Zum Kompaktkurs gehörte auch ein Kommunikationstraining für Arzt-Patienten-Gespräche.

Gisela Albrecht sieht vielfältige Defizite, besonders in der Weiterbildung. Das fange schon bei den schwer zu durchschauenden Bestimmungen zur Anerkennung im Ausland erworbener Abschlüsse an, wobei diese Regelungen auch noch von Bundesland zu Bundesland differierten – zumindest vor dem 1. April 2012. Es gehe weiter mit dem Weiterbildungskatalog: Während bereits deutsche WB-Assistenten oft dafür kämpfen müssten, die Voraussetzungen zur Erfüllung der vielen geforderten Leistungen zu erhalten, um ihr Logbuch vom Chefarzt abgezeichnet zu bekommen, sei das für ausländische Ärzte noch viel schwieriger. „An sie wird nicht selten zuletzt gedacht – erst recht, wenn vielleicht ihre Deutschkenntnisse noch Lücken aufweisen. Oder sie werden unzureichend darüber aufgeklärt, was ihre Rechte und Pflichten sind und was die Weiterbildungsordnung überhaupt vorschreibt – etwa mit dem Ergebnis, dass sie dann zum Ende ihrer Assistenzzeit große Lücken im Logbuch haben.“ Besonders schlimm sei es, wenn die ausländischen Kollegen im Stationsbetrieb für Arbeiten herangezogen werden, die eigentlich von nicht-ärztlichem Personal zu erledigen wären.

„Ein Kurs wie dieser kann natürlich solche Defizite nicht beseitigen“, sagt Gisela Albrecht. „Er kann aber zumindest dazu beitragen, unser kompliziertes deutsches Gesundheitssystem sowie die Besonderheiten der ärztlichen Weiterbildung – mit der Verknüpfung von Arbeit und Ausbildung – besser zu verstehen, auch um sich gegebenenfalls mutiger durchzusetzen.“

Positive Resonanz

Von den mehr als 100 Teilnehmern wurde die Veranstaltung mit überwiegend sehr positiver Resonanz angenommen. „Vor allem die Vorträge mit einem direkten Bezug zu unserer Ausbildung und zum Klinikalltag fand ich sehr interessant und nützlich für mich“, urteilt Elena Mikheeva aus Russland, die seit dem vergangenen Winter als Assistenzärztin in

einer Berliner Klinik arbeitet. „Etwa die Erläuterungen zur Weiterbildungsordnung und zu den juristischen Aspekten unserer Tätigkeit sowie das Kommunikationstraining für Arzt-Patienten-Gespräche.“

Noch besser hätte die russische Ärztin es allerdings gefunden, wenn ausführlicher über die seit diesem Frühjahr neuen gesetzlichen Bestimmungen zur Erteilung der Approbation an Ärzte aus Nicht-EU-Ländern informiert worden wäre.

Interview mit dem Präsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, zur Situation ausländischer Ärzte in Deutschland

BÄ: Wie beurteilen Sie die Situation ausländischer Weiterbildungsassistenten in Deutschland – wo gibt es Probleme und Handlungsbedarf?

Jonitz: Da gibt es sicherlich eine Spannweite, die man sich anschauen muss. Die Situation für eine/n ausländischen EU-Ärztin/Arzt stellt sich anders dar als für einen mit einem großzügigen Stipendium versehenen Arzt aus Saudi-Arabien oder einen Arzt aus beispielsweise China. Zudem ist die Situation ja immer geprägt von den Gegebenheiten vor Ort in den Kliniken bzw. Weiterbildungsstellen.

Ideal wäre es sicherlich, wenn ausländische Ärzte eine Anlaufstelle in jeder Klinik hätten, die sie mit den relevanten Informationen und Unterstützung auch bei ganz praktischen Fragen wie erforderlichen Behördengängen (Ausländerbehörde, Landesamt für Gesundheit und Soziales [LaGeSo], Ärztekammer Berlin [ÄKB]) bis hin zum Thema Spracherwerb versorgt. Gleichzeitig hätte man so in den Kliniken einen Überblick über die Anzahl der ausländischen ärztlichen Mitarbeiter und ggf. auftretende Probleme.

BÄ: Inwieweit kann die Ärztekammer Berlin persönlicher Ansprechpartner für ausländische Ärzte sein? Und sind konkrete, neue Initiativen von Seiten der Ärztekammer Berlin geplant, um ausländische Ärzte mehr zu unterstützen bzw. deren Integration zu verbessern?

Jonitz: Die Ärztekammer ist Ansprechpartner bei zwei Themenbereichen: Kammermitgliedschaft und Weiterbildung. Zur Kammermitgliedschaft sind ausländische Ärzte aufgefordert, sich nach Erhalt der Approbation bzw. Berufserlaubnis (Zuständigkeit: LaGeSo) bei der ÄKB anzumelden.

Ausländische Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten können sich zwecks Beratung und natürlich für die Antragstellung (z.B. auf die Anerkennung von im Ausland erbrachten Weiterbildungszeiten) an die Abteilung Weiterbildung der ÄKB wenden.

Informationen zu beiden Themenbereichen finden sich auf unserer Homepage. Wir haben ein weitreichendes telefonisches Beratungsangebot eingerichtet und bieten ergänzend persönliche Beratungs- und Besucherzeiten an (Zeiten: Mittwochs 14:00 - 19:30 Uhr, donnerstags 09:00 - 13:00 Uhr).

Seit rund zwei Jahren gehen wir bei Anfrage auch direkt in Krankenhäuser und informieren in einer Veranstaltung vor Ort über alle relevanten WB-Aspekte wie Weiterbildungsregularien, Logbuch, Prüfung u.a. Dieses Angebot kommt natürlich allen Weiterbildungsassistenten (wie auch den Befugten) zugute, da neben der Informationsvermittlung auch Hemmschwellen abgebaut werden.

In Planung ist zudem ein Informationsflyer, der die relevanten Informationen für ausländische Ärztinnen und Ärzte bündelt. Die Veranstaltung bei der Kaiserin Friedrich-Stiftung hat den Bedarf dafür erneut verdeutlicht.

„Darüber hinaus war es für mich wichtig, durch diesen Kurs die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch mit anderen ausländischen Weiterbildungsassistenten gehabt zu haben. Das würde ich mir öfters wünschen.“ An ihrem Arbeitsplatz fühle sie sich wohl und habe hinsichtlich Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Kollegen bisher nur gute Erfahrungen gemacht.

„Auf eine solche Veranstaltung habe ich lange gewartet“, ist der Kommentar von Irina Richter aus der Ukraine zum Kurs. „Ich bin nun schon längere Zeit in Berlin und weiß, wie schwer es vor allem am Anfang ist, die Bedingungen und Regularien der ärztlichen Ausbildung und Tätigkeit zu verstehen – insbesondere, wenn man aus einem Nicht-EU-Land kommt. Da hilft so ein Kurs schon sehr.“

Ihr Landsmann Iurii Snopok, der eine Assistenzarztstelle in Solingen hat, fände es gut, wenn Informationsveranstaltungen dieser Art auch in anderen Bundesländern angeboten würden: „Es gibt so viele ärztliche Fortbildungen in

den Kliniken, aber so gut wie keine, die den vielen jungen ausländischen Ärzten wie mir erklären, wie das deutsche Gesundheitssystem funktioniert – das sich nämlich von den Systemen unserer Herkunftsländer oft total unterscheidet.“

Wenn ausländische Mediziner am Anfang ihrer Klinikzeit in Deutschland stehen, können vor allem auch Sprachprobleme ein limitierender Faktor sein. „Die Leute in der Ärztekammer und anderswo, die mich beraten haben, waren durchaus nett zu mir“, sagt eine Ärztin aus Usbekistan. „Noch besser wäre es aber, wenn mehr Rücksicht darauf genommen würde, dass unser Deutsch am Anfang noch nicht perfekt ist.“

„Obwohl ich schon sechs Jahre hier in der Weiterbildung bin, habe ich durch den Kurs noch viel Neues erfahren – das ich eigentlich gerne schon viel früher gewusst hätte“, sagt der aus dem Jemen kommende Sakhr Al-Sanabani. Auch bei ihm waren es über die Jahre oft Fragen zu Weiterbildungsrege-

lungen, auf die er nicht immer eine Antwort fand. Er hat den Eindruck, dass die Kommunikation zwischen den Behörden verbessert werden muss, um mehr Klarheit für Weiterbildungsassistenten aus dem Ausland zu schaffen. Auch fände er es gut, wenn es bei der Ärztekammer jemanden gäbe, der ganz speziell für die Belange ausländischer Ärzte da ist.

Die Veranstalterin des zweitägigen Kompaktkurses ist beeindruckt von der Resonanz. „Wir glauben, dass wir mit dieser Veranstaltung bei unseren ausländischen Kollegen ins Schwarze getroffen haben“, sagt Gisela Albrecht von der Kaiserin Friedrich-Stiftung. Der Kurs werde nächstes Jahr wiederholt werden, wobei die vielfältigen Feedbacks Berücksichtigung fänden. „Die ausländischen Ärzte bereichern uns und unsere Medizin und sollen sich in Deutschland willkommen fühlen.“

Verfasser:
Dr. med. Klaus Fleck
Medizinjournalist

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Mai und Juni 2012 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Fawaz Al Balushi	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	29.05.12
Meshal Al-Shammari	FA Urologie	29.05.12
Sharifah Almufleh	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	30.05.12
Yunus Ayral	FA Innere Medizin	30.05.12
Alexandra Baron	FA Allgemeine Chirurgie	19.06.12
Frederic Bauer	FA Innere Medizin	30.05.12
Andre Baumgartner	FA Kinder- und Jugendmedizin	06.06.12
Meike Behnke	FA Neurologie	08.05.12
Tobias Bergemann	FA Innere Medizin	27.06.12
Dr. med. Richard Bergholz	FA Augenheilkunde	13.06.12
Dr. med. Stefanie Berndt	FA Augenheilkunde	09.05.12
Dr. med. Elias Berning	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.05.12
Dr. med. Nina-Barbara Black	FA Innere Medizin	13.06.12
Birgit Bläse	FA Innere Medizin	16.05.12
Dr. med. Juliane Bolbrinker	FA Klinische Pharmakologie	23.05.12
Dr. med. Norbert Bradtke	FA Innere Medizin und Geriatrie	13.06.12
Dr. med. Astrid Bettina Bröcheler	FA Anästhesiologie	26.06.12
Dr. med. Agnieszka Cosse	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.06.12
Dr. med. Jessica Dienst	FA Innere Medizin	23.05.12
Dr. med. Gisela Dinsel	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	23.05.12
Dr. med. Tina Herb	FA Innere Medizin	13.06.12
Dr. med. Katleen Just	FA Innere Medizin	16.05.12
Anna Maria Dückelmann	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27.06.12
Kerstin Empen	FA Psychiatrie und Psychotherapie	12.06.12
Dr. med. Eric Hahn	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.06.12
Dr. med. univ. Lukas Fend	FA Innere Medizin	23.05.12
Eva Maria Finck	FA Diagnostische Radiologie	18.06.12
Dr. med. Robert Fischer	FA Innere Medizin	16.05.12
Dr. med. Frank Fliegert	FA Klinische Pharmakologie	23.05.12
Christopher Freund	FA Innere Medizin	13.06.12
Dr. med. Patrick Freyhardt	FA Radiologie	31.05.12
Dr. med. Patrick Robert Gahr	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.05.12
Insa Gangey	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.05.12
Dr. med. Maren Gerhardt	FA Innere Medizin	23.05.12
Ines Gögelein-Mahfouz	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.06.12
Dr. med. Angela Götz	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	30.05.12
Monica-Laura Gross	FA Innere Medizin	27.06.12
Uta Grzelak	FA Augenheilkunde	13.06.12
Andreas Hapatsch	FA Innere Medizin	27.06.12
Dr. med. Sven Heinrich	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	20.06.12
Alrun Herfurth	FA Allgemeinmedizin	23.05.12

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr./Univ. PD Amro Homssi	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.05.12
Huijuan Huang-Tiel	FA Allgemeinmedizin	23.05.12
Dr. med. Anja Ingwers	FA Kinder- und Jugendmedizin	20.06.12
Dr. med. Julia Kaethner	FA Kinder- und Jugendmedizin	23.05.12
Stefan Karakaya	FA Innere Medizin	30.05.12
Dr. med. Caroline-Natalie Kempf	FA Kinder- und Jugendmedizin	20.06.12
Dr. med. Maria Kensche	FA Psychiatrie und Psychotherapie	10.05.12
Dr. med. Annett Khatami	FA Nervenheilkunde	12.06.12
Tatiana Kisselevsky	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.06.12
Robin Kleinwächter	FA Anästhesiologie	26.06.12
Dr. med. Edda Klotz	FA Anästhesiologie	14.05.12
Wulf Knie	FA Innere Medizin	13.06.12
Dr. med. Grzegorz Kofla	FA Innere Medizin	27.06.12
Dr. med. Thomas Kokocinski	FA Innere Medizin	30.05.12
Dr. med. Melanie Pia Kolanczyk	FA Allgemeinmedizin	12.06.12
Robert Krätschell	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27.06.12
Martin Krebs	FA Anästhesiologie	21.05.12
Dr. med. Dirk Kudlicz	FA Innere Medizin	27.06.12
Dr. med. Alexander Kühl	FA Innere Medizin	13.06.12
Dr. med. Kerstin Lampe	FA Radiologie	14.06.12
Piyanart Lapcharoen-Elsner	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	20.06.12
Dr. med. Heidi Linnen	FA Anästhesiologie	26.06.12
Prof. Dr. med. Jan Lünemann	FA Neurologie	19.06.12
Dr. phil. Christiane Mahbub	FA Allgemeinmedizin	22.05.12
Denise Markmann	FA Innere Medizin	30.05.12
Johanna Marquard	FA Innere Medizin	13.06.12
Dr. med. Juliane Marschke	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	30.05.12
Srbuhi Martirosyan	FA Radiologie	18.06.12
Dr. med. Anja Rebecca Martschick	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.06.12
Christopher Mast	FA Innere Medizin	16.05.12
Dr. med. Stephan Mathas	FA Innere Medizin	23.05.12
Markus Mensing	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.05.12
Michael Müller	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.05.12
Dr. med. Nadja Hartlich	FA Augenheilkunde	09.05.12
Dr. med. Sebastian Müller	FA Kinder- und Jugendmedizin	23.05.12
Daniel Schneider	FA Innere Medizin	16.05.12
Michael Ney	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	23.05.12
Thomas Ocker	FA Anästhesiologie	14.05.12
Dr. med. Ralf Otto-Knapp	FA Innere Medizin	13.06.12
Dr. med. Christian Paetow	FA Innere Medizin	16.05.12
Semra Parlayan	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.06.12
Dr. med. Kerstin Pfister	FA Psychiatrie und Psychotherapie	10.05.12

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Tobias Polch	FA Innere Medizin	13.06.12
Dr. med. Maximilian Posch	FA Innere Medizin	30.05.12
Dr. med. Damaris Praeger	FA Innere Medizin	30.05.12
Dr. med. Matthias Prager	FA Innere Medizin	27.06.12
Dr. med. Ulrike Riegelmann	FA Innere Medizin	16.05.12
Dr. med. Thomas Kenji Rieger	FA Innere Medizin	30.05.12
Dr. med. Torsten Roediger	FA Neurochirurgie	24.05.12
Nadja Ruhbach	FA Nervenheilkunde	19.06.12
Dr. med. Gerrit Scherf	FA Psychiatrie und Psychotherapie	12.06.12
Dr. med. Sandra Schneider	FA Innere Medizin	23.05.12
Dr. med. Bernhard Schoensee	FA Urologie	29.05.12
Dr. med. Cornelia Scholle	FA Innere Medizin und Nephrologie	09.05.12
Dorothea Scholle	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27.06.12
Dr. med. Markus Schomacher	FA Neurochirurgie	24.05.12
Ulrike Schönfeld	FA Allgemeinmedizin	22.05.12
Kerstin Schroller	FA Anästhesiologie	21.05.12
Martin Schwarz	FA Radiologie	31.05.12
Dr. med. Sabine Schwarz	FA Nervenheilkunde	26.06.12
Dr. med. Andreas Schwitzke	FA Innere Medizin und Geriatrie	13.06.12
Dr. med. Ina Schymik	FA Kinder- und Jugendmedizin	23.05.12
Dr. med. Bettina Seeberg	FA Innere Medizin	30.05.12
Andy Seipold	FA Anästhesiologie	14.05.12
Dr. med. Eberhard Siebert	FA Radiologie	14.06.12
Dr. med. Stefan Siegel	FA Psychiatrie und Psychotherapie	10.05.12

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Sebastian Sommerfeld	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	02.05.12
Anne Sonnenschein	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.06.12
Ivonne Stadelmann	FA Kinder- und Jugendmedizin	23.05.12
Dr. med. Alexander Stellfeldt	FA Allgemeinmedizin	23.05.12
Dr. med. Christian Stofft	FA Innere Medizin und Geriatrie	13.06.12
Marko Stuhr	FA Innere Medizin	13.06.12
Dr. med. Fabian Tetzner	FA Anästhesiologie	26.06.12
Miltiadis Theodoridis	FA Augenheilkunde	13.06.12
Katharina von der Ecken	FA Allgemeinmedizin	22.05.12
Dr. med. Anne Wagner	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	30.05.12
Dr. med. Philipp Moritz Wagner	FA Radiologie	14.06.12
Dr. med. Juliane Wauer	FA Kinder- und Jugendmedizin	06.06.12
Dr. med. Elisabeth Weber	FA Innere Medizin	16.05.12
Dr. med. Sascha Weiß	FA Chirurgie	19.06.12
Dr. med. Mario Weitz	FA Innere Medizin	16.05.12
Dr. med. Slatomir Joachim Wenske	FA Chirurgie	19.06.12
Dr. med. Susan Wnuck	FA Allgemeinmedizin	12.06.12
Shadi Younes	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27.06.12
Dr. med. Rüdiger Zorn	FA Innere Medizin	16.05.12

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

ANZEIGE

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall Gleitmittel in Spritzen

Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 20 Berliner Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu betreiben die Kliniken nicht nur intern ein Fehlerberichts- und Lernsystem, sondern berichten aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System):

In anonymisierter Form werden im CIRS-Berlin Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden gesammelt. Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen. Insbesondere praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Schäden werden im Anwender-Forum des Netzwerks ausgetauscht. Damit auch andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in Berliner Ärzte veröffentlicht.



Aus der orthopädischen Abteilung eines Krankenhauses wird das folgende Ereignis berichtet:

„20 ml Standardspritze wurde aufgezo- gen, die Kolbenstange aus Versehen fast vollständig herausgenommen und an- schließend wieder tiefer eingesteckt.“ Vor der geplanten Injektion werden dann „Kunststoffpartikel in der Flüssig- keit“ erkannt und die Spritze daher ver- worfen. Nach Angaben der oder des Berichtenden tritt ein solches Ereignis sehr häufig (täglich) auf. In der Klinik wurde diesem Fall weiter nachgegan- gen. Die/der Berichtende schreibt wei- ter:

„Nach Rücksprache mit der Hersteller- firma konnte aufgeklärt werden, dass es sich um Partikel des Gleitmittels handelt. Wenn die Kolbenstange beim Aufziehen der Spritze zurückgezogen wird, wird das Gleitmittel hinter die Kolbenstange geschoben. Wird die Kolbenstange vollständig herausgezo- gen, gelangt das Gleitmittel in die Flüssigkeit und bildet diese Partikel. Daher empfiehlt es sich die Spritzen nur entsprechend der Vorgaben aufzuziehen

und Spritzen, deren Kolbenstange beim Aufziehen herausgezogen wurde, nicht weiter zu verwenden.“

Spritzen kann man verwechseln oder Medikamente falsch aufziehen, z. B. mit einer zu hohen oder zu niedrigen Dosis. Vermutlich gehören diese Fälle zu den am häufigsten auftretenden Fehlern im Zusammenhang mit der Injektion von Medikamenten. Im aktuellen Fall geht es jedoch um eine falsche Handhabung ei- ner Spritze.

Kommentar und Hinweise des Anwender-Forums des Netzwerk CIRS-Berlin:

Zu den wichtigen Anmerkungen aus der berichtenden Klinik möchten wir noch hinzufügen:

Meistens enthalten Spritzen als Gleit- mittel eine ölige Flüssigkeit; allerdings gibt es auf dem Markt auch Gleitmittel- freies Material. Eine Injektionslösung, die sichtbare Ausflockungen oder Partikel enthält, darf auf keinen Fall mehr injiziert werden. Es besteht das Risiko der Unverträglichkeit als Reaktion

auf Substanzen, die nicht zur intravenö- sen Applikation vorgesehen sind.

Weitere Risiken:

1. Fehlende Sterilität der Injektionslösung (und die ggf. nach- folgenden Probleme einer Infektion).
2. Unterdosierung: Womöglich ist die Menge des Medikamentes nicht mehr korrekt, wenn beim Herausziehen des Kolbens Injektionslösung ausläuft.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Auch ein vermeintlich einfaches System, wie eine Injektionsspritze, ist nur gemäß Hersteller-Angaben anzuwenden – in diesem Fall heißt das: **Sobald der Kolben aus der Spritze ganz oder fast herausge- zogen ist, Spritze werfen und das Medikament mit einer neuen Spritze aufziehen.**

Kontakt:
Dr. med. Barbara Hoffmann
E-Mail: b.hoffmann@aekb.de

Das folgenschwerste Musikerleiden: Die fokale Dystonie

Musiker leben gefährlich. Ihre Instrumente können zu Folterwerkzeugen werden. Sogar musizierende Ärzte wissen meist nicht viel von den Beschwerden der Berufsmusiker durch somatische und psychische Überforderung. Am meisten gefürchtet ist ein neurologisches Leiden, das bisher nicht heilbar und nur unzulänglich zu behandeln ist: die Musiker-Dystonie. Diese tätigkeitsspezifische Bewegungsstörung kann das Ende der Karriere bedeuten – wie es einst dem angehenden Klaviervirtuosen Robert Schumann erging (Seite 40).

Pianisten und Gitarristen trifft es am häufigsten; es folgen Geiger und Bratscher, Flötisten, Klarinettenisten und Blechbläser. Die Störung ist häufiger als man bisher annahm. Etwa jeder hundertste Berufsinstrumentalist entwickelt eine fokale Dystonie, auch Musikerdystonie oder Musikerkrampf genannt.

Dann versuchen sie, ins Mekka der gehandicapten Musiker zu gelangen – nach Hannover. Die meisten Erfahrungen mit diesem schlimmsten Musikerleiden hat wohl Eckart Altenmüller, seit 1994 Universitätsprofessor und Direktor des Instituts für Musikerphysiologie und Musikermedizin an der Hochschule für Musik und Theater Hannover. Voraussetzung war sein Doppelstudium der Medizin und Musik (Hauptfach Querflöte, bei Nicollet in Freiburg) und die Weiterbildung zum Neurologen (bei Dichgans in Tübingen); Voraussetzung für die Erforschung, Prävention und Behandlung von Musikerkrankheiten, vor allem der neurologischen. Die Nervenkompressionssyndrome etwa der Geiger oder Bratscher mit ihrer übermäßigen Flexion des Handgelenks sind aber nichts gegen die Musikerdystonie.

Nach dem Berliner Benefizkonzert der deutschen Gesellschaft für Dystonie konnte BERLINER ÄRZTE mit Altenmüller sprechen. Grundlage dieses Beitrags sind neben dem kurzen Gespräch einige seiner



Eckart Altenmüller

Publikationen (gemeinsam mit Hans-Christian Jabusch, Professor und Direktor des Instituts für Musikermedizin der Dresdner Hochschule für Musik) und die Publikationen der Dystoniegesellschaft.

Nur beim Spielen krampft der Finger

Vom Musikerkrampf betroffen sind mindestens viermal so viele Männer als Frauen; fast nur solche, die klassische Musik spielen. Denn dabei kommt es weit mehr auf Präzision an als in der Jazz- oder Popmusik. (Oder auch bei den Phantasien, für deren Spiel Schumann auch noch mit seinem Handicap viel bewundert wurde.) Wie der Schreibkrampf ist die – häufigere – Musikerdystonie tätigkeitsspezifisch. Sie überfällt die Musiker nur beim Spielen, und sie ist „charakterisiert durch den Verlust der feinmotorischen Kontrolle bei Bewegungen, die jahrzehntelang geübt wurden und ein Höchstmaß an zeitlicher und räumlicher Präzision erfordern“, schreiben Altenmüller und Jabusch. („Neurologische Erkrankungen bei Musikern“ in: *Der Neurologe & Psychiater* 12/2008, S. 3-9.)

Die Betroffenen vermuten oft einen Übungsmangel und üben dann noch länger und intensiver, was den Kontrollverlust nur verschlimmert. Übertrieben langes Üben aus Perfektionsdrang kann die Bewegungsstörung sogar verursachen. Schmerz ist nicht typisch für die Musikerdystonie. Ebenso wie ein Trauma oder ein Kompressionsyndrom kann er aber die Dystonie fördern. Und Schmerz kann auch Folge der Überanstrengung beim Spielen mit der dystonen Hand sein.

Pathogenese hypothetisch – Diagnose schwierig

Nur ein paar Worte zur Pathogenese, die noch nicht völlig geklärt ist. Nach neueren Studien mit Musikerfamilien ist der genetische Faktor stärker als bisher gedacht. Hypothetisch ist noch, auf welche Weise die Dystonie im Gehirn zustande kommt. Jedenfalls sind die sensomotorischen Steuerprogramme gestört. Offenbar sind die Repräsentationen der einzelnen Finger in den benachbarten Arealen der Handregion in der Großhirnrinde fusioniert. Außer nachgewiesenen Inhibitions-mängeln verschiedener Art im ZNS werden sensorische Defizite und eine unvollständige sensorisch-motorische Integration diskutiert. (Genauerer in der Übersichtsarbeit von Altenmüller und Jabusch: „Focal Dystonia in Musicians. Phenomenology, Pathophysiology, Triggering Factors, and Treatment“ in: *Medical Problems of Performing Artists*, Vol. 25, März 2010, S. 3-9.)

Die Diagnose wird oft erst sehr spät gestellt – weil die Betroffenen ihr Leiden so lange wie möglich verbergen; weil es zu wenig bekannt ist; weil es so schleichend beginnt: mit kleinen Unregelmäßigkeiten, zuerst oft nur in schnellen und schwierigen Passagen, als Vorboten. Die Symptome können auch wieder verschwinden, und sie verstärken sich bei Schlafdefiziten und Alkoholexzessen.

Es braucht erfahrene Spezialisten, um die Diagnose zu stellen. Bei ihnen genügt eine ausführliche Anamnese und die klinische – besser „arbeitsmedizinische“ – Untersuchung des Patienten, immer mit seinem Instrument. Die Musikerdystonie ist zwar



Dystoner Mittelfinger

eine neurologische Krankheit, aber, so Altenmüller und Jabusch: „Die neurologische Untersuchung erbringt in der Regel keine pathologischen Befunde; dies gilt auch für eine darüber hinausgehende apparative Diagnostik.“

Schwächste Dosen des stärksten Giftes...

Heilbar sind nur die 20 Prozent sekundären Dystonien, sofern die ihnen zugrunde liegenden Nervenverletzungen oder -krankheiten erfolgreich behandelt werden können. Die fokalen Musikerdystonien lassen sich bisher nur symptomatisch behandeln, zum Teil mit guter, wenn auch nicht dauerhafter Wirkung. Laut einer Follow-up-Studie musste über die Hälfte der Behandelten nach spätestens acht bis zehn Jahren den Beruf aufgeben. Behandlungsziel ist es, die eingefahrenen dystonen Bewegungsmuster zu lockern und wenn möglich durch neue zu ersetzen.

Die heutige Therapie der Wahl: Lokale Injektionen mit dem stärksten bekannten Gift, dem Botulinumtoxin – aber in winzigsten, individuell genau angepassten Dosen. (Für Bläserdystonien leider nicht geeignet.) Auch den exakten Ort der Injektion zu finden, ist entscheidend wichtig. Ein Video, aufgenommen mit Slow-motion-Darstellung, hilft, den Bewegungsablauf am Instrument zu analysieren. So wird verhindert, dass man statt in die krampfenden Muskelfasern womöglich in die kompensierenden Muskeln spritzt, was die Symptome verstärken

würde. Altenmüller und Jabusch injizieren Botulinumtoxin unter elektromyografischer Kontrolle. In einer eigenen Studie profitieren 57 Prozent der Patienten mit einer Handdystonie langfristig von diesen Injektionen. Sie müssen aber alle drei bis fünf Monate wiederholt werden.

Alternativ oder zusätzlich kommt die orale Gabe eines Anticholinergikums (am besten Trihexyphenidyl) in Frage, aber nur bedingt – wegen der Nebenwirkungen und weil es die Symptome nur bei einem Drittel der betroffenen Musiker langfristig bessert. Noch in der Erprobung sind langwierige verhaltenstherapeutische und pädagogische Retrainingprogramme. Altenmüller und Jabusch geben auch an, was langfristig *keine* Wirkung auf die Musikerdystonie hat: Akupunktur, Physiotherapie, Massagen, Elektrotherapie; oder

auch Psychotherapie als einzige Behandlung. Letztere kann jedoch als Krisenintervention nötig sein, weil die Diagnose Fokale Dystonie betroffenen Musikern einen großen Leidensdruck bringt. (Psychogen ist übrigens nur jede hundertste Musikerdystonie, sagte uns Altenmüller auf Anfrage.)

Die Risikopersönlichkeit mit Neigung zu Ängsten und zum Perfektionismus wird Psychotherapie nicht ändern können. Die Musikermediziner möchten aber die Musikausbildung und das Publikum ändern. Alle orientieren sich am falschen Vorbild der artifizell auf Perfektion getrimmten Musikkonserven als „Goldstandard“. Das weckt unrealistische Erwartungen und stresst die Musiker. Der Beitrag von Altenmüller und Jabusch in „Medical Problems in Performing Artists“ schließt wörtlich:

„We...should correct our expectations and listening habits, replacing the fascination of mere perfection and virtuosity with the joy of emotional communication shared with the audience and musicians.“

Rosemarie Stein

Quellen für weitere Informationen

Unter den 1.600 Mitgliedern der Deutschen Dystonie-Gesellschaft e.V. bilden die etwa 50 Musiker eine Minderheit, aber eine besonders schwer betroffene. Denn vielen ist ihr Beruf, vielleicht noch mehr als Ärzten, zugleich Berufung, und jeder zweite von einer fokalen Dystonie Geschlagene muss den Beruf früher oder später aufgeben. Wie Alexander Müller, der statt Geiger nun Ingenieur wurde – und Ansprechpartner für Musiker in der Deutschen Dystonie-Gesellschaft. Die ist zwar überwiegend eine Patientenvereinigung, aber Ärzte sind als Mitglieder hochwillkommen. Und Ärzte, vor allem Neurologen, dominieren den Wissenschaftlichen Beirat. Die Verbandszeitschrift „Dystonie aktuell“ lässt ahnen, welch hohes Niveau das Wissen vieler Mitglieder über ihre eigene Krankheit haben dürfte. Gute Informationen bieten auch die Flyer und Broschüren der Gesellschaft über die verschiedenen Formen der Dystonie wie z. B. Schiefhals, Lidkrampf, Schreibkrampf. Auch Ärzte können sie anfordern. Adressen von Spezialisten kann man dort oder bei Alexander Müller erfragen; speziell für Berlin beim Kurt Singer-Institut, das derzeit aber (seit Jahren ohne Direktor) nur beschränkt erreichbar ist.

Deutsche Dystonie-Gesellschaft e.V.:
www.dystonie.de, Telefon: 040 87 56 02

Alexander Müller, E-Mail: alexander.mueller@rg.dystonie.de

Kurt Singer-Institut für Musikerphysiologie und Musikergesundheit
www.ksi-berlin.de, Telefon: 31 85 25 80

„Wissen Sie noch einen Ausweg?“

Ein junger Arzt befragt Koryphäen

Gustav von Bergmann: „... Wir dürfen uns nicht blamieren.“

Heinrich Huebschmann: „Blamieren vor wem?“

v. Bergmann: „Vor den Physikern/. Wir müssen uns in einer Sprache ausdrücken, die sie voll verstehen.“

Huebschmann: „Aber ich meinte doch gerade, dass wir nicht mehr auf die Physiker hören sollten. Wir Ärzte haben unser Anthropozentrum selbst...“

Als Vorspann ausnahmsweise ein Zitat – aus einem der höchst interessanten Gespräche, die ein junger Arzt im September 1942, also mitten im Zweiten Weltkrieg, mit acht prominenten Wissenschaftlern führte, über Gott und die Welt, die „völlig festgefahrene“ Medizin-Welt. Heinrich Huebschmann (1913 bis 1995) konnte sich solches Nachdenken leisten. Er war wehrdienstuntauglich, weil er schon in der ersten Kasernennacht mit einem schweren Asthmaanfall auf den Strohsack reagierte.

Den jungen Arzt trieb das Ungenügen an einer Medizin um, die nur das Zähl- und Messbare gelten lassen wollte, weil sie einer veralteten Physik hörig war. Sie sah nur die Krankheit und nicht den Kranken. Huebschmann hatte den Gesprächspartnern, bei denen er sich einlud, vorher eine (nicht erhaltene) Streitschrift gegen Galilei und dessen epochemachendes mechanistisches Weltbild zugesandt.

In seiner Einleitung zu den Gesprächen schreibt Huebschmann: „Das ganze Deutsche Reich war zu einer einzigen, riesigen Kriegsmaschinerie geworden. Sie funktionierte glänzend. Dass sie das tat, verdankte sie nicht nur dem Militär. Mindestens ebenso wichtig waren Industrie und – Wissenschaft. Mich beschäftigte dabei die Naturwissenschaft und das, was man deren ‚Fortschritt‘ nennt. Ich ging deren historischen

Wurzeln nach, und ich stieß auf Galilei.“ Huebschmanns Gesprächspartner waren, außer dem berühmten Charité-Internisten von Bergmann, der Berliner Professor für Philosophie, Psychologie und Pädagogik Eduard Spranger, der unkonventionelle junge Physiker Carl Friedrich von Weizsäcker (den er gegenüber v. Bergmann „ein Trojanisches Pferd in seinem Institut“ nennt); ferner der „exakte Physiker alter Schule“ Wilhelm Westphal, der Psychiater und Psychoanalytiker Wilhelm Bitter (der kurz darauf in die Schweiz emigrierte), der Philosoph und Pädagoge Theodor Litt sowie der Psychiater und Medizinhistoriker Werner Leibbrand.

Sie alle standen dem Nationalsozialismus fern oder feindlich gegenüber. In einigen Dialogen bleibt man strikt beim Hauptthema „Galileismus“, in anderen kommt auch Politisches zur Sprache, und da werden recht verschiedene Positionen deutlich. Spranger, der 1933 als Professor vorübergehend „beurlaubt“ war, hatte resigniert und sich arrangiert: „Was hätte es für einen Sinn, das Schicksal Niemöllers zu teilen? Ich bin froh, wieder in Ruhe arbeiten zu können. Besonders seit Kriegsbeginn wird man ganz in Ruhe gelassen. Ich bin jetzt völlig ungestört und kann ganz in Frieden leben.“

Dagegen Theodor Litt: „Es war wirklich eine Schmach zu sehen, wie 1933 die gesamte Intelligenz umschwenkte, voran

die Universitäten.“ Oder Werner Leibbrand angesichts der Kriegsgräuel: „Wissen Sie noch einen Ausweg?... Haben sich die Menschen geändert? Ist alles falsch, was wir bisher gelernt haben in unserer gesamten menschlichen Kultur?“

Die Gespräche hat der junge Arzt unmittelbar danach niedergeschrieben – aus dem Gedächtnis (wobei man sich fragt, wie viel Huebschmann wohl in die Äußerungen seiner Gesprächspartner hineingeraten sein mag). Die höchst lesenswerten Texte hat er 1989 dem Berliner Neurologen Wilhelm Rimpau übergeben. Ihm kann man sehr dankbar sein, sie sachkundig ediert, kommentiert und ihre Veröffentlichung durchgesetzt zu haben.

Huebschmann kam aus der (von Victor von Weizsäcker dominierten) Heidelberger Schule und war zeitlebens ein origineller Querdenker. Das zeigt schon sein Umgang mit der Sprache. „Mein Vater war Pathologe“, schreibt er in der Einleitung zu den Gesprächen. „'Pathologe', ein gutes griechisches Wort, heißt 'Leidenslehre'. Allgemeine Pathologie in diesem Sinne ist zum Thema meines Lebens geworden. Insofern betrachte ich mich durchaus als Sohn meines Vaters.“ (Seine Publikationen hatten aber durchweg psychosomatische Themen.) Jahrelang prozessierte er vergeblich gegen seine Kammer, weil die ihm natürlich verbot, sich ganz offiziell „Arzt für innere und Erinnerungsmedizin“ zu nennen. Auf seinem Briefkopf liest man's trotzdem so, mit „Psychotherapie“ nur in Klammern dahinter.

Die Gespräche sind unter dem Titel „Wissen Sie noch einen Ausweg?“ in „Sinn und Form“ publiziert – ja, die Zeitschrift existiert noch, und die Berliner „Akademie der Künste“ gibt sie heraus. Im zweiten Heft des 64. Jahrgangs 2012 findet man noch eine Menge anderes Lesenswertes, zum Beispiel von Thomas Brasch, Durs Grünbein, Jürgen Becker, Harald Hartung und anderen. Die neun Euro dafür sind gut angelegt, besorgen Sie sich das Heft!

R. Stein

Schumanns schlimmer Finger

„Es gab einen Pianisten/ der entwickelte/einen zusätzlichen/dritten/ Zeigefinger/ nicht etwa zum Klavierspielen/ obwohl er manchmal/diskret in eine schwierige Passage eingriff/sondern zum Hinzeigen/wenn beide Hände beschäftigt waren“

So beginnt einer der köstlich absurden Texte von Alfred Brendel. Der hätte den dritten Zeigefinger während seiner nun leider beendeten Konzerte gut brauchen können – zum Hinzeigen: „Hie und da schoss der Finger aus der Nase/um einen Huster im Saal bloßzustellen.“

Robert Schumann hingegen wäre über einen Zusatzfinger (allerdings einen Mittelfinger) zum Eingreifen in eine schwierige Passage glücklich gewesen. Warum, das hätten Sie in der Französischen Friedrichsstadtkirche am Gendarmenmarkt erfahren können. Alle Berliner Ärzte waren eingeladen, aber nur wenige kamen: Zum Benefizkonzert der Deutschen Dystonie-Gesellschaft zugunsten dystoniekranke Musiker.*

Das Konzert hieß „Robert Schumann – mein liebster Patient.“ Der seltsame Titel war bald zu enträtseln, denn den Einleitungsvortrag hielt Eckart Altenmüller, in Kreisen kranker Musiker bekannt wie ein bunter Hund. Die da im Saal wunderbar musizierten, Schumann und anderes, waren alle seine Patienten (gewesen). Und sein „liebster Patient“ war Gegenstand seines Vortrags. (Ausführlicher von Altenmüller dargestellt in Ch. Seitner (Hrsg.): „Tacet – non tacet“, Saarbrücken 2004).

Robert Schumann (1810-1856) nämlich ist der erste Musiker, dessen „Handleiden“ durch Tagebuchtexte, Briefe sowie Aufzeichnungen seiner Ärzte und Freunde so ausführlich dokumentiert ist, dass Spezialist Altenmüller es posthum diagnostizieren konnte: Fokale Dystonie.



Robert Schumann

Als Siebenjähriger begann Robert Schumann mit Klavierstunden bei einem Autodidakten, der ihm nach ein paar Jahren nichts mehr beibringen konnte. Schon mit dreizehn trat er erfolgreich auf. Aber seine Spieltechnik war unzulänglich. Friedrich Wieck, bei dem der Achtzehnjährige neben dem ungeliebten Jurastudium mit Klavierunterricht begann, ließ ihn wieder Tonleitern spielen. Er war sehr ehrgeizig und übte unablässig. „Fingerübungen aus Hummel von 7-12 Uhr“, schrieb er am 18. Februar 1829 ins regelmäßig geführte Tagebuch. Am 4. Januar 1830 dokumentiert er seinen tiefen Ärger über Schwierigkeiten mit den Alexandervariationen von Ignaz Moscheles, einem anspruchsvollen Bravourstück.

Dennoch hatte der zwanzigjährige Jurastudent drei Wochen später gerade damit einen Riesenerfolg und wurde durch ein einziges Konzert zum Liebling des Heidelberger Publikums. Aber die angestrebte und gerade begonnene glänzende Karriere als Pianist war auch schon wieder zu Ende. Bereits zwei Tage danach erwähnte Schumann seinen „betäubten Finger“. Im Jahr darauf – nach dem Heidelberger Intermezzo zurück in Leipzig – häufen sich die Tagebuchnotizen zu spieltechnischen Störungen:

„Mit dem Clavier ging's einige Tage herzlich miserabel, gestern weint' ich vor Wuth. – Hätt ich nur keine Finger und könnte mit meinem Herzen spielen auf anderen!“ Schließlich konstruierte er das, was er „Cigarrenmechanik“ nannte: Eine am Klavier befestigte Schlinge hielt seinen rechten Mittelfinger, damit er sich nicht unwillkürlich krümmen konnte. Damit ging's „leidlich“, aber am 22. Mai 1832 notierte er: „Der Dritte Finger scheint wirklich uncorrectible.“

Trotzdem probierte er noch bis zum Sommer 1833 aus, was die Ärzte ihm an gerade modischen Therapien verordneten, von der Homöopathie über den Magnetismus bis zum Baden der Hand in den Gedärmen frisch geschlachteter Kühe – vergebens. Zu unserem Glück musste Schumann die Laufbahn als reisender Klaviervirtuose aufgeben. Dazu Altenmüller: „Für die Nachwelt ist Schumanns Verstummen am Klavier ein Segen, denn so konnte er seine Stimme als Komponist zur meisterlichen Vollendung entwickeln.“

Ganz verstummte er am Klavier aber nicht. Seine Feinmotorikstörung schwankte anscheinend und war nicht so ausgeprägt, dass er nicht zumindest eigene, zum Teil seinem Handicap angepasste Kompositionen spielen und mit seinen Phantasien auch Zuhörer begeistern konnte.

R. Stein

* Einen Beitrag über die am meisten gefürchtete und oft lange verkannte Musikerkrankheit, die fokale Dystonie, lesen Sie auf S. 37.)

BERLINER ÄRZTE

8/2012 49. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Herausgeber:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Michaela Peeters, M. A.
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

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

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelbild Sehstern unter Verwendung
von Foto: mikk-fotolia.com

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungs austausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de, E-Mail: mb@l-va.de
Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Brühlsche Universitäts-
druckerei GmbH & Co KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 79,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 53,50 inkl. Versandkosten, im Ausland € 79,50 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,45 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2012 vom 01.01.2012.

ISSN: 0939-5784