

BERLINER



ÄRZTE

09/2012 49. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

Auf welcher Seite liegt das Glück?

Selbstständig oder angestellt:
wie Ärztinnen und Ärzte
arbeiten wollen.



Warum das Erinnern wichtig ist



Dr. med. Ruth Jacob

forscht zur verfolgungsbedingten Emigration jüdischer Ärzte. Sie ist Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Seit einigen Monaten bereite ich die Ausstellung „Jüdische Ärzte in Schöneberg – Topographie einer Vertreibung“ vor, die am 9. September im Rathaus Schöneberg unter der Schirmherrschaft des amerikanischen Botschafters eröffnet wird. Neben meiner eigenen Begeisterung für dieses Erinnerungsprojekt und aller ermutigenden Resonanz beschäftigt mich auch die Frage, warum wir im Jahre 2012 noch oder vielmehr endlich der nationalsozialistischen Entrechtung unserer jüdischen Kollegen gedenken sollten.

Eine mögliche Antwort kam aus New York. Als Eva Rifkin-Buschke mir für diese Ausstellung das Foto ihres Großvaters Abraham Buschke (s. Artikel S. 34) schickte, merkte die 72-Jährige an: „Es ist von besonderer Wichtigkeit zu erwähnen, dass während der Nazizeit der Großteil der nicht-jüdischen Ärzteschaft ihre jüdischen Kollegen (...) nicht geschützt oder unterstützt haben. Es ist kaum zu glauben, dass Ärzte, die vor der NS-Zeit gemeinsam arbeiteten, wenig oder gar nichts getan haben, um dagegen zu protestieren, was mit ihren jüdischen Kollegen geschah.“ Sie sandte diese Zeilen in die Stadt, in der auch ihr Vater Wilhelm nicht mehr Arzt sein durfte und die sie dennoch mit anderen Augen sehen kann: „Wollte mein Kind oder Enkelkind heute in Berlin leben, arbeiten oder studieren, würde ich es sehr unterstützen (...), weil sich Deutschland zu einer toleranten Demokratie entwickelt hat, die ihre Bevölkerung über den

Holocaust aufklärt. Besonders deutlich wird dies in Berlin. Die Ausstellung, (...) mit der Sie das Interesse daran stärken, was jenen Ärzten geschehen ist und in der Folge ihren Familien, ist ein Beispiel, das mich beeindruckt.“ Theresienstadt hat ihr Großvater nicht überlebt. Die Vita des 1933 entlassenen dermatologischen Chefarztes ist zusammen mit elf anderen exemplarischen Biografien ein Kapitel der Ausstellung und ihres Begleitbandes.

Die Geschichte von Abraham Buschke ist auch eine von 2018 Kurzbiografien, die wir in dem beeindruckenden Gedenkbuch „Berliner jüdische Kassenärzte und ihr Schicksal im Nationalsozialismus“ nachlesen können. Als Rebecca Schwach 2009 die Resultate von acht Jahren Forschung vorlegte, konnte ich es kaum fassen, dass es in unserer Stadt eine Zeit gab, in der wir 60 % jüdische Kassenärzte hatten. 1939 waren es dann 0 %! Sichtbar zu machen, was unvorstellbar ist, hat mich zu diesem Erinnerungsprojekt angespornt, das uns weiter Fragen aufgibt: Was haben wir zum Beispiel durch die Vertreibung unserer Kollegen verloren? Was können wir von ihnen für die Praxis, Ethik und Kultur unserer heutigen Medizin lernen?

Warum das Erinnern an den Rassismus in Deutschland weiterhin wichtig ist, zeigen uns die Bedenken des türkischen

Konsuls: Überdurchschnittlich viele Ärzte aus türkischen Familien wählten die Praxis statt der Habilitation; bei Bewerbungen um Oberarzt- und Chefarztstellen würden Ärzte deutscher Herkunft oft bevorzugt. Noch in der Weimarer Republik wurden jüdische Ärzte benachteiligt; so ließen sie sich eher nieder oder gründeten eigene Kliniken. An ein Ordinariat war für Juden kaum zu denken. Trotz seiner legendären Publikationsliste blieb der international hochgeschätzte Professor Buschke stets der Zweite: ein Extraordinarius. Und heute? Wie begegnen wir den Ärzten, die aus dem Ausland zu uns kommen oder als Kinder von Einwandern hier aufgewachsen sind? Wie steht es um ihre Chancen? Parallelen zu unserem heutigen ärztlichen Alltag zu reflektieren, sehe ich als eine Aufgabe dieser Rückbesinnung.

Zu dieser kleinen Ausstellung, die den Blick in die Vergangenheit richtet, um eine Gegenwart herzustellen, möchte ich Sie herzlich einladen. Sie werden dort auf die Lebensgeschichten unserer ehemaligen jüdischen Kollegen treffen und auf die Gedanken ihrer Nachkommen. In dem Stadtplan werden Ihnen die Lücken begegnen, die die über 350 Schöneberger jüdischen Ärztinnen und Ärzte hinterlassen haben.

Für das ehrenamtliche und finanzielle Engagement der Berliner Ärzte und die Unterstützung durch die Berliner Ärztekammer möchte ich aufs Herzlichste danken und erlaube mir, auf den Spendenaufruf auf der nächsten Seite zu verweisen.

Ihre

Ruth Jacob



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

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

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

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

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

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

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

UNTERSTÜTZERKREIS

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

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

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

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



TITELTHEMA

Wie wollen Ärztinnen und Ärzte heute arbeiten?

Wege in die ambulante Versorgung

Von Angela Mißlbeck.....16

Interview: Angestellt oder freiberuflich?.....18

Portrait: Zwei junge Berliner Ärzte in der Niederlassung20

Die ambulante Versorgung in Berlin in Zahlen22



EDITORIAL.....

Warum das Erinnern wichtig ist

Von Ruth Jacob.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

„Wir müssen Gesundheit und Medizin neu denken“

Interview mit Detlev Ganten anlässlich des World Health Summit in Berlin23

Ein Zentrum ist kein Zentrum ist kein Zentrum ist kein Zentrum...

Von Martina Jaklin28

Erste Daten nach Meldepflicht für nosokomiale Ausbrüche

Infektionsschutzbericht für das 1. Halbjahr 2012

Von Jörg Bätzing-Feigenbaum30

Topographie der Vertreibung

Wanderausstellung über jüdische Ärzte in Berlin

Von Rosemarie Stein34

Kann Epilepsie ausheilen?

Von Rosemarie Stein36

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen.....13

Der Veranstaltungskalender

der Ärztekammer Berlin 26

MUT: Fortbildungskurse für Arzthelfer/innen und MFA32

PERSONALIEN.....

Ingeborg Rapoport zum 100. Geburtstag37

BUCHBESPRECHUNG.....

Harrisons Innere Medizin (18. Auflage).....38

FEUILLETON.....

Uraltes Expertenwissen...
...im Pergamon-Museum
erlebbar machen

Von Rosemarie Stein39

Erfolgreiche Prävention: Jugendliche rauchen weniger

Die Zahl jugendlicher Raucher sinkt erfreulicherweise ständig. Im Jahre 2011 rauchten nur noch 11,7 Prozent, ein Jahrzehnt zuvor waren es noch 28 Prozent. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die diese Zahlen mitteilte, führt dies zumindest teilweise auf eine Präventionskampagne in den Schulen zurück. Sie führt sie mit Kooperationspartnern wie zum Beispiel der Deutschen Herzstiftung, der Deutschen Krebshilfe, der Deutschen Lungenstiftung und der AOK seit nun 15 Jahren durch. Oft beginnen schon

12 bis 14-jährige zu rauchen. Unter dem Schlagwort „Be smart – Don’t start“ findet deshalb jährlich ein Wettbewerb für sechste bis achte Schulklassen statt. Sie verpflichten sich, dass mindestens 90 Prozent der Schüler ein halbes Jahr lang nicht rauchen.

„Im Schuljahr 2011/12 nahmen insgesamt 9887 Schulklassen aus allen Schulformen an dem Wettbewerb teil. Von ihnen schafften es 6663 Klassen mit rund 175 Schülern, vom 14. November 2011 bis zum 27. April

2012 nicht zu rauchen“, teilen die Organisatoren mit. Unter diesen Klassen wurde als Hauptgewinn eine Klassenfahrt verlost. Zusätzlich belohnte die Bundeszentrale Klassen, die schon mehrmals erfolgreich am Wettbewerb teilnahmen (in diesem Schuljahr 32 Prozent). Nach wissenschaftlichen Studien führt eine wiederholte Teilnahme zu dauerhaft geringeren Raucherquoten bei den beteiligten Schülern. Erreicht werden über diesen Wettbewerb mittelbar auch Eltern und Geschwister der Teilnehmer.



Näheres über
„Be smart – Don’t start“:
Institut für Therapie- und
Gesundheitsforschung

Telefon: 0431/570 29 70
www.besmart.info

Charité sucht Nachwuchsförderer

„Aus 50 Deutschlandstipendien mach' 100! Fördern Sie mit – unser Nachwuchs braucht Sie!“

So lautet das Motto der kleinen Kampagne, mit der die Dekanin der Charité, Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich, für das nationale Stipendienprogramm wirbt und Unterstützer für junge medizinische Nachwuchstalente sucht. Es wurde 2011 auf Initiative von Bundesministerin Annette Schavan eingeführt und fördert besonders leistungsmotivierte und sozial engagierte Studierende mit monatlich 300€.

Das Prinzip: Die eine Hälfte zahlt der Bund, die andere Hälfte übernehmen private Förderer. Für jedes Stipendium muss die Charité zunächst 150€/Monat einwerben. Erst dann verdoppelt der Bund die privaten Mittel. Die erste Hälfte der 100 avisierten Stipendien ist bereits komplett, für die andere Hälfte sucht die Charité weitere Unterstützer. Jeder kann mitfördern und Nachwuchspate werden: Privatpersonen, Unternehmen, Kliniken, Arztpraxen, Stiftungen, Förder- und Fachgesellschaften oder auch Clubs. Ihre Möglich-



keiten: Sie fördern ein oder mehr Stipendien zu je 1.800€/Jahr oder spenden einen beliebigen Betrag in den Stipendienfonds.

Informieren Sie sich unter www.charite.de/studium_lehre/deutschlandstipendium und verfolgen Sie den aktuellen Stipendienbarometerstand.

Kontakt

Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Dekanat
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Tel.: 030 450 576 060
E-Mail: deutschlandstipendium@charite.de

Bankverbindung

Sparkasse Berlin
Konto: 127 000 555 0
BLZ 100 500 00
Spendenzweck: 89151055
„Deutschlandstipendium“

H1N1-Veranstaltung

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 (Cha-

rité) zusammen mit dem Publikum darüber diskutieren, wie wissenschaftliche Evidenz und Transparenz bei der Arzneimittelzulassung das Verschwenden von Steuergeldern verhindern kann.

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

Prävention

Hufeland-Preis um Versorgungsforschung erweitert

Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ hat beschlossen, die Ausschreibung des mit 20.000 Euro dotierten „Hufeland-Preises“ um die auf Prävention bezogene Versorgungsforschung zu erweitern.



Der im Jahr 1959 erstmalig ausgeschriebene „Hufeland-Preis“ ist den Angaben zufolge der wichtigste Preis, der in Würdigung präventiv-medizinischer Forschung in Deutschland verliehen wird.

Mit der Erweiterung der Ausschreibung berücksichtigt die Stiftung sämtliche aktuellen wissenschaftlichen Gebiete der Prävention. So ist nunmehr klargestellt, dass nicht nur die Handlungsfelder Bewegung,

Ernährung, Stressbewältigung, Impfen und Sucht, sondern darüber hinausgehende Themen wie beispielsweise die Krankenhaushygiene, Berufskrankheiten oder Screeningprogramme angesprochen sind.

An der jährlichen Ausschreibung können Ärzte und Zahnärzte, die im Besitz einer deutschen Approbation sind, teilnehmen.

Die an der aktuellen Ausschreibung teilnehmenden Arbeiten müssen bis zum

28. März 2013
bei Notarin Dr. Ingrid Doyé,
Kattenbug 2, 50667 Köln
eingereicht werden.

Weitere Informationen zur Ausschreibung finden Sie unter www.hufeland-preis.de

IPPNW-Benefizkonzert für die Kinder von Fukushima

Im Rahmen des Musikfestes Berlin 2012 findet am 16. September 2012 ein IPPNW-Benefizkonzert mit Berliner Philharmonikern und Gästen anlässlich der Gründung des „Soma Children´s Orchestra“ in der Präfektur Fukushima statt. Nach dem verheerenden Erdbeben vom 11. März 2011, dem nachfolgenden Tsunami und der dadurch ausgelösten atomaren Katastrophe sind die Menschen in der Region Fukushima noch weit davon entfernt, zu einem normalen Leben zurückzufinden. Die direkten Folgen sind jetzt schon spürbar: Depressionen und Angst vor der Zukunft nehmen zu. Die vielen Kinder, die bei diesem Unglück ihre Eltern verloren haben, sind zusätzlich bedroht durch Vernachlässigung und Gewalt, weil keine sozialen Netzwerke für sie da sind. Mit dem Erlös dieses Konzerts wird die Gründung eines Kinderorchesters in der Stadt Soma City in der Präfektur Fukushima unterstützt. Die Stadt – nahe der zerstörten Atomreaktoren – wurde in großen Teilen verwüstet und ist an mehreren Orten durch „hot spots“ radioaktiv belastet. Dieses Orchester wird den Kindern – nach dem Vorbild des Venezuela-Musikprojekts „El Sistema“ – ein neues Zuhause geben und ihnen ein Lichtblick in dieser düsteren Zeit sein. Ihre Musik wird auch Nahrung für die Seelen der älteren Menschen sein, um den mühevollen Alltag besser zu überwinden. Helfen Sie mit Ihrer Spende mit, dass auch das vor dem Unglück so reiche Musikleben der Stadt wieder neu erblühen kann.



Spendenkonto:

IPPNW „Japanhilfe“
Kontonummer 222 22 55
BLZ 100 205 00 bei der Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE3910020500000222255
BIC: BFSWDE33BER

Das Konzert findet am **Sonntag, 16. September 2012**,
20 Uhr im Kammermusiksaal der Berliner Philharmonie statt.
Weitere Informationen unter www.ippnw-concerts.de

Ein Mitschnitt des Konzerts wird am 20. September um 20:03 auf
Deutschlandradio Kultur gesendet.



„Wen trifft die Strafe?“ und „Rituelle Beschneidung ist strafbar!“ BERLINER ÄRZTE 08/2012, S. 4-5

In der Ausgabe 08/2012 finden sich zum Gerichtsurteil zur rituellen Beschneidung zwei ausführliche und sicherlich gründlich erwogene Meinungsäußerungen der Kollegen Prof. Dr. Mau und Dr. Müller. Als Kinder- und Jugendpsychiater halte ich es jedoch für erforderlich, auf die sehr einseitige, z.T. leider nur „klassisch medizinische Sichtweise“ beider Kollegen hinzuweisen, die der Thematik in keinerlei Hinsicht ausreichend gerecht wird. Sehr wünschenswert bzw. eigentlich erforderlich wäre es, eine Meinungsäußerung oder ein Interview mit jemandem zu veröffentlichen, der eine ganzheitliche Sichtweise auf das Thema hat. Ich möchte beispielhaft

einen Artikel in der TAZ (diese Zeitung lese ich NICHT) anführen, den ich im bbpp-newsletter als Link fand, weil er einer/m psychotherapeutischen KollegIn auffiel:
<http://www.taz.de/1/archiv/digitaz/artikel/?ressort=tz&dig=2012%2Fo7%2F25%2Fa0120&cHash=a1265dd6fa>

*Dr. Thomas Schlesinger
Kinder- und Jugendpsychiater*

Die Rechte der Kinder sind in den letzten Jahren und Jahrzehnten spürbar gestärkt worden. Gewalt im Sinne wissenschaftlich unsinniger, religiös motivierter, Beschneidungen nicht einsichtsfähiger Kinder sollte in diesem Zusam-

menhang ein Relikt sein. Dem ist scheinbar nicht so. Ich verweise auf die jüngste Debatte im Bundestag. Als Ärzte sollten wir ein Zeichen gegen Gewalt setzen und nicht Spielball von Interessengruppen sein. Religiöses Leben sollte auch ohne Gewalt möglich sein. Auf Eltern in Religionsgemeinschaften lastet ein ungeheurer Druck, auch ihr Kind beschneiden zu lassen, obwohl sie es vielleicht nicht möchten – ein Tabu. Religion hatte immer mit Tabus und glücklicherweise mit deren Überwindung zu tun – und mit Gewalt sowie Machtansprüchen... In einer aufgeklärten Gesellschaft sollten wir uns dieser Zwänge entledigen, auch wenn es heißt, einen

gewissen Druck von gut organisierten und vernetzten Interessengruppen auszuhalten. Dies betrachte ich als eine humanitäre Aufgabe in einer freiheitlichen Gesellschaft und als „urärztlich“.

Ich denke, es ist nicht gut, nur um die Interessengruppen zu befrieden, ein Schnellverfahren in der Gesetzgebung einzuleiten. Es besteht durchaus Diskussionsbedarf. Dies müsste die Körperschaft der Ärzte zum Ausdruck bringen.

*Dr. med. Michael Veitinger
Berlin*



Leserbrief

„Kognitive Defizite bei der FDA“ BERLINER ÄRZTE 08/2012, S. 25-27

Ich beglückwünsche Sie für die vielleicht notwendig gewesene Civilcourage dieses über den deutschen Tellerrand hinausblickenden Artikels und dessen objektive Information. Auch in der BRD sind die Informationsbeauftragten der vertreibenden Firmen gesetzlich gehalten, nicht von der Packungsbeilage gedeckte Werbeaussagen bei den Marketingabteilungen ihrer Vertriebsabteilungen zu stoppen. Dagegen wird leider ständig durch Trickserei und

interne Repression auf den Informationsbeauftragten verstoßen und es finden sich viel zu selten Abmahnungen der zuständigen Behörde.

Ihr Artikel trägt hoffentlich zu mehr Aufmerksamkeit und zur Bekämpfung irreführender Werbung und ihrer Praktiken bei. Bleiben Sie bei Ihrer objektiven Unbeeinflussbarkeit zu unser aller Nutzen!

Joachim Rettig, Berlin

ANZEIGEN

Fachkunde im Strahlenschutz

Änderung der Richtlinie zur Röntgenverordnung

Die Ärztekammer Berlin ist die zuständige Stelle für die Bescheinigung der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz nach der Röntgenverordnung (RöV) für in Berlin tätige Ärztinnen und Ärzte. Der Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz nach RöV richtet sich nach der Röntgenverordnung und der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“ (Richtlinie zur RöV). Die Richtlinie zur RöV ist durch das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit aktualisiert worden und wird nach entsprechender Veröffentlichung im Gemeinsamen Ministerialblatt der Bundesministerien für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte verbindlich werden.

Neu eingeführt werden eigene Fachkundetätbestände für die Computertomographie des Schädels, die Digitale Volumetomographie (DVT) außerhalb der Zahnheilkunde, die Knochendichtemessung sowie die Röntgendiagnostik für Personen mit der Fachkunde für „offene radioaktive Stoffe“. Zudem wird es Änderungen bei der Mindestzeit für den Erwerb der Sachkunde im Gesamtgebiet geben, die von 42 auf 36 Monate reduziert wird. Wer bereits vor dem Inkrafttreten der Richtlinie mit dem Erwerb der Sachkunde für ein Anwendungsgebiet begonnen hat, kann diesen Erwerb nach den bis dahin geltenden Regelungen bis zum 31.08.2017 beenden.

Die Änderungen der Richtlinie zur RöV finden Sie auf der Internetseite der Ärztekammer Berlin www.aerztekammer-berlin.de. Für die Antragstellung auf Erteilung einer Fachkunde im Strahlenschutz nutzen Sie bitte wie gewohnt das online-gestützte Antragsverfahren.

Bei Fragen können Sie sich
Montag und Freitag von 9:00 bis 12:00 Uhr sowie
Dienstag und Donnerstag von 14:00 bis 17:00 Uhr
telefonisch unter den Telefonnummern 40806 1005/- 1007
an uns wenden.

Prävention

Informationsveranstaltung des Dunkelfeld-Projektes

Das Forschungs- und Präventionsprojekt Dunkelfeld („Kein Täter werden“) lädt am 14. September 2012 zu einer Informationsveranstaltung in Berlin ein.

Das Berliner Präventionsprojekt ist Teil des deutschlandweiten Präventionsnetzwerks Dunkelfeld, das an allen Standorten kostenlos und durch die Schweigepflicht geschütztes Behandlungsangebot für Menschen bietet, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen und deshalb therapeutische Hilfe suchen ohne aktuell unter Strafverfolgung wegen sexuellem Kindesmissbrauch oder der Nutzung von Missbrauchsabbildungen zu stehen. Im Rahmen der Therapie erhalten die betroffenen Personen Unterstützung, um sexuelle Übergriffe durch direkten körperlichen Kontakt oder indirekt durch den Konsum oder die Herstellung von Missbrauchsabbildungen im Internet (sogenannte Kinderpornografie) zu verhindern.

Interventionen konzentrierten sich bislang vor allem auf justizbekannte Täter. Damit blieben jedoch zwei Zielgruppen vorbeugender Maßnahmen unberücksichtigt: Männer, deren Taten im Dunkelfeld verbleiben (Dunkelfeld-Täter), und Männer, die sich in Gefahr sehen, Taten zu begehen (potenzielle Täter). Das Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ bietet durch Einbezug dieser beiden Gruppen einen präventiven Ansatz, der somit ergänzend zu den bisherigen Anstrengungen wirkt. Das Projekt startete im Jahre 2005 in Berlin. Mittlerweile umfasst das Präventionsnetzwerk Standorte in Kiel, Hamburg, Hannover, Leipzig und Regensburg. Weitere Anlaufstellen sind geplant. Dabei garantiert das Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ gemeinsame Qualitätsstandards. Ziel ist es, ein bundesweites, flächendeckendes therapeutisches Angebot zu etablieren.

Rund 1800 Männer aus dem gesamten Bundesgebiet haben sich zwischen 2005 und Sommer 2012 am Berliner Standort des Projektes gemeldet. Rund 700 reisten zur Diagnostik nach Berlin, rund 400 von ihnen konnte ein Therapieangebot gemacht werden. Insgesamt haben seitdem über 150 Männer die Therapie

begonnen und mehr als 80 diese komplett abgeschlossen. 20 Projektteilnehmer befinden sich derzeit in Therapie.

Über das Projekt und dessen Inhalte sowie die gemeinsame Netzwerkarbeit möchten das Projekt Interessierte gerne informieren:

Termin: 14. September 2012

Beginn: 18 Uhr
(voraussichtliches Ende: 19:30 Uhr)

Ort: Virchow-Hörsaal,
Phillippstraße 12, 10115 Berlin
Der Eintritt ist kostenlos, um Anmeldung bis zum 10. September 2012 wird gebeten.

Kontakt: Vivian.Bloehm@charite.de.
Informationen zum Projekt:
www.kein-taeter-werden.de



Foto: Leitfaden Kinderschutz, Seinstern

*Retigabin***Wie weiter behandeln?**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat einen Zusatznutzen für das Antiepileptikum Retigabin (Trobalt®) als nicht belegt angesehen (es wurden keine der vorgeschlagenen Vergleichstherapien angewandt).

Der Hersteller hat daraufhin sein Präparat vom Markt genommen. Für den behandelnden Arzt bleiben zwei Möglichkeiten:

1. Beendigung der Behandlung durch schrittweise Reduktion der Tagesdosis über mindestens 3 Wochen (Cave: Rebound-Krampfanfälle). Nur bei Bedenken bezüglich der Sicherheit kann auch schneller abgesetzt werden – dies dürfte im Fall von Retigabin in der Regel nicht der Fall sein.
2. Wenn eine Weiterbehandlung als medizinisch notwendig erachtet wird, kann in individuellen Fällen ein Import aus dem europäischen Ausland nach § 73 Absatz 3 Arzneimittelgesetz erwogen werden. Hilfreich kann dabei eine Absprache mit der jeweiligen Krankenkasse sein.

Quelle: Pharm. Ztg. 2012; 157 (25): 101

*Statine***Müde Muskeln**

Alle Statine können – vor allem in höherer Dosierung – Muskeln bis hin zu einer Rhabdomyolyse schädigen. Aber auch in niedriger Dosierung fiel zuerst bei Sportlern auf, dass nach einer Einnahme eines Statins Muskelschmerzen auftraten, die erst nach Absetzen des jeweiligen Statins wieder verschwanden. In einer neuen Studie konnte nun nachgewiesen werden, dass die Gabe von Statinen (untersucht wurden 40 mg Pravastatin und 20 mg Simvastatin/d über 6 Monate) bei circa 20 % der Studienteilnehmer zu Ermüdungserscheinungen führt, vor allem bei sportlichen Tätigkeiten. Weder ein Kreatininanstieg noch andere Hinweise auf eine Muskelschädigung konnten gefunden werden. Bei Frauen waren

diese unerwünschten Wirkungen (UAW) ausgeprägter. Nachdem davon auszugehen ist, dass diese UAW bei allen Statinen auftreten können, könnte so manche Klage über ein „Fatigue-Syndrom“ in der Praxis auf die Einnahme eines Statins zurückzuführen sein. Ein Auslassversuch könnte sich lohnen, vor allem bei Patienten, bei denen Statine nur vorsorglich verordnet werden.

Quelle: Arch. Intern. Med. 2012, www.archinternmed.com

*Azithromycin***Kardiales Risiko**

Makrolide wie Clarithromycin oder Erythromycin können einen Herzstillstand hervorrufen. Von Azithromycin (Zithromax®, Generika) war dies bisher noch nicht bekannt, möglicherweise weil dieses Antibiotikum nur kurzfristig über circa 5 Tage angewandt wird. In einer neuen großen Kohortenstudie (circa 3,4 Millionen Verordnungen) mit Ciprofloxacin und Amoxicillin als Vergleich fand sich ein kleines erhöhtes Risiko des Auftretens eines kardialen Todesfalles (47 zusätzliche Todesfälle pro einer Million Verordnungen), vor allem bei Patienten mit kardiovaskulärer Vorschädigung (245 zusätzliche Todesfälle). Die Verlängerung des QT-Intervalls scheint dafür ursächlich zu sein – eine UAW aller Makrolide.

Quellen: www.nejm.org/doi/full/10.1056; www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation

**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**

100 Jahre Deutsche Sportmedizin

Im Olympia-Jahr hat auch Berlin etwas zu feiern. Vom 4. bis 6. Oktober findet in Berlin der Jubiläumskongress der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) statt. Die DGSP ist die älteste sportmedizinische Vereinigung der Welt und zugleich eine der ältesten medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland. Mit einem Festakt zu Beginn wird an die Gründung im September 1912 auf dem 1. Sportmedizinischen Kongress im Golfclubhotel in Oberhof erinnert. Die Tagung findet unter dem Titel „Sportmedizin im Wandel – Wandel durch Sportmedizin“ statt und richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die an Sportmedizin und Bewegung interessiert sind. Das Motto verweist nach Ansicht von Prof. Dr. Herbert Löllgen, Kongresspräsident und Präsident der DGSP, auf die Tiefen und Höhen deutscher Sportme-

medizin. So haben auch Sportärzte an der verbrecherischen Medizin der Zeit des Nationalsozialismus mitgewirkt und waren einige Ärzte in der jüngeren Vergangenheit im Doping im Leistungssport verwickelt. Gleichzeitig hat sich die Sportmedizin in Deutschland mit ihren Zentren in Berlin, Hamburg, Köln und Freiburg positiv entwickelt und findet dort neben ihrem Fokus auf den Leistungssport auch ihren Stellenwert im Breiten- und Gesundheitssport. Das Programm bietet neben einer durchgehenden internationalen Sitzungsreihe zahlreiche Veranstaltungen zu verschiedenen Fragen der Bewegung als Therapiekonzept in verschiedenen Fachdisziplinen (z. B. Kardiologie, Orthopädie, Pädiatrie, Onkologie). Sportmedizinische Erkenntnisse werden heute in zahlreichen Bereichen der Gesundheitsversorgung umgesetzt, wo Sport,

Bewegung und körperliche Aktivität wichtige Komponenten in Prävention, Therapie und Rehabilitation sind. „Bewegung ist Medizin“ (Exercise is Medicine): Regelmäßige Bewegung und körperliche Aktivität

sind ein eigenverantwortlicher Beitrag zur Gesundheit, sie sind Teil eines gesunden Lebensstils. Unter <http://www.dgsp.de/kongress/> finden sich ausführliche Informationen zum Programm und zur Anmeldung.

Kurs

Impfungen in der Praxis

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

Termin: Sonnabend, 01.12.2012, 9.00 - 17.30 Uhr

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

Kursgebühr: 100 € (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

Fortbildung

Rechtssichere Dokumentation bei häuslicher Gewalt

Die Polizei zählt jährlich etwa 16.000 Einsätze aufgrund häuslicher Gewalt in Berlin. Häufig führen die Taten zu Hämatomen, Prellungen, zu Verbrennungen bis hin zu Knochenbrüchen. Auch sexuelle Gewalt ist hier zu erwähnen. Viele Betroffene suchen unmittelbar oder kurz nach der Gewalttat eine Arztpraxis oder Rettungsstelle auf. Neben der medizinischen Versorgung ist es wichtig, dass sie Informationen über Handlungsmöglichkeiten und eine rechtssichere ärztliche Dokumentation der erlittenen Verletzungen erhalten. Die ärztliche Dokumentation kann in einem späteren Gerichtsverfahren ein bedeutsamer Nachweis für die erlebte Gewalt sein und das Opfer deutlich entlasten. Für die Urteilsfindung des Gerichts spielt zudem die direkte Aussage der Befund erhebenden Ärztin bzw. des Arztes eine wichtige Rolle. Zur Vorbereitung auf eine Aussage vor Gericht sollten Ärztinnen und Ärzte auf eine solide Dokumentation zurückgreifen können und ihre Rechte und Pflichten vor Gericht kennen. Dies kann nicht nur in strafrechtlichen, sondern auch in einem familien- oder zivilrechtlichen Verfahren wichtig sein.

Die Fortbildungsveranstaltung „Nach der Tat – Kompetent (Be-)Handeln bei Gewalt in Partnerschaften – Rechtssichere Dokumentation und ärztliche Aussage vor Gericht“ vermittelt praxisnah Kenntnisse für die rechtssichere ärztliche Dokumentation von Verletzungen und

für eine sensible und professionelle Aussage vor Gericht. Sie bietet Gelegenheit für Austausch und Diskussion mit beteiligten Personen- bzw. Berufsgruppen.

Referent/-innen:

- Dr. S. Guddat, Fachärztin für Rechtsmedizin, Institut für Rechtsmedizin, Charité
- Dr. L. Oesterhelweg, Stellvertretender Leiter des Instituts für Rechtsmedizin, Charité
- N. Badura, Kriminalhauptkommissarin, Berlin
- Dr. H. Göllner-Heibült, Kompetenzzentrum Kriminaltechnik, Berlin
- V. Belsner, Anwältin für Familienrecht
- B. Böehler, Fachanwältin für Strafrecht
- K. Wieners / H. Hellbernd, Referentinnen Koordinierungsstelle S.I.G.N.A.L. e.V.

Datum und Uhrzeit: Mittwoch, 14.11.2012; 18:00 - 20:30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung/Kontakt: Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos. Um Anmeldung bis zum 11. November 2012 wird gebeten.

Kontakt: E-Mail: wieners@signal-intervention.de oder

Fax: 030/275 95 366, *Anerkannt mit 3 Fortbildungspunkten.*

Delegation

Indische Ärzte interessieren sich für Qualitätssicherung



ÄKB-Vorstandsmitglied Dr. Werner Wyrwich (rechts) erklärt den indischen Ärzten Dr. Madan Gopal, Mr. Johnson Ponraj, Dr. Mohamed Rasheed Pydiyath Kunjumohamed und Dr. Sarjit Singh Gandhok die Qualitätssicherung in Deutschland.

Mit einem besonderen Interesse für das Thema „Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen“ besuchten vom 31. Juli bis 2. August 2012 vier indische Gesandte verschiedene gesundheitspolitische Einrichtungen in Berlin, um Einblick in die Strukturen hierzulande zu erhalten.

Die Studienreise, organisiert von Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), führte u. a. zum AOK Bundesverband, zur KTQ, zur Charité und zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Am 2. August stand auch ein Zusammentreffen mit der Ärztekammer Berlin auf der Agenda. Angefragt

war ein Vortrag zum Thema Qualitätssicherung als eine der zentralen Aufgaben der Ärztekammer Berlin. Dr. Werner Wyrwich, Mitglied des Vorstandes und stellv. Vorsitzender des Qualitätssicherungs-Ausschusses der Ärztekammer Berlin, freute sich auf die Begegnung mit der indischen Delegation und stellte das Thema im Rahmen eines kleinen Empfangs im BMG vor (siehe Foto). Insgesamt war es ein sehr anregender Austausch, von dem alle profitierten. Insbesondere dass es sich bei den indischen Besuchern allesamt um Mediziner handelte, führte zu der ein und anderen fachlichen Frage und zu einer Verständigung quasi „unter Kollegen“.

Humanitärer Kongress

Verlängert humanitäre Hilfe Konflikte?

Der XIV. Humanitäre Kongress thematisiert am 12. und 13. Oktober unter anderem die Arbeit von humanitären Hilfsorganisationen in autoritären Staaten und im mittleren Osten sowie die Frage, ob humanitäre Hilfe Kriege und Konflikte verlängern kann. Darüber hinaus gibt es Workshops zu medizinischen Themen wie der Tropenkrankheit Chagas oder der Behandlung von chronischen Erkrankungen in humanitären Hilfsprogrammen. Renommiertere

Experten der humanitären Hilfe wie Antonio Donini (Tufts University), Mary Kaldor (London School of Economics), Charlotte Lindsey-Curtet (Internationales Komitee des Roten Kreuzes), Doris Schopper (Center for Education and Research in Humanitarian Action) und Hugo Slim (University of Oxford) werden beim Kongress als Sprecher vertreten sein. Der Humanitäre Kongress ist eine internationale Plattform für den Austausch von Informationen, Erfahrungen

und Ideen bezüglich humanitärer Hilfe. Der Kongress führt jedes Jahr Experten aus Wissenschaft, der medizinischen Welt, von humanitären und internationalen Organisationen, Politik und Medien sowie eine Vielzahl von Studenten aus den unterschiedlichsten Fachbereichen zusammen. Der Kongress wird veranstaltet von Ärzte ohne Grenzen, Ärzte der Welt, dem Deutschen Roten Kreuz, der Ärztekammer Berlin und der Charité.

XIV. Humanitärer Kongress Berlin

Titel der Veranstaltung:
Tough Choices –
Ethical Challenges in
Humanitarian Action

Ort: Berlin-Wedding,
Virchow Klinikum
Datum: 12. und 13. Oktober 2012

Anmeldung und Information
unter: www.humanitarian-congress-berlin.org

*Achtung: Der Kongress findet
in englischer Sprache statt!*

Wie wollen Ärztinnen und Ärzte heute arbeiten? Wege in die ambulante Versorgung

Ärzte* haben heute auf dem Arbeitsmarkt viele Möglichkeiten. Sie können sich bei Kliniken, Behörden und Konzernen anstellen lassen. Sie können in die Forschung, Lehre, Politik, Entwicklungsarbeit, zu den Medien – oder ganz klassisch in die Patientenversorgung gehen. Wer für sich die Basisarbeit in der ambulanten Versorgung wählt, kann sich seit einigen Jahren entscheiden, ob er freiberuflich oder angestellt tätig werden möchte. Möglich ist beides. BERLINER ÄRZTE zeigt, was es dabei zu bedenken gilt.

Von Angela Mißbeck



Der 36-jährige Gastroenterologe Dr. Timo Fischer arbeitet seit Jahresanfang in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Genauso lang ist sein 42-jähriger allgemeinmedizinischer Kollege Dr. Alexander Mach in seiner eigenen Praxis tätig. Beide sind zufrieden mit ihrer Tätigkeit. Das will heute schon etwas heißen, denn im Allgemeinen gilt unter ambulant tätigen Ärzten: „Die Lage ist besser als die Stimmung“, wie der Vorsitzende des Bundesverbands der Medizinischen Versorgungszentren (BMVZ), Dr. Bernd Köppl sagt.

Familien sollen es besser haben

Die Verbesserung der ambulanten Medizin in Deutschland hatte sich der Gesetzgeber zuletzt mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) vorgenommen. Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) hat sich damit „Flexibilisierung und Deregulierung“ der ärztlichen Versorgung auf die Fahne geschrieben. Viele Neuregelungen sind aber vor allem für unterversorgte Regionen interessant und spielen in Berlin eine Nebenrolle. Dazu dürfte die Aufhebung der Residenzpflicht für Vertragsärzte zählen. Fraglich ist auch, ob sich die Erleichterungen für die Bildung von Zweigpraxen auf die Versorgung in Berlin auswirken. Die neuen Gesetzesregelungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie haben dagegen auch in Berlin das Potenzial, die ambulante Medizin und vor allem die freiberufliche Ausübung zu stärken. So können niedergelassene Vertragsärztinnen nun zwölf statt sechs Monate Vertretung rund um die Geburt in Anspruch nehmen. Sowohl Väter als auch Mütter, die vertragsärztlich tätig sind, dürfen nun bis zu drei Jahre lang wegen Kindererziehung einen sogenannten Entlastungsassistenten beschäftigen. Das dürfen Ärzte dann auch maximal sechs Monate lang, wenn sie einen Angehörigen pflegen. Außerdem räumt das Gesetz den

*Wo in diesem Titelthema nur die männliche Form genannt ist, geschieht das ausschließlich wegen der besseren Lesbarkeit. Frauen sind explizit eingeschlossen.

Kven die Möglichkeit ein, diese Zeiträume zu verlängern. Zugleich sieht es vor, dass Kindererziehungs- und Pflegezeiten bei der Entscheidung über die Nachbesetzung von Sitzen in gesperrten Bereichen fiktiv angerechnet werden.

Gesetz will Freiberuflichkeit stärken

Auch mit der Einführung des Grundsatzes „Beratung vor Regress“ will das VStG Hürden für Ärzte in der ambulanten Versorgung abbauen. Dabei ist es dem liberalen Gesundheitsminister nicht egal, auf welche Weise die ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird. Im Gegenteil sollen zum Beispiel die eingeschränkten Zulassungsregelungen für MVZ ausdrücklich „zur Stärkung der Freiberuflichkeit und zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen“ dienen.

„Das tut dringend Not“, meint Dr. Elmar Wille, niedergelassener Augenarzt und Vizepräsident der Ärztekammer Berlin. Er beobachtet mit Sorge, „dass die ambulante Medizin in wachsenden Teilen nach den Prinzipien des industriellen Kapitalismus organisiert wird. Man muss sich gut überlegen, ob man das wirklich will“, sagt er. Geht es nach Wille, dann ist ambulante Medizin ein freier Beruf im Wortsinn. Nichtsdestotrotz vertritt auch der Kammervize die Auffassung, dass eine freiberufliche Tätigkeit nichts für jedermann ist und begrüßt es, dass alternative Möglichkeiten zur Berufsausübung geschaffen wurden. Doch auch für die Angestellten-tätigkeit in MVZ oder Gemeinschaftspraxen ist nicht jeder Arzt geschaffen. Darauf weist BMVZ-Chef Köppl im Interview hin.

Augen auf beim Praxiskauf!

Es ist letztendlich eine Typfrage, ob jemand lieber angestellt oder freiberuflich arbeitet. In jedem Fall will der Schritt in die ambulante Patientenversorgung sorgfältig erwogen und geplant werden. Sonst kann es zu Schwierigkeiten kommen. Das haben einige junge Ärzte in Berlin erfahren, die sich in einem MVZ mit anderen freiberuflichen Kollegen niedergelassen haben. Sie waren allesamt vom Standort

begeistert und wollten die MVZ-Praxen gerne kaufen. Bereits nach einem guten halben Jahr stand fest, dass sie das MVZ nicht gemeinsam weiter betreiben. Der Gesellschaftervertrag ist bereits gekündigt. „Solche Konstellationen wie unsere gehen wohl oft in die Brüche“, sagt einer von ihnen und sie rät jedem, der sich mit unbekanntem Kollegen zusammentut, nicht allein auf Sympathie zu setzen, sondern auf Herz und Nieren zu prüfen, ob die Vorstellungen von Patientenversorgung, Personalführung, Raumnutzung, Abrechnung und anderen wichtigen Bereichen kompatibel sind. „Sonst ist es, als ob man einen Ehevertrag unterschreibt, ohne sich zu kennen.“

Der Nachwuchs wird umworben

„Ärzte, die in einem MVZ arbeiten wollen, sollten sich genau anschauen, ob die dem Träger zugrunde liegende Betriebsphilosophie auch zu ihnen passt“, sagt BMVZ-Chef Köppl. Er verweist aber auch darauf, dass sie eine gute Verhandlungsposition haben. „Bisher hat die enorme Gründungsdynamik bei MVZ in Berlin zu einer erheblichen Nachfrage nach angestellten Ärzten geführt. Diese Situation gibt ihnen eine starke Verhandlungsposition, damit sie ihre Wünsche nach einer angemessenen Vergütung und der gewünschten Work-Life-Balance verwirklichen können“, so Köppl.

Diese Erfahrung hat auch Alexander Mach gemacht, der vor seiner Niederlassung in einem MVZ gearbeitet hat. Dort bot man ihm ein Gehalt, das seine Erwartungen übertraf. Dennoch hat der 42-Jährige schließlich den Weg in die Niederlassung gewählt. „Ich bin kein Angestellten-Typ“, sagt er. Und weiter: „Es bleibt viel Herzblut auf der Strecke, wenn man ständig Kompromisse eingehen muss.“ Enthusiasmus und Selbstbewusstsein muss ein junger Arzt nach Machs Meinung mitbringen, wenn er sich niederlassen will (s. S. 21). Für nötig hält er auch wirtschaftliches Grundverständnis und die Fähigkeit, Beruf und Privates zu trennen. Das Wichtigste aber ist laut Mach: „Wenn Sie in die Niederlas-

sung gehen, müssen Sie sich fragen, ob Sie der Typ dafür sind. Sie müssen sicher sein, dass Sie es wirklich wollen und wissen, dass Sie es finanziell stemmen können. Bei vielen weiteren Fragen hilft die Niederlassungsberatung der KV.“ Dabei steht eines fest: Der Einstieg in eine eigene Praxis ist für junge Ärzte in Berlin zumindest in einigen Fachgebieten heute leichter als noch vor Jahren, weil Zulassungssperren aufgehoben wurden.

Keine Widersprüche: Praxis und Freizeit, angestellt und eigenverantwortlich

Das Beispiel von Alexander Mach zeigt, dass eine Niederlassung auch für die sogenannte „Generation Y“ interessant sein kann. Mach legt nicht nur Wert auf selbstbestimmtes Arbeiten, sondern auch auf ein ausgeglichenes Verhältnis von Arbeit und Freizeit. Anders als frühere Ärztegenerationen sieht er sich mit seiner Niederlassung nicht bis zum Rentenalter festgelegt. „Sobald ich merke, dass ich eine Veränderung brauche, werde ich die umsetzen“, sagt Mach.

Diese Freiheit schätzt Timo Fischer an seiner Angestellten-tätigkeit im MVZ. Auch er schafft es, klar zwischen Beruf und Privatem zu trennen. „Ich nehme nichts mit nach Hause, wenn ich Feierabend habe“, sagt er. Im Vergleich zum Krankenhaus ist im MVZ aus Fischers Sicht selbstständiges Arbeiten gefragt. Im Vergleich zur Niederlassung erfordere die MVZ-Tätigkeit dagegen mehr Abstimmung. „Man kann nicht schnelle Entscheidungen allein treffen“, sagt er. Sein Tipp für die Berufswahl: „Man muss sich gut überlegen, wie viel Zeit man für sich selbst haben will. Wer für die Medizin lebt, ist im Krankenhaus oder in der Niederlassung goldrichtig. Wer sich ein Leben daneben vorstellen kann, ist im MVZ goldrichtig.“

Verfasserin:

Angela Mißbeck

Fachjournalistin für Gesundheitspolitik

INTERVIEW Angestellt oder freiberuflich?

Wie will ich arbeiten: Freiberuflich oder angestellt? Das ist die Frage. Antworten geben hier zwei Experten:

Dr. Elmar Wille ist niedergelassener Augenarzt in einer Zweier-Gemeinschaftspraxis im Berliner Süden. Er vertritt auch als Vizepräsident der Ärztekammer Berlin die Belange der niedergelassenen Ärzte.



Dr. Bernd Köppl ist Vorsitzender des Bundesverbands der Medizinischen Versorgungszentren (BMVZ). Er hat jahrelang die MVZ der Sana Kliniken in Berlin geleitet, in denen viele der ehemaligen Polikliniken der DDR zusammengefasst sind.



Ihre Auffassungen stehen sich in vielen Punkten konträr gegenüber. Doch letztlich muss jeder Arzt für sich selbst entscheiden, ob er angestellt oder selbstständig tätig sein will, wenn er in die ambulante Medizin geht. Die beiden Experten geben Hinweise, was dabei zu bedenken ist.

Was sind die Vorteile einer Tätigkeit als freiberuflicher oder als angestellter Arzt?

Dr. Elmar Wille: Freiberuflichkeit im traditionellen Sinne bedeutet: eigenverantwortlich Handeln. Schon in dem Wort steckt Freiheit drin – die Freiheit seinen Beruf so auszuüben, wie es den eigenen Vorstellungen entspricht.

Als Praxisinhaber können Sie alles selbst entscheiden, ohne langwierige und mitunter nervraubende Abstimmungsprozesse. Keiner redet Ihnen rein, wenn es um Anschaffungen oder therapeutische Strategien geht. Sie können selbst entscheiden, wann und wie viel Urlaub Sie machen und wie Sie ihre wöchentlichen Arbeitszeiten gestalten. Kurzum: Wenn Sie die Freiheit schätzen, zudem Mut, Beweglichkeit und eine gewisse Risikobereitschaft mitbringen, ist der Weg in die eigene Niederlassung ganz sicher der richtige.

Dr. Bernd Köppl: Die ärztlichen KollegInnen, die sich heute für eine ambulante Tätigkeit entscheiden, wollen vor allen Dingen raus aus dem Schichtbetrieb und der autoritären Krankenhaushierarchie. Gleichzeitig wollen sie aber die kollegiale Zusammenarbeit nicht aufgeben. Und auf keinen Fall suchen sie eine 60 Stunden-Arbeitswoche, denn Familie, Freizeit und Kinder haben heute einen hohen Stellenwert. Viele dieser Wünsche können Sie sich in einer Einzelpraxis abschminken. Sehr viel besser ist da die Perspektive in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) als angestellter Arzt. Dort übernimmt der Träger das wirtschaftliche Risiko und einen großen Teil der bürokratischen Arbeit. Auch Teilzeitmodelle sind möglich. Dass junge KollegInnen das schätzen, zeigen viele Umfragen.

Warum ist Ihrer Meinung nach die jeweilige Form der Berufsausübung wichtig und richtig für die ambulante Gesundheitsversorgung?

Wille: Ich glaube, dass die freiberufliche Arzttätigkeit gesamtgesellschaftlich die bessere Lösung ist. Es erfolgt eine ganz andere Identifikation mit der Tätigkeit, wenn man sie eigenverantwortlich und selbstständig ausübt. Ich bin überzeugt, dass das für die Patienten besser ist. Die viel gescholtenen wirtschaftlichen Zwänge, denen niedergelassene Ärzte unterliegen, bekommt auch der angestellte Arzt zu spüren. Fraglich ist zudem, ob ambulante Medizin mit Angestellten nicht auf Dauer Ressourcenverschleuderung ist. Statistiken zeigen, dass angestellte Ärzte in MVZ deutlich weniger Patienten behandeln als freiberufliche Ärzte. Kein Arzt arbeitet für ein Festgehalt bis zum Umfallen. Wer dagegen pro Patient Geld bekommt, wird möglichst viele Patienten behandeln. Und weil er seine Patienten nicht verlieren will, wird er sie auch möglichst gut behandeln.

Köppl: Das MVZ kann über die einzelne Behandlung hinaus mehr leisten als die Einzelpraxis. Solche fachübergreifenden ärztlichen Leistungen werden insbesondere von Patienten mit chronischen Erkrankungen gewünscht und nachgefragt. Das bringt diesen Patienten eine enorme Ersparnis an Zeit und Aufwand und oft auch ein Mehr an Behandlungsqualität.

Da in der Regel das MVZ auch die organisatorische Aufgabe der Koordination der unterschiedlichen Fachgruppen übernimmt, ist oftmals das bestimmende Argument für den Besuch im MVZ, dass man dort alles unter einem Dach habe. Über die kurzen Wege der kollegialen Kommunikation zwischen den beteiligten Ärzten des MVZ, auch durch fachübergreifende Fallkonferenzen werden die diagnostischen Erkenntnisse schneller in einem Gesamtüberblick erfasst.

Wie bewerten Sie die neuen gesetzlichen Möglichkeiten für die ambulante Arzttätigkeit, speziell die Änderungen durch das Versorgungsstrukturgesetz (VStG)?

Wille: Viele der neuen Regelungen tragen sicher dazu bei, dass Ärztinnen im Beruf bleiben. Auch für Männer, die das wünschen, schaffen sie eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Vor diesem Hintergrund ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber bereits seit längerem Teilzeittätigkeiten ermöglicht hat, sei es mit eigener Zulassung in einer Gemeinschaftspraxis oder im MVZ. An den Neuregelungen des VStG ist vor allem hervorzuheben, dass nun auch für freiberuflich tätige Ärzte Bedingungen geschaffen wurden, die der Familiengründung nicht im Weg stehen. Speziell für niedergelassene Ärztinnen ist es gut, dass die Zeiten für eine Praxisvertretung rund um die Geburt erweitert wurden. Die Möglichkeit, nach der Geburt eines Kindes für bis zu drei Jahre einen Entlastungsassistenten zu beschäftigen, wenn Vater oder Mutter in eigener Praxis niedergelassen sind, ist eine Ermutigung für alle, die freiberuflich tätig sein wollen.

Köppl: Das VStG hat Licht- und Schattenseiten. Gut ist der Bruch mit der aus den 50er Jahren stammenden Residenzpflicht. Sie hatte sich zu einer Hürde bei der Gewinnung von Ärzten für die Versorgungstätigkeit in ländlichen Gebieten entwickelt. Auch die von einem halben auf ein ganzes Jahr erweiterte Freistellungsmöglichkeit für Ärztinnen geht in die richtige Richtung, reicht aber bei Weitem nicht aus – etwa mit Blick auf die Elternzeit für Mütter und Väter. Kritisch sehe ich, dass die Entwicklungsmöglichkeiten für MVZ beschnitten wurden, indem der Trägerkreis rechtlich eingengt und MVZ bei der Akquise von Arztsitzen benachteiligt werden. Dies ist ein erheblicher Rückschlag für den Ausbau der fachübergreifenden Versorgung und für die sektor überschreitende Kooperation zwischen Krankenhaus und ambulanter Medizin. Die Zukunft der medizinischen Versorgung vor allem in den ländlichen Regionen ist nicht die Einzelpraxis, sondern es sind neue, trägerbasierte kooperative Organisationsformen wie MVZ oder Ärztenetze.

Was müssen Ärzte für eine freiberufliche oder angestellte Tätigkeit mitbringen?

Wille: Außer einer gewissen charakterlichen Eignung sind einige Fähigkeiten gefordert, die im Medizinstudium und in der Facharztweiterbildung nicht gelehrt werden, damit die Tätigkeit in der eigenen Praxis erfolgreich wird. Unbedingt nötig sind betriebswirtschaftliches Verständnis und Personalführungskompetenz, auch für kleine Praxen. Beides kann man erlernen. Genauso wichtig ist aber, dass der niedergelassene Arzt keinen Tunnelblick auf seine Medizin hat, sondern auch das soziale Umfeld der Praxis, die Stadtteilstruktur und nicht zuletzt die Kollegen in der Umgebung kennt. Denn für die ambulante Patientenversorgung braucht man Weitblick und Rundumsicht.

Köppl: Anders als im Krankenhaus sind Ärzte im MVZ in ihrer ärztlichen Tätigkeit weisungsfrei und damit „Chef“ ihrer MVZ-Praxis, gleichzeitig aber abhängig beschäftigt und Teil einer kooperativen Struktur mit entsprechenden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Diese doppelte Stellung verlangt erhebliche Sensibilität.

Klassische Einzelkämpfer, die jede organisatorische Einmischung in die eigene Praxis ablehnen und alles selbst entscheiden wollen, sind im MVZ – aber auch in Gemeinschaftspraxen – fehl am Platz.

PORTRAIT BERLINER ÄRZTE stellt zwei junge Mediziner vor, die sich erst vor Kurzem entschieden haben, selbstständig bzw. angestellt zu arbeiten, und fragt nach ihren Beweggründen.



Dr. Timo Fischer

„Wer sich ein Leben neben der Medizin vorstellen kann, ist im MVZ goldrichtig.“

Ziemlich entspannt sitzt Dr. Timo Fischer in einem Café an der Friedrichstraße über der Tageszeitung. Der 36-jährige Gastroenterologe ist seit 15. Januar 2012 am Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Marzahn des kommunalen Klinik Konzerns Vivantes angestellt tätig. Seitdem kann er sich wieder öfter beim Kaffee zurücklehnen und den politischen Teil im Deutschen

Ärztblatt lesen. Vor allem aber hat er mehr Zeit für seine beiden ein- und dreijährigen Söhne. „Für diese Lebensphase ist die Teilzeitstelle im MVZ optimal. Wenn die Kinder größer sind, kann ich immer noch mehr arbeiten. Ich habe noch alle Optionen, auch den Weg zurück ins Krankenhaus oder ambulante und stationäre Tätigkeit parallel“, sagt Fischer. Als Oberarzt am Kranken-

haus fühlte sich Fischer zeitlich und mental deutlich stärker beansprucht als jetzt. Vor allem Nacht- und Wochenenddienste waren für das Familienleben sehr belastend. Fischer hat auch eine Niederlassung erwogen. Für den Moment ist er jedoch überzeugt: „Wer sich ein Leben neben der Medizin vorstellen kann, ist im MVZ goldrichtig – das Schlagwort ist hier Work-Life-Balance.“

Fischer hat eine Dreiviertelstelle, genau wie seine Frau, die als Ärztin in der Forschung arbeitet. Im MVZ Marzahn teilt er sich einen KV-Sitz mit einem Kollegen. Ein Hausarzt, ein Psychiater, ein Psychotherapeut und insgesamt sieben medizinische Fachangestellte sind dort außerdem tätig. Das MVZ arbeitet mit dem Klinikum Hellersdorf zusammen. „Das ist nicht nur für die Patienten, sondern auch für den fachlichen Austausch wichtig, damit man nicht irgendwann den wissenschaftlichen Anschluss verliert“, sagt Fischer.

Viele Tätigkeiten, die im Krankenhaus dazu gehörten wie interventionelle Endoskopie, macht der Gastroenterologe ambulant nicht mehr. Denn sie sind entweder nicht abrechenbar oder zu riskant oder logistisch nicht zu leisten. Dafür betreut Fischer nun Patienten mit chronischen Darmerkrankungen. „Je besser man da ist, desto mehr Leid kann man verhindern“, freut er sich. Gut gefällt ihm auch, dass in der ambulanten Medizin das zwischenmenschliche Verhältnis zum Patienten eine große Rolle spielt. „Sprechende Medizin wird von den Patienten wertgeschätzt“, sagt er. Ärgerlich findet er jedoch, dass diese Tätigkeiten wirtschaftlich nicht entsprechend anerkannt werden. Sein Zwischenfazit nach einem halben Jahr im MVZ: „Jetzt weiß ich besser, wie ambulante Medizin funktioniert.“



Dr. Alexander Mach

„Ich habe das nicht gemacht, um 60 Stunden pro Woche zu arbeiten.“

Dr. Alexander Mach ist glücklich. Ein bisschen stolz ist der 42-jährige Allgemeinmediziner auch. Seine Einzelpraxis liegt genau dort, wo er immer als Arzt tätig sein wollte, in einem Ärztehaus in seinem Heimatbezirk Berlin-Mitte, direkt an der Volksbühne. „Der Standort ist genial.“ Und die Praxis sieht genauso aus, wie Mach sie sich vorgestellt hat: Zurückhaltende Farben und gutes Material in edlem Design. „Die Praxis muss mir die Möglichkeit geben, meine Persönlichkeit widerzuspiegeln“, sagt Mach. Dafür hat er einen Kredit aufgenommen. So spricht er nicht nur die Kassenpatienten aus den umliegenden Neubaugebieten an, sondern schafft auch ein Ambiente für Privatpatienten und für seine Selbstzahlerangebote aus dem Bereich der Komplementärmedizin.

„Seit zehn Jahren war mir eigentlich klar, dass ich irgendwann mal meine eigene Praxis haben will.“ Neujahr 2011 hat Mach mit den Vorbereitungen begonnen. Am 9. Januar 2012 hat er die Praxis eröffnet. Bis dahin hat der zeitweise alleinerziehende Vater eines heute 17-jährigen Sohnes sich seine allgemeinmedizinische Weiterbildung in vielen Kliniken zusammengestöpselt und zuletzt auch drei Jahre in einem MVZ gearbeitet. Sein Fazit aus dieser Zeit: „Ich bin kein Angestelltentyp. Das kann man machen, wenn die Familie im Vordergrund steht und die Risikobereitschaft etwas geringer ist. Aber mit medizinischen Ambitionen ist doch die Frage: Warum sollte jemand an meinem Wissen und Können mitverdienen?“ Hinzu kam: „Ich wollte nur noch den Patienten rechenschaftspflichtig sein, nicht Vorgesetzten oder einer Instanz“, sagt Mach. An seiner neuen Tätigkeit

schätzt er vor allem eines: „Es ist ein ganz anderes Gefühl, wenn ich morgens aufstehe, keinen Druck von außen zu haben.“

Mach ist nicht nur sein eigener Chef, sondern beschäftigt auch drei Schwestern auf 2,5 Vollzeitstellen. Rund 800 Kassenpatienten versorgt er pro Quartal. Ob sich die Praxis wirtschaftlich trägt, muss er noch abwarten. Aber dass man mit einer Arztpraxis Bankrott gehen kann, liegt außerhalb seines Vorstellungsbereichs. „Wer richtig viel Geld verdienen will, muss sehr viel mehr Zeit investieren, aber ich habe das nicht gemacht, um 60 Stunden pro Woche zu arbeiten“, sagt er. Vorstellen kann sich Mach dagegen durchaus, dass er in zehn Jahren auf medizinischer Ebene auch noch etwas anders macht. „Dass man auch als Praxisinhaber diese Freiheit hat, sehen viele nicht.“

Die ambulante Versorgung in Berlin in Zahlen

Zahlenangaben zur ambulanten Versorgung in Berlin finden sich im Gesundheitssystem des Berliner Senats (www.gsi-berlin.de). Darauf und auf Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) fußen alle folgenden Angaben. Denn die Kassenärztliche Vereinigung Berlin stellt zur Struktur der ambulanten Versorgung in Berlin und ihrer Entwicklung leider keine Zahlen zur Verfügung. Tatsächlich erlaubt das Zahlenwerk kaum Aussagen über die Gesamtentwicklung der ambulanten Versorgung in der Hauptstadt. Das liegt unter anderem daran, dass jede Statistik die Ärzte in andere Gruppen zusammenfasst. Einige Fakten und Trends zeichnen sich aber dennoch ab:

- Insgesamt waren in Berlin am 31. Dezember 2010 laut GSI nach Daten der Ärztekammer 27.705 Ärzte gemeldet. Die Hälfte davon waren Frauen (50, 8%).
- Der Anteil der Ärztinnen, die ihren Beruf nicht ausüben, nimmt stetig zu. Er stieg von 29,6 Prozent im Jahr 2000 auf 37,1 Ende 2010. Dieser Trend scheint also allen Gegenmaßnahmen zum Trotz ungebrochen. Nicht ausgeschlossen ist aber auch, dass die steigende Zahl der Ärztinnen im Rentenalter sich in diesen Zahlen abbildet (Quelle: GSI auf Basis von Daten der Ärztekammer, 31.12.2010).
- Sowohl von den Ärzten als auch von den Ärztinnen ist gut ein Viertel in der ambulanten Versorgung tätig. Der Anteil hat sich im Vergleich zu 1992 nicht wesentlich verändert, war jedoch um die Jahrtausendwende rund 2,5 Prozentpunkte höher. Die Gesamtzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung in Berlin teilnehmenden Ärzte ist dagegen seit 1992 deutlich von 5480 auf 7443 gestiegen (Quelle: GSI auf Basis von Daten der Ärztekammer, 31.12.2010).
- Eine Statistik auf KV-Datenbasis zählt am 1. Januar 2011 insgesamt 8566 Ärzte und Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Darunter sind 5878 zugelassene Ärzte mit eigenem Kassenarztsitz, wobei auch die angestellten Ärzte der ehemaligen Polikliniken erfasst sind, soweit sie einen eigenen Sitz haben (Quelle: GSI auf KV-Daten-Basis, 1.1.2011).
- Von der Möglichkeit der Teilzeitzulassung wird zunehmender Gebrauch gemacht. Nachdem das GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz das 2009 erlaubt hatte, hatten zunächst zehn Ärzte und Psychologen einen hälftigen Versorgungsauftrag. Im Folgejahr waren es bereits 51 und Anfang 2011 hatte sich die Zahl auf 103 vervielfacht (Quelle: GSI auf KV-Daten-Basis, 1.1.2011).
- Ab dem Jahr 2007 weist diese Statistik auf KV-Datenbasis zudem eine stetig steigende Zahl angestellter Ärzte aus. Sie wuchs zuletzt auf 825. Jedoch ist nicht ganz klar, welche angestellten Ärzte dabei ausgewiesen werden. Denn die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) weist als angestellte Ärzte und Psychotherapeuten nur die aus, die in Praxen angestellt sind. Ihre Zahl ist stets etwa genauso hoch wie die der Angestellten in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).
- Einen deutlichen Anstieg der angestellten Ärzte in Praxen verzeichnet die KBV seit 2007. Von damals bundesweit 3047 hat sich die Zahl bis Ende 2010 auf 7272 mehr als verdoppelt. Möglich ist, dass sich darin die steigende Zahl von ambulanten Weiterbildungsassistenten spiegelt.
- Die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten in MVZ ist bundesweit von 251 in 70 MVZ Ende 2004 auf 8969 in 1700 MVZ im ersten Quartal 2011 gestiegen. Davon waren zuletzt 7657 angestellt. Das sind mehr als 85 Prozent (Quelle: KBV).
- Für Berlin wurden am 1. Januar 2011 insgesamt 140 MVZ (ohne die ehemaligen Polikliniken) gezählt. Davon waren 85 in ärztlicher Trägerschaft. In allen Berliner MVZ waren 649 angestellte und 169 niedergelassene Ärzte und Psychologen tätig (Quelle: GSI auf KV-Daten-Basis)
- Der hausärztliche Versorgungsbereich gliederte sich zuletzt in 1637 Einzelpraxen und 349 Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) mit insgesamt 688 Hausärzten. Für den fachärztlichen Bereich wurden 3724 Einzelpraxen und 514 BAGs mit 1145 Ärzten und Psychologen gezählt. Zudem weist die Statistik 58 fachübergreifende örtliche BAGs mit 166 Ärzten und Psychologen und 55 überörtliche BAGs mit 152 Ärzten und Psychologen aus. (Quelle: GSI auf KV-Daten-Basis, 1.1.2011)



Zur Person

Prof. Dr. med. Detlev Ganten

Prof. Detlev Ganten (Jg. 1941) studierte Medizin in Würzburg, Montpellier (Frankreich) und Tübingen und forschte mehrere Jahre am Clinical Research Institute der McGill Universität in Montreal (Kanada), wo er seinen Doctor of Philosophy (Ph.D.) erwarb. 1975 wurde Detlev Ganten an das Pharmakologische Institut der Universität Heidelberg berufen. 1991 wurde er Gründungsdirektor und Vorstand des Max-Delbrück-Centrums für Molekulare Medizin (MDC) Berlin-Buch.

Von 2004 bis 2008 war Ganten Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Seit 2005 ist Professor Ganten Vorsitzender des Stiftungsrates der Stiftung Charité.

Sein Forschungsgebiet umfasst molekulare Genetik von Herz-Kreislaufkrankungen.

BÄ: Herr Professor Ganten, Sie sind Gründungsvater des Weltgesundheitsgipfels in Berlin, dem World Health Summit, der in diesem Jahr zum 4. Mal stattfindet. Was waren damals Ihre Beweggründe, diesen Kongress zu initiieren und nach Berlin zu holen?

Ganten: Als 2009 die Feierlichkeiten zum 300-jährigen Jubiläum der Charité-Universitätsmedizin Berlin geplant wurden, bot sich die einmalige Gelegenheit, einen Weltgesundheitsgipfel in Berlin zu etablieren, der sich auf die große Tradition

„Wir müssen Gesundheit und Medizin neu denken“

Vom 21. bis 24. Oktober findet in diesem Jahr zum vierten Mal der World Health Summit in Berlin statt. BERLINER ÄRZTE sprach mit dem Initiator und Präsidenten des World Health Summit, Prof. Dr. med. Detlev Ganten.



dieser Einrichtung bezieht und Vertreter aus Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und Zivilgesellschaft versammelt. Die Charité und die „Berliner Schule“ haben vor circa 150 Jahren die Entwicklung der Medizin weltweit geprägt. [...] Virchows Credo, „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen“, wies darauf hin, dass Gesundheit mehr ist als Medizin, es war der Beginn des Public Health Gedankens. [...] Wir wollten [...] darauf aufmerksam machen, welch bedeutsame Rolle Berlin früher gespielt hat und sich jetzt anschickt, wieder einzunehmen. [...] Wir wollten im Jahr 300 der Charité die Zukunft beginnen. [...]

BÄ: Welche Themen stehen in diesem Jahr auf der Agenda und warum?

Ganten: Das Jahr 2012 steht für den World Health Summit ganz unter dem Titel „Research for Health and Sustainable Development“ und fokussiert vor allem, dass die Wissenschaft jetzt mehr Verantwortung übernehmen muss für die Anwendung in der Praxis und für die Verbesserung der Gesundheit der Weltbevölkerung. Zurzeit ist es noch so, dass die Menschen paradoxerweise nicht gesünder, sondern kränker werden. Wir müssen neben den Infektionskrankheiten dringend Lösungsansätze für die medizinischen Herausforderungen der Non-Communicable Diseases, also der nicht übertragbaren Krankheiten (NCD), finden. Ein ungesunder Lebensstil ist einer der Hauptgründe, warum sich heutzutage Krankheiten wie Fettleibigkeit, Diabetes,

Bluthochdruck usw. in der ganzen Welt immer drastischer ausbreiten. Das bedeutet nicht nur schwerwiegende Folgen für jedes individuelle Schicksal, sondern auch enorme ökonomische Risiken, die sich hinter einer epidemischen Verbreitung dieser Krankheiten verbergen. [...] Wie jedes Jahr wird beim World Health Summit das gewählte Motto jeden Tag unter bestimmten Einzelthemen präsentiert und diskutiert. So sind wir gespannt auf die Vorträge und Diskussionen zum Thema Krankheiten unter neuen Lebensbedingungen, zum Beispiel in der rasch expandierenden urbanisierten Welt und in Hinblick auf den Klimawandel (Diseases of Modern Environments). Es geht aber auch um die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in praktische Politik (Translating Research into Policy), um die Gesundheitsökonomie und um die Be-

ANZEIGE

zahlbarkeit der notwendigen Gesundheitssysteme (Health and Economics). Ein weithin unterschätzter Aspekt ist die Ausbildung der Gesundheitsberufe, die viel differenzierter sein sollte als das vereinfachte alte Ausbildungssystem von Arzt und Pflegekraft (Educating Health Professionals).

Ein besonderer thematischer Schwerpunkt widmet sich dem Thema „Informationstechnologien und Gesundheit“, von der personalisierten Medizin, über die Systembiologie bis zur Gesundheitskarte und Telemedizin.

BÄ: Welche Fachexperten haben Sie eingeladen und an wen richtet sich der World Health Summit 2012?

Ganten: Eingeladen ist grundsätzlich jeder, der sich für globale Gesundheit und nachhaltige Verbesserung allgemeiner und individueller Lebenssituationen interessiert und darüber mit interessanten Menschen offen und vorurteilsfrei diskutieren möchte. Bei uns ist jeder willkommen. [...] Dieser Ansatz bringt jedes Jahr circa 1.500 Teilnehmer nach Berlin. Unter ihnen sind Entscheider aus Wissenschaft, Politik und Wirtschaft, aber auch Vertreter der Zivilgesellschaft, internationale NGOs, Medien, zukünftige Führungskräfte, Studenten und viele mehr. [...]

BÄ: Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um die Herausforderungen einer weltweit besseren Patientenversorgung anzugehen?

Welche Weichen müssen neu gestellt, wo ein Umdenken eingefordert werden? Wo sehen Sie die größten Hindernisse?

Ganten: Noch nie war unser Wissen über Krankheiten, deren Ursachen und Therapieansätze so umfassend wie heute. Von den sieben Milliarden Menschen auf dieser Erde haben aber nur circa eine Milliarde Menschen Zugang zu moderner Medizin. Wir dürfen nicht mehr warten und zusehen, dass die Menschen krank werden und dann versuchen, sie zu behandeln. Das ist allein finanziell zukünftig nicht mehr darstellbar.

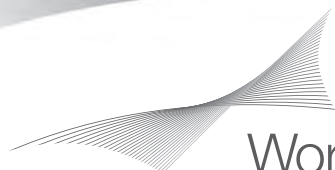
Gesundheits-erhaltung und Vorbeugung sind die obersten Ziele. Das heißt, wir müssen Gesundheit und Medizin neu denken. Erkennen und vorbeugen, anstatt abwarten und behandeln. Das zählt für arme Länder genauso wie für reiche. [...] Ausbildung der auf Prävention orientierten Gesundheitsberufe und Aufklärung der Bevölkerung sind hierfür wichtige Voraussetzungen. [...]

BÄ: Lernen die Studenten von heute die richtige Medizin für morgen?

Ganten: Eine gute und wichtige Frage. Medizin ist zu Recht konservativ, denn für das Neue muss immer erst nachgewiesen werden, dass es besser ist als die bestehende Praxis. Allerdings bin ich der Meinung, dass es neue Konzepte der Medizin gibt, die noch nicht die notwendige Aufmerksamkeit in Forschung und Lehre haben. Ich meine eine Medizin, die mehr als bisher die Auseinandersetzung des Individuums mit der Umwelt und den Lebensbedingungen einbezieht und die neben der Familiengeschichte auch die Menschheitsgeschichte betrachtet. Ich meine das Konzept der Evolutionären Medizin. Die Prinzipien der Evolution sind ja die Einzigartigkeit des Individuums, seine Vitalität unter den aktuellen Bedingungen seiner Umgebung und natürlich Reproduktion. [...] Die Kluft zwischen unserer evolutionären, alten Biologie und unserer modernen Lebensweise führt zu Zivilisationskrankheiten, die über 80 % aller Kosten verursachen. Die Evolutionäre Medizin könnte für neue Forschung und vor allen Dingen für die Prävention von Krankheiten die Augen öffnen. [...]



Unter der Schirmherrschaft von
Angela Merkel
Bundeskanzlerin
François Hollande
Staatspräsident der Französischen Republik



Charité Berlin World Health Summit

Research for Health and Sustainable Development

5 Tracks, 50 Sessions, 500 Diskussionen

Tracks:

Diseases of Modern Environments
Translating Research into Policy
Health and Economics
Educating Health Professionals
Information Technology for Health

Sprecher:

Josef Ackermann
Peter Agre
Daniel Bahr
Michael Bloomberg
Aaron Ciechanover
Laurie Garrett
Zsuzsanna Jakab
u.v.m.

Share Your Experience

Berlin | 21. - 24. Oktober 2012

Anmeldung unter: www.worldhealthsummit.org



BÄ: Die Ärztekammer Berlin hält angesichts des immer größeren Einflusses der Pharmaindustrie die Bedeutung von „Sauberen Wissen“, also evidenzbasierten, unabhängigen Informationen für die wichtigste Ressource im 21. Jahrhundert und für einen zentralen Schlüssel zur Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung. Wie sehen Sie das?

Ganten: Wissenschaft muss frei sein und ärztliches Handeln muss wissenschaftlich basiert sein. Informationen müssen immer so unabhängig und evidenzbasiert wie möglich behandelt werden. Das primäre Interesse sollte sein, Kranken und Bedürftigen zu helfen; eine Verbesserung ihrer Lage muss Fokus und Hauptantrieb medizinischen Handelns sein. Es kann und darf nicht sein, dass mit Geld Entscheidungen beeinflusst werden, deren Grundlage bei sauberer Betrachtung als zweifelhaft bezeichnet werden muss. Der World Health Summit fördert und fordert eine intensivierte Kommunikation aller Parteien, also auch zwischen Forschung, Industrie, Ärzten und Betroffenen. Transparenz ist im Interesse aller und ist Voraussetzung für wissenschaftliche Evidenz. Ich bin darüber hinaus der Meinung, dass dieses auch im Interesse der Industrie ist, und dass das von der Mehrzahl auch so gesehen wird.

BÄ: Namhafte exzellente medizinische Fakultäten und akademische Forschungseinrichtungen aus aller Welt, die sog. „M8-Allianz“, treffen sich einmal jährlich auf dem World Health Summit, um „durch internationale Kooperation von Wissenschaft und Politik langfristig dem Menschenrecht auf Gesundheit weltweit zum Durchbruch zu verhelfen“. Angesichts zahlreicher Krisengebiete und notleidender Länder weltweit, aber auch angesichts der politisch motivierten Debatte um die Gesundheitsreform in den USA, wie nah oder wie entfernt sind wir von einer globalen Gesundheitsversorgung und dem Grundrecht des Einzelnen auf Gesundheit?

Ganten: Verantwortliche und Regierungen auf der ganzen Welt spüren den wachsenden Druck, mehr für die Gesundheit zu tun. Es ist aber teuer, mit den jetzigen Konzepten ein hochqualifiziertes Gesundheitssystem zu organisieren und zu bezah-

len. Das wird durch die Wirtschaftskrise und seine Folgen noch erschwert. Mit einem Umdenken kann aus dieser Krise aber eine Chance erwachsen. Das bestehende System muss verändert werden, um sich den veränderten Bedingungen zu stellen. Die Art der Finanzierung muss grundsätzlich hinterfragt werden, wodurch bei richtiger Aufstellung mehr Geld für Gesundheit vorhanden sein könnte, andererseits aber auch mehr Gesundheit für das Geld erreicht werden kann. [...] Dafür muss zum Beispiel über Priorisierung der Forschungsthemen, der praktischen Medizin und der Prävention diskutiert werden, es müssen Kooperationen zwischen öffentlichen und privaten Institutionen geschaffen werden, es muss genauso über die Behandlung geistigen Eigentums und Regularien für die Herstellung, Verteilung und Kosten der Medikamente gesprochen werden. Eines muss uns aber klar sein: Wir können keine Welt ohne Krankheit erreichen – Krankheit und Tod sind Teil unseres Lebens. Wir müssen aber alles tun, die großen Ungerechtigkeiten des Zugangs zu moderner Medizin, der Verteilung der Mittel und der Möglichkeiten der Bildung als Voraussetzung für Gesundheit zu verbessern. Da ist heute sehr viel möglich, wenn wir es wollen und gemeinsam handeln. [...]

BÄ: Welche Aktivitäten leben nach dem Gipfel fort? Wie nachhaltig ist der Gipfel?

Ganten: Der World Health Summit wächst und entwickelt sich von Jahr zu Jahr, seine Stimme wird immer deutlicher gehört.

Namhafte Sprecher melden sich zu Wort, entwickeln Vorschläge, machen auf Missstände aufmerksam und werden dank der Medien über das örtliche Publikum hinaus gehört. Die Ergebnisse der gemeinsamen Gespräche und Diskussionen gehen auch nach dem Summit weiter, wenn jeder in sein Land zurückgeht. Die nationalen Akademien verfassen Stellungnahmen, die an die nationalen Regierungen aber auch an die internationalen Organisationen wie die Vereinten Nationen und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weitergegeben werden. Wir sehen uns nicht als Entscheider, wir bestimmen keine nationale Gesundheitspolitik. Wir versuchen aber, guten Ideen auf dem World Health Summit ein Forum zu geben. Nichts ist wirksamer als eine gute Idee zur richtigen Zeit. [...]

BÄ: Herr Prof. Ganten, wir danken Ihnen für das Gespräch und wünschen viel Erfolg für den diesjährigen World Health Summit.

Ganten: Ich bedanke mich für die interessanten Fragen, wir freuen uns sehr über das Interesse der Berliner Ärzteschaft, die ich herzlich einlade, zum World Health Summit ins traditionelle Langenbeck Virchow Haus zu kommen.

Das Interview führte Michaela Peeters.

Es handelt sich hier um eine gekürzte Fassung. Das vollständige Interview finden Sie unter <http://www.aerztekammer-berlin.de> ▶ Presse ▶ Meldungen

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
■ 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	16 Std. Kurs zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragte/r sowie Transfusionsverantwortliche/r (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
■ 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.27)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Dr. med. Katrin Werner Tel.: 40806-1403 Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: i.wegner@aekb.de Tel.: 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)
■ 07.01.–16.01.2013 (Kursteil C1) 16.01.–25.01.2013 (Kursteil C2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs C: 960 € Kursteile C1, C2: 480 €	60 P pro Kursteil
■ 28.02.–02.03.2013 und 14.03.–16.03.2013	40 Std. Kurs (Teil 1+2) zum Erwerb der Qualifikation Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie (4,0 Std. Kurs, Curriculum der Bundesärztekammer)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel: 40806-1401 Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: r.drendel@aekb.de Teilnehmergebühr: 750,00 €	40 P

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 und jede Ärztin kennt das mulmige Gefühl, Patienten oder Angehörigen eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Die widerstreitenden 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. 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.

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. Anhand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten SimulationspatientInnen geübt und bearbeitet.

Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. med. Ch. Klapp

Termin: Freitag, 07.12.2012 – Samstag, 08.12.2012

Ort: Ärztekammer 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

Kursgebühr: 290 Euro, 17 Fortbildungspunkte.

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: 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

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Neue Arzneimittel 2011/2012 –

eine kritische Bewertung/aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit

Die Arzt-Apotheker-Kommission der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin freut sich, die diesjährige Herbst-Fortbildungsveranstaltung in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) auszurichten.

Die AkdÄ berät als wissenschaftlicher Fachausschuss die Bundesärztekammer in allen das Arzneimittelwesen betreffenden wissenschaftlichen Fragen. Zu den Aufgaben der AkdÄ zählt aber auch, Ärzte unabhängig von Pharmainteressen über eine rationale Arzneimitteltherapie zu informieren und über Risiken aufzuklären. In Zusammenarbeit mit den für die Arzneimittelsicherheit zuständigen Bundesoberbehörden ist sie beteiligt an der Erfassung, Dokumentation und Auswertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

Im Mittelpunkt der Herbst-Fortbildungsveranstaltung stehen zwei Vorträge: Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe nimmt eine kritische Bewertung neuer Arzneimittel der Jahre 2011/2012 vor. Dr. med. Thomas Stammschulte referiert über aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit. Beide Beiträge widmen sich den Themen unter besonderer Beachtung klinisch-praktischer Aspekte der Patientenversorgung.

Im Anschluss an die Vorträge besteht hinreichend Möglichkeit zur moderierten Fachdiskussion mit den Experten.

Referenten: Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg, Mitglied der AkdÄ

Dr. med. Thomas Stammschulte, Facharzt für Innere Medizin, Berlin, AkdÄ

Moderator: Markus Müller, Arzt-Apotheker-Kommission der Apothekerkammer Berlin

Termin: 07.11.2012, 20:00 bis 21:30 Uhr

Ort: BITTE BEACHTEN

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

Verkehrsverbindungen: U 6 Oranienburger Tor/Bus 123 Robert-Koch-Platz; Bus 147 Luisenstr./Charité; Bus 240 Robert-Koch-Platz

Anerkannt mit 3 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

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 Frühjahr 2013 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 18.02. - 23.02.2013 / Woche 2: 15.04. - 20.04.2013 / Woche 3: 03.06. - 08.06.2013 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 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-Kurs2013@aekb.de

Ein Zentrum ist kein Zentrum ist kein Zentrum ist kein Zentrum ist kein Zentrum

Wann ist der Arzt ein „Zentrum“? – Nach jahrelanger (Rechts-) Unsicherheit erklärt uns der Bundesgerichtshof den Begriff „Zentrum“.

Vielversprechende Bezeichnungen legen sich Leistungserbringer im Gesundheitswesen zuweilen zu, um den Patientenstrom in ihre Richtung zu lenken. Ein besonderes Kapitel nehmen dabei Wortschöpfungen ein, die sich rund um den Begriff des „Zentrums“ ranken. Ob „Laser-Venen-Zentrum“, „Reisemedizinisches Zentrum“ oder „Neurologisch/Vaskuläres Zentrum“, gemein ist diesen von Gerichten beurteilten Bezeichnungen, dass sich dahinter lediglich Arztpraxen, Zusammenschlüsse von Ärztinnen und Ärzten oder Fachabteilungen von Krankenhäusern verbergen, die sich von anderen ihrer Art nicht wesentlich unterscheiden.

Von konkurrierenden Einrichtungen wegen der Verwendung solcher Bezeichnungen eingeleitete Wettbewerbsverfahren sind dabei in der Vergangenheit vielfach zu Lasten der betroffenen Einrichtungen und Arztpraxen ausgegangen. Entscheidend für die Frage, ob eine Bezeichnung irreführend und damit wettbewerbswidrig ist, sind immer die Vorstellungen, die ein in einem bestimmten Zusammenhang verwendeter Begriff bei einem erheblichen Teil der damit Umworbene hervorruft. Bereits im Jahr 2001 hatte es das Landgericht Hamburg unter diesen Voraussetzungen für irreführend gehalten, wenn ein räumlich gesonderter Teil einer Hautarztpraxis als „Laser-Venen-Zentrum“ bezeichnet wird. Unter einem Zentrum sei eine Einrichtung zu verstehen, die absolut gesehen eine beträchtliche Größe aufweise und relativ betrachtet eine deutlich überragende Bedeutung habe (LG Hamburg 10.04.2001; 312 O 17/01). Das Landgericht Mannheim bewertete im Jahr 2004 die Bezeichnung „Gesundheitszentrum“ für eine Einzelpraxis als irreführend (LG Mannheim 02.04.2004; 7 O 255/03). Ebenfalls 2004 hatte das Oberlandesgericht München die Bezeichnung eines Zusammenschlusses von Ärzten zur Behandlung des Mammakarzinoms als „Brustzentrum“ als Wettbewerbsverstoß gewertet (OLG Mün-

chen 11.11.2004; 29 U 4629/04). Die Bezeichnung „Zentrum“ weise nach wie vor auf die besondere Größe und Bedeutung einer Institution hin. Bereits dem allgemeinen Sprachgebrauch folgend sei darunter koordinierte und konzentrierte Fachkompetenz in all denjenigen Disziplinen zu erwarten, die bei der Behandlung des Mammakarzinoms involviert sind; eine Kompetenz, die sich nicht nur in gesicherter Qualifikation, sondern auch in entsprechender Erfahrung niederschläge.

Bedeutungswandel – ja oder nein?

Den Tierärzten ging es derweilen nicht besser. Die 1. Kammer für Handelssachen beim Landgericht Passau konnte im Jahr 2007 der Bezeichnung einer Tierarztpraxis als „Gesundheitszentrum für Kleintiere“ nichts abgewinnen und verurteilte den Praxisinhaber zur Unterlassung bei Meidung eines Ordnungsgeldes bis zu 250.000 Euro (LG Passau 22.07.2007; 1HK O 60/06). Ohne Belang war dabei ein sog. Obiter Dictum (lat. „Nebenbei Gesagtes“), zu dem sich das Bundesverfassungsgericht in 2005 im Zusammenhang mit einem Nichtannahmebeschluss hat hinreißen lassen (Beschluss vom 09.02.2005; BvR 2751/04). Das Bundesverfassungsgericht lehnte die Annahme der Ver-

fassungsbeschwerde gegen die Entscheidung des Tierärztlichen Berufsgerichts Niedersachsen vom 23.07.2004 (BG 1/04) wegen fehlender grundsätzlicher verfassungsrechtlicher Bedeutung ab; das Tierärztliche Berufsgericht hatte einer Tierarztpraxis die Bezeichnung als „Zentrum für Kleintiermedizin“ verwehrt. Gleichwohl konstatierte das höchste deutsche Gericht pauschal und ohne dass es für die Entscheidung erheblich war: Der Begriff des „Zentrums“ habe mittlerweile im Zusammenhang mit der Bezeichnung von „Dienstleistungslokalitäten“ einen Bedeutungswandel erfahren. Die zugrundeliegenden Entscheidungen unterlägen erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken. Das Landgericht Passau maß diesen Feststellungen des Bundesverfassungsgerichts „keine durchgreifende Bedeutung“ bei.

Bedeutendes Unternehmen in der Region?

In nachfolgenden Entscheidungen, die hier nicht weiter erwähnt werden müssen, hielten Gerichte am ursprünglichen Wortsinn des Begriffs „Zentrum“ fest, nachdem damit in aller Regel ein Hinweis auf ein bedeutendes Unternehmen in der Region verstanden werde. Das Oberlandesgericht Köln macht im Jahr 2007 mit eindrücklichen Beispielen deutlich, was es darunter versteht: z.B. „Einkaufszentrum“, „Handelszentrum“, „Rechenzentrum“ (OLG Köln 16.11.2007; 6U 71/07). Bildgewaltiger hätte uns das Gericht seine Auffassung nicht näher bringen können: Der Tante-Emma-Laden ist eben kein Einkaufszentrum, der Dorfkern kein Handelszentrum und der Laptop kein Rechenzentrum. Sofern die nach der Auffassung der Gerichte so gesehenen Voraussetzungen erfüllt waren, hatten die betroffenen Ärzte in den Gerichtsverfahren auch Erfolg.

Diese Exegese nicht nachvollzogen haben jedoch das Landgericht Erfurt mit seiner Entscheidung vom 22.04.2008 (1 HK O 221/07) über den Begriff „Rheumazentrum“ als Bezeichnung für ein MVZ sowie das Verwaltungsgericht

Münster in seiner Entscheidung vom 20.02.2008 (16 K 1597/07.T) über die Bezeichnung einer Hausarztpraxis als „Hausarztzentrum“. Beide Gerichte haben sich auf den o. g. Nichtannahmebeschluss des Bundesverfassungsgerichts bezogen und wegen eines angenommenen Bedeutungswandels des Zentrumsbegriffs eine Irreführung bzw. eine Irrtumserregung durch die Verwendung der Bezeichnungen verneint.

Nachdem sich im Zuge dieser Verfahren auch nicht wenige Rechtsanwälte sowie Juristen der Rechtsabteilungen der Landesärztekammern immer wieder der Frage gewidmet haben: „Wann ist der Arzt ein Zentrum?“, erklärt uns nun der Bundesgerichtshof (BGH) in seiner (Revisions-) Entscheidung vom 18.01.2012 diesen Begriff. In dem zu entscheidenden Fall trug die Unterabteilung einer Krankenhausabteilung für Innere Medizin und Frührehabilitation die Bezeichnung „Neurologisch/Vaskuläres Zentrum“. Diese Bezeichnung wurde von der ersten Instanz als wettbewerbswidrig angesehen. Die zweite Instanz hatte die Bezeichnung jedoch als nicht irreführend bewertet. Das Berufungsgericht ging dabei davon aus, dass der Begriff „Zentrum“, ähnlich wie die mittlerweile modische Bezeichnung „Center“, einen Bedeutungswandel erfahren habe. Insbesondere im Dienstleistungsbereich werde dieser Begriff für sich allein nicht mehr als Hinweis auf Größe und besondere Bedeutung einer Einrichtung verstanden. Auch die Verankerung des Begriffs „Medizinisches Versorgungszentrum“ (MVZ) im Vertragsarztrecht habe zu einer gewissen Relativierung geführt.

Die Perspektive des Umworbene

Der BGH ist dieser Auffassung entgegengetreten und wertete die Verwendung des Begriffs im vorliegenden Fall als „erheblich“ irreführend. Der Begriff „Zentrum“ werde im Grundsatz immer noch als Charakterisierung für ein Unternehmen nach Bedeutung und Größe verstanden oder jedenfalls von

den Umworbene „auf einen entsprechenden Tatsachekern zurückgeführt“. Da wo mit den Oberlandesgerichten noch die juristischen Einkaufs-, Handels- und Rechenzentren mit dem Kasus befasst waren, befinden wir uns mit dem Bundesgerichtshof nunmehr mitten im juristischen Delikatessengeschäft: Der BGH ergründet den „Tatsachekern“ des Begriffs „Zentrum“ – seinen Nukleus, oder, wenn wir es mit der Literatur halten, sein wahres Wesen – und führt uns dabei nonchalant dessen Universum vor Augen: Um seinen verdichteten Charakter herum, der sich aus Bedeutung und Größe heraus definiert, kann es noch so bunt und vielfältig zugehen, ihn können Anglizismen (z.B. Center) oder prekäre Wortschöpfungen (z.B. Kompetenzzentrum) umkreisen, das alles ficht sein wahres Wesen nicht an. Und wegen seiner „Kernkraft“ verstehen die mit dem Begriff Umworbene dies auch ganz genau!

Der BGH folgert daher: Die Werbeadressaten würden im vorliegenden Fall aufgrund der Verwendung des Begriffs annehmen, die Unterabteilung des Krankenhauses habe besondere Bedeutung und verfüge über eine jedenfalls über den Durchschnitt hinausgehende Kompetenz, Ausstattung und Erfahrung. Da dies auf die betreffende Krankenhausunterabteilung jedoch nicht zutrefte, ging der BGH von einer wettbewerbswidrigen Werbung mit möglicher nachfolgender Schadensersatzpflicht aus.

Ob der BGH mit seiner Entscheidung das letzte Wort zum Kasus „Zentrum“ haben wird, bleibt abzuwarten. Allerdings sollten sich Anhänger des Zentrumsbegriffs nicht zu große Hoffnungen machen. Der Nichtannahmebeschluss des Bundesverfassungsgerichts musste vom BGH nicht berücksichtigt werden. Das Bundesverfassungsgericht hatte die Sache nicht zur Entscheidung angenommen und hat daher in der Sache auch nicht entschieden. Im Wettbewerbsrecht kommt es zudem nicht darauf an, ob ein Begriff im Allgemeinen einen Bedeutungswandel erfahren hat, sondern darauf, wie die Werbeadressaten bezogen auf eine be-

stimmte Werbung einen Begriff auffassen. Der Unterschied zwischen einer ärztlichen und einer tierärztlichen Praxis liegt im Übrigen auf der Hand und zwar sowohl im Hinblick auf die Perspektive der Werbeadressaten als auch auf die jeweils betroffenen Gemeinwohlbelange.

Fazit: Die Verwendung des Begriffs „Zentrum“ als Bezeichnung für eine Arztpraxis ist auch weiterhin mit erheblichen wettbewerbsrechtlichen Risiken verbunden. Entsprechendes gilt auch für Bezeichnungen wie „Institut“ oder „Klinik“. Kammerangehörige, die meinen, die Voraussetzungen für die Verwendung solcher Bezeichnungen zu erfüllen, sollten sich eingehend beraten lassen und können sich im Zweifelsfall an die Abteilung Berufsrecht der Ärztekammer Berlin wenden. Telefonische Beratungszeiten und Ansprechpartner können der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de entnommen werden.

Martina Jaklin ist Leiterin der Abteilung Berufsrecht der Ärztekammer Berlin



ANZEIGE

für das 1. Halbjahr 2012

Erste Daten nach Meldepflicht für nosokomiale Ausbrüche

Übersicht über das Infektionsgeschehen im Land Berlin

Tabelle 1 – Gemäß IfSG meldepflichtige Erreger / Krankheiten

Stand: 10.07.2012	1. Halbjahr 2012				1. Halbjahr 2011		
	Berlin		Deutschland		Berlin		
Meldekategorie	Rang	Anzahl	Inzidenz**	Inzidenz**	Rang	Anzahl	Inzidenz**
Norovirus *	1	4.802	140,1		1	5.477	160,9
<i>klinisch-labor-diagnostische Fälle</i>		2.492	72,7	91,8		2.566	75,4
<i>klinisch-epidemiologische Fälle ohne Labornachweis</i>		2.310	67,4			2.911	85,5
Rotavirus	2	1.633	47,7	36,8	4	1.322	38,8
Campylobacter	3	1.222	35,7	26,9	3	1.475	43,3
Influenza	4	359	10,5	12,9	2	2.891	84,9
Salmonellose	5	284	8,3	9,4	5	343	10,1
Hepatitis C	6	280	8,2	2,9	7	281	8,3
Giardiasis	7	211	6,2	2,3	8	230	6,8
Tuberkulose	8	171	5,0	2,4	10	132	3,9
MRSA	9	143	4,2	2,5	9	135	4,0
E. coli-Enteritis (nicht EHEC)	10	142	4,1	2,9	6	290	8,5

* bei Noroviren werden bundesweit seit Anfang 2011 ausschließlich laborbestätigte Fälle übermittelt; im Land Berlin werden zusätzlich auch im Rahmen von Ausbruchsgeschehen klinisch-epidemiologische Fälle übermittelt; seit August 2011 sind außerdem nosokomiale Ausbrüche nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bundesweit meldepflichtig

** Inzidenz = Fallzahl pro 100.000 Einwohner; folgende Einwohnerzahlen bilden die Berechnungsgrundlage der Inzidenzen: Berlin, 2012 – 3.427.114 (Amt für Statistik Berlin Brandenburg; Stand 31.12.2011); Berlin, 2011 – 3.404.382 (Amt für Statistik Berlin Brandenburg; Stand 30.06.2011); Deutschland, 2012 – 81.751.602 (Statistisches Bundesamt; Stand 31.12.2010)

Im Land Berlin wurden im ersten Halbjahr 2012 gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) insgesamt 9.618 Erkrankungsfälle gemeldet, 13.171 im Vergleichszeitraum 2011. In Tabelle 1 werden die zehn häufigsten Infektionserreger aufgeführt, von denen sieben Erreger gastrointestinale Erkrankungen verursachen. Die **Halbjahresinzidenzen** lagen bei Noroviren, Salmonellen und Influenza in Berlin niedriger, bei den übrigen sieben meist gemeldeten Erregern höher als die im bundesweiten Durchschnitt (Tabelle 1).

Bei den sechs häufigsten Enteritiserregern kam es zu einem Rückgang der Gesamtmeldezahlen um 9%. Nur bei Infektionen mit **Rotaviren** war ein Anstieg zu verzeichnen. **Noroviren, Campylobacter, Salmonellen, Giardien, pathogene Escherichia coli (außer EHEC)** gingen ebenso wie **Shigellen** zurück. **Enterohämorrhagische E. coli (EHEC)** wurden in der ersten Jahreshälfte immer noch häufiger als im langjährigen Mittel gemeldet (27 Fälle), der pathogene Stamm O104:H4 wurde jedoch in keinem Fall nachge-

wiesen. Darüber hinaus wurde ein Fall von **HUS** gemeldet. Im Rahmen des EHEC-HUS-Ausbruchs durch kontaminierte Sprossen mit Schwerpunkt in Norddeutschland waren im 1. Halbjahr des Vorjahres in Berlin noch 17 HUS-Fälle registriert worden.

Fallzahl und Inzidenz der **Hepatitis C** sind unverändert im Vergleich zum 1. Halbjahr 2011.

Die Zahl der **Tuberkulosefälle** stieg im Vergleichszeitraum um über 30% erneut deutlich an (von 132 auf 171 Fälle). Die Inzidenz lag in Berlin auch weiterhin deutlich über dem bundesweiten Wert. Im Vergleich zu anderen deutschen Großstädten liegen die Inzidenzen für Tuberkulose in Frankfurt a. M. und München höher, in Hamburg niedriger als in Berlin.

Besondere Infektionsgeschehen im Land Berlin

- (I) Die Zahl der gemeldeten **Influenza**-Fälle blieb auch im ersten Halbjahr 2012 äußerst gering (359 Fälle verglichen mit 2.891 Fällen). Influenza B und Influenza A/H₃N₂ wurden häufiger diagnostiziert, während Influenza A/H₁N₁ weiter rückläufige Tendenz aufwies.
- (II) Größere **Masernausbrüche** wie in den beiden Vorjahren wurden in 2012 bisher nicht gemeldet. Mit 15 Fällen und einer Inzidenz von 0,44 Fällen pro 100.000 Einwohner wies Berlin aber neben Bayern im 1. Halbjahr 2012 bundesweit den höchsten Wert auf. Seit 2010 steigt der Anteil von erkrankten Säuglingen im Alter bis zu einem Jahr. Diese können noch nicht gegen Masern geimpft werden, ihr Schutz hängt von der Herdenimmunität ab. Auch Fälle bei ungeimpften Personen jenseits des Kindes- und Jugendalters nehmen

Tabelle 2 – Nosokomiale Ausbrüche (ohne Ausbrüche durch Noroviren)

Stand: 20.07.2012

Erreger	Zahl der Ausbrüche	Fallzahlen pro Ausbruch	Gesamtfallzahl aller Ausbrüche
Acinetobacter baumannii	5	3 – 8	23
Clostridium difficile	5	2 – 5	16
Enterococcus faecium	1	4	4
Escherichia coli mit ESBL-Eigenschaften	2	5	10
Rotavirus	1	30	30
Vancomycin-resistenter Enterococcus (VRE)	1	17	17
Staphylococcus aureus (kein MRSA)	1	15	15
Gesamtzahlen	16	2 – 30	115

* Nosokomiale Ausbrüche sind gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) erst seit August 2011 übermittlungspflichtig, daher liegen für das 1. Halbjahr 2011 noch keine Vergleichszahlen auf Landesebene vor. Bundesweite Daten wurden für 2012 noch nicht veröffentlicht.

zu. Krankenhausbehandlungen werden häufiger gemeldet, im Berichtszeitraum wurde u. a. ein Fall von Masernenzephalitis berichtet.

(III) Erstmals seit Einführung des IfSG in 2001 wurde in Berlin eine Infektion mit **Anthrax** gemeldet. Es handelte sich um eine Hautinfektion nach Injektion möglicherweise verunreinigten Heroins. In Deutschland und anderen europäischen Ländern sind ähnliche Fälle aufgetreten, so dass ein epidemiologischer Zusammenhang zwischen den Fällen vermutet wird.

nen Einrichtung ohne Angabe von Patientennamen an das zuständige Gesundheitsamt (§11 Abs. 2 IfSG), wo das entsprechende Meldeformular zur Verfügung steht.

Die regelmäßig erscheinenden, aktuellen **infektionsepidemiologischen Wochenberichte Epi-Info** des LAGeSo können über den Praxisservice von der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KVB) über folgenden Link abgerufen werden:

http://www.kvberlin.de/20praxis/8oservice/87lageso_infos/index.html

Ansprechpartner:

Dr. med. Jörg Bätzing-Feigenbaum MPH DTM&P

Facharzt für Allgemeinmedizin
Rettenungsmedizin, Infektiologie,
Tropenmedizin

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Berlin (LAGeSo)

Fachgruppe Infektionsschutz/Infektions-
epidemiologie

Turmstr. 21 / Haus A

10559 Berlin

Tel. 030-90229-2434

E-Mail: infektionsschutz@lageso.berlin.de

ANZEIGE

Nosokomiale Ausbrüche – Neue Meldepflicht nach IfSG seit August 2011

Bundesweit besteht seit August 2011 nach einer Novellierung des IfSG eine Melde- und Übermittlungspflicht von nosokomialen Ausbrüchen. Im ersten Halbjahr 2012 wurden in Berlin 16 nosokomiale Ausbrüche gemeldet (Tabelle 2; nicht berücksichtigt wurden Ausbrüche durch Noroviren). Am häufigsten mit jeweils fünf Geschehen waren Acinetobacter baumannii und Clostridium difficile. Auch Erreger mit Resistenzeigenschaften wurden gemeldet wie z. B. Escherichia coli mit ESBL-Eigenschaften und Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE), jedoch keine Klebsiellen. Die Meldung erfolgt von der betroffe-

MUT: Fortbildungskurse für Arzthelfer/innen und MFA

Die MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH bietet ab September wieder Fortbildungskurse für **Arzthelfer/innen** und **Medizinische Fachangestellte** an. Nachfolgend finden Sie eine Übersicht über die Kurse der kommenden Monate.

Kurzübersicht:

Tag	Datum	Zeit	Std.	Dozent/in	Thema	Kurs-Nr.	Gebühr
Mi	12.09.2012	18:00 bis 21:00	4	Herr Barho	EKG-Kurs für Medizinisches Fachpers.	01/12	64,00 €
Sa	22.09.2012	09:00 bis 13:00	4	Frau Lobitz	Laborkunde	02/12	45,00 €
Sa	22.09.2012	09:00 bis 13:45	5	Frau Pfeiffer	Blutentnahme	03/12	55,00 €
Sa	20.10.2012	09:00 bis 13:00	4	Frau Nießen	Injektionslehre – Anfänger	04/12	55,00 €
Sa	03.11.2012	09:00 bis 12:00	4	Herr Sauer	Notfälle in der Arztpraxis Teil 1	05/12	55,00 €
Mi	07.11.2012	18:00 bis 21:00	4	Herr Barho	Kardiologische Notfälle	06/12	50,00 €
Sa	10.11.2012	09:00 bis 12:00	4	Herr Sauer	Notfälle in der Arztpraxis Teil 2	07/12	55,00 €
Sa	17.11.2012	09:00 bis 13:45	5	Frau Nießen	Injektionslehre – Fortgeschrittene	08/12	55,00 €
Mi	21.11.2012	18:00 bis 21:00	4	Herr Barho	EKG-Kurs für Medizinisches Fachpers.	09/12	64,00 €

<p>Kurs: 01/12 Datum: Mi. 12.09.2012 Dauer: 18:00 – 21:00 Uhr</p> <p>Kurs: 09/12 Datum: Mi. 21.11.2012 Dauer: 18:00 – 21:00 Uhr</p>	<p>EKG für medizinisches Fachpersonal</p> <p>Inhalt: Anatomische Grundlagen Physiologische Grundlagen Schenkelblockbilder Herzinfarkt/KHK Tachykardie und bradykarde Herzrhythmusstörungen Spezielle Krankheitsbilder</p> <p>Achtung: Abweichender Veranstaltungsort! Kardiologische Praxis Christian Barho Ansbacher Straße 17 - 19, 10787 Berlin</p>	<p>Gebühren: 64,00 €</p> <p>Dozent: Christian Barho (Arzt für Innere Medizin und Kardiologie)</p>
<p>Kurs: 02/12 Datum: Sa. 22.09.2012 Dauer: 09:00 – 13:00 Uhr</p>	<p>Laborkunde für die Arztpraxis – neue Trends, neue Technologien</p> <p>Inhalt: Laborregeln Arbeitsbedingungen und -vorschriften Mutterschutz im Labor Verletzungen und Infektionen vorbeugen Blut- und Urinanalyse Probenversand</p>	<p>Gebühren: 45,00 €</p> <p>Dozentin: Carmen Lobitz (staatl. anerkannte Lehrkraft für MTAL, freie Trainerin)</p>
<p>Kurs: 03/12 Datum: Sa. 22.09.2012 Dauer: 09:00 – 13:45 Uhr</p>	<p>Blutentnahme</p> <p>Inhalt: Blutentnahmesysteme Hygienerichtlinien Störmöglichkeiten bei der Blutentnahme Präanalytik/Maßnahmen nach der Analyse-Verordnung Planung, Entnahme und Transport</p> <p>Achtung: Wenn Sie die Verwendung des Vakutainer-Systems üben wollen, bringen Sie bitte die nötigen Materialien selbst aus Ihrer Praxis mit.</p>	<p>Gebühren: 55,00 €</p> <p>Dozentin: Brigitte Pfeiffer (Krankenschwester und Dipl. Pflegepädagogin, FH)</p>

<p>Kurs: 04/12 Datum: Sa. 20.10..2012 Dauer: 09:00 – 13:00 Uhr</p>	<p>Injektionslehre für Anfänger</p> <p>nur für Berufseinsteiger, Quereinsteiger und Auszubildende</p> <p>Inhalt: Rechtliche Grundlagen Injektionsmaterialien Hygienevorschriften Indikationen/Kontraindikationen Durchführung der subcutanen Injektion Komplikationen</p>	<p>Gebühren: 55,00 €</p> <p>Dozentin: Petra Nießen (Krankenschwester und Dipl. Pflegepädagogin, FH)</p>
<p>Kurs: 08/12 Datum: Sa. 17.11.2012 Dauer: 09:00 – 13:45 Uhr</p>	<p>Injektionslehre für Fortgeschrittene</p> <p>Grundkenntnisse der Injektionstechnik sind Voraussetzung</p> <p>Inhalt: Rechtliche Grundlagen Technik der intramuskulären Injektion Hygienische Aspekte Komplikationen</p>	<p>Gebühren: 55,00 €</p> <p>Dozentin: Petra Nießen (Krankenschwester und Dipl. Pflegepädagogin, FH)</p>
<p>Kurs: 06/12 Datum: Mi. 07.11.2012 Dauer: 18:00 – 21:00 Uhr</p>	<p>Kardiologische Notfälle</p> <p>Inhalt: Herz-Lungen-Wiederbelebung Defibrillation Rhythmusstörungen Notfallmedikamente</p> <p>Achtung: Abweichender Veranstaltungsort! Kardiologische Praxis Christian Barho Ansbacher Straße 17 - 19, 10787 Berlin</p>	<p>Gebühren: 50,00 €</p> <p>Dozent: Christian Barho (Arzt für Innere Medizin und Kardiologie)</p>
<p>Kurs: 05/12 Datum: Sa. 03.11.2012 Dauer: 09:00 – 12:00 Uhr</p>	<p>Notfälle in der ärztlichen Praxis Teil 1</p> <p>Inhalt: Management von Notfallsituationen Sofortmaßnahmen z.B. bei Blutungen, Schock, Bewusstlosigkeit Notfalluntersuchung</p>	<p>Gebühren: 55,00 €</p> <p>Dozent: Jochen Sauer (Lehrer für Krankenpflege)</p>
<p>Kurs: 07/12 Datum: Sa. 10.11.2012 Dauer: 09:00 – 12:00 Uhr</p>	<p>Notfälle in der ärztlichen Praxis Teil 2</p> <p>Inhalt: Ärztlicher Notfallkoffer ABC-Maßnahmen Assistenz bei Reanimations-Maßnahmen durch den Arzt mit praktischen Übungen</p>	<p>Gebühren: 55,00 €</p> <p>Dozent: Jochen Sauer (Lehrer für Krankenpflege)</p>

Topographie der Vertreibung

Wanderausstellung über jüdische Ärzte Berlins

Man stelle sich vor, mehr als die Hälfte der Berliner Ärzte dürften plötzlich ihren Beruf nicht mehr ausüben. Unvorstellbar? Vor einem dreiviertel Jahrhundert aber Realität. Denn 60 Prozent der Ärzte in Berlin (wie auch in Frankfurt/Main) waren Juden; im deutschen Durchschnitt 16 Prozent. Ihre Verfolgung, Vertreibung, Vernichtung ist Thema einer ebenso informativen wie bewegenden Ausstellung. Vom 9. September an wird sie zuerst im Rathaus Schöneberg gezeigt, wandert dann aber weiter, später bis nach New York.



Prof. Abraham Buschke (Mitte) im Kreise seiner Mitarbeiter

In den ausgemusterten Leuchtkästen wurden früher Röntgenbilder betrachtet. Jetzt sollen hier die dunklen, wunden Stellen der Medizingeschichte gerade auch dieser Stadt ein bisschen besser durchleuchtet werden, sagt die Berliner Neurologin und Psychotherapeutin Ruth Jacob, Kuratorin der Ausstellung (s. auch ihr Editorial auf S. 3). Sie hat die Kästen eigenhändig herangeschleppt, hat die Ausstellung angeregt und konzipiert; ebenso, zusammen mit der Historikerin Ruth Federspiel, das wissenschaftlichen Ansprüchen genügende Begleitbuch mit Beiträgen von Ärzten und Historikern und einem Vorwort des Berliner Kammerpräsidenten Günther Jonitz. Auf der Suche nach Spuren der verfolgten und oft vergessenen Kollegen wurde die Ärztin nebenbei zur Zeithistorikerin. Die Spurensuche war oft vergeblich, dann nämlich, wenn die ganze Familie dem Rassenwahn der Nazis zum Opfer gefallen war. Dann konnte Ruth Jacob keine Nachkommen in den USA und in Israel besuchen und befragen. Deshalb sind die exemplarischen zwölf Ärzteschicksale, Mittelpunkt der Ausstellung wie auch des Buchs, nicht ganz repräsentativ. Ein paar Beispiele:

Abraham Buschke (Abb.), ein hochangesehener Dermatologe, war bis 1933 Chefarzt am Rudolf-Virchow-Krankenhaus und Professor für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Charité. Noch 1937 konnte er einer ehrenvollen Vortragseinladung in die USA folgen. Obwohl seine drei Söhne – zwei davon Ärzte – schon dort lebten, blieb er nicht, denn seine Frau hatte nicht mitreisen dürfen. Von 1939 an arbeitete er unentgeltlich im Jüdischen Krankenhaus und

Foto: Begleitbuch

Berliner Ärzte auch im Internet:

[www.berliner-aerzte.net!](http://www.berliner-aerzte.net)

konnte sich nur als „Krankenbehandler“ jüdischer Patienten niederlassen. Dann wurde er auch aus Praxis und Wohnung in der Motzstraße 72 vertrieben. Buschke starb 1943 im KZ Theresienstadt an Avitaminose.

Für den vertriebenen Charitéprofessor Abraham Buschke hat die Charité die Patenschaft übernommen, das heißt, für dessen Dokumentation. Denn Ausstellungen kosten einiges, auch bei starkem ehrenamtlichem Engagement. Paten von Paul Siegmund Fleischmann wiederum wurden die Chefärzte des Auguste Viktoria-Krankenhauses (AVK). Fleischmann war Chefarzt der II. Inneren des Schöneberger Krankenhauses. Weihnachten 1933 fand er auf seinem Schreibtisch die Kündigung vor – mit sofortiger Wirkung. Der Familie gelang die Emigration, aber in Großbritannien musste der 57-jährige Chefarzt und Professor erst die Medical School besuchen und alle britischen Examina ablegen, ehe er – fast als „feindlicher Ausländer“ interniert – sich dank einer Ausnahmegenehmigung in London niederlassen konnte.

Auch eines Arztheepaares wird hier gedacht: Albert Falk, Kinderarzt, und Erna Falk, praktische Ärztin, wohnten und praktizierten in der Schöneberger Hauptstraße 30. Er nahm sich 1938 das Leben, sie konnte 1939 mit den Kindern nach Australien emigrieren. Immer wieder Schöneberg? Ausstellung und Begleitbuch heißen „Jüdische Ärzte in Schöneberg. Topographie einer Vertreibung“.

Aber die Bedeutung des Projekts reicht weit über die Bezirksgrenzen hinaus, nicht nur, weil nicht alle der hier vorgestellten Ärzte Schöneberger waren. Im Rathaus Schöneberg ist seit 2010 dauerhaft die Ausstellung „Wir waren Nachbarn“ zu sehen, in welcher sich die Besucher derzeit in 142 Biographien verfolgter jüdischer Schöneberger vertiefen können. (BERLINER ÄRZTE hat in Heft 3/2012, S. 31-38 schon darüber berichtet, denn dieses Jahr stehen die Ärzte im Zentrum des Projekts.) Seit diesem Jahr hat der Verein für Begegnung und Erinnerung „frag doch!“ die Organisation und Weiterentwicklung der Ausstellung übernommen, um sie

so langfristig im Rathaus erhalten zu können. Der Verein „frag doch“ unterstützt und begleitet daher auch diese Sonderausstellung, die auch die Hintergründe und die Stufen der Verfolgung der jüdischen Ärzte beleuchtet und die Angehörigen zu Wort kommen lässt. Der Untertitel „Topographie einer Vertreibung“ ist Programm: In einem historischen Stadtplan Schönebergs findet man die Adressen von über 350 jüdischen Ärzten, die einst Nachbarn waren: Eine enorme Rechercheleistung, die Geschichte konkret sichtbar gemacht.

R. St.

*Ausstellungsort:
Rathaus Schöneberg, Foyer
Vom 10.9.2012 bis 7.10.2012
Vernissage: 9.9.2012, 14 Uhr
Durchgehend geöffnet
Finissage: 7.10.2012, 17 Uhr*

*Begleitbuch: Jüdische Ärzte in Schöneberg –
Topographie einer Vertreibung. Hrsg. Ruth
Jacob u. Ruth Federspiel. Hentrich & Hentrich,
Berlin 2012. 120 Seiten, Preis 14,90 Euro*

Kann Epilepsie ausheilen?

Ist Epilepsie auf lange Sicht „heilbar“? Mit diesem Begriff geht man in der Medizin vorsichtig um. Sagen wir also besser: Wie sieht die Langzeit-Prognose aus? Diese Frage beschäftigt den Berliner Neurologen Dieter Janz, Altmeister der Epileptologie, auch mit 92 Jahren noch. Jetzt nutzte er die Chancen seines Alters und brachte eine wohl einmalige retrospektive Studie in Gang, die fast 45 Jahre zurückreicht. Die systematische Befragung von mehr als 200 seiner ehemaligen Patienten hatte sehr erfreuliches Ergebnis.

Die bisher für die juvenile myoklonische Epilepsie geltende Empfehlung einer lebenslangen medikamentösen Therapie ist obsolet geworden.“ Es handelt sich hier um eine der beiden häufigsten Formen der idiopathischen, generalisierten Epilepsien. Die Patienten leiden unter „plötzlich durch die Arme fahrenden, meist morgendlichen Zuckungen“, wie Janz das deutlichste Symptom dieser Anfälle schildert. Weniger leicht zu erkennen ist die andere Form: Absence-Epilepsien (früher „Petit mal“ genannt) bei Kindern und bei Jugendlichen mit kurzer, weniger als eine Minute dauernder Abwesenheit (Unansprechbarkeit), in der Regel ohne Krämpfe.

Auf diese beiden Epilepsieformen konzentriert sich die Studie. Befragt wurden lege artis behandelte Personen, deren Krankheit vor mindestens 20 Jahren und vor höchstens 45 Jahren begann: 147 mit Absence-Epilepsien (AE) und 66

mit juveniler myoklonischer Epilepsie (JME). Die Ergebnisse:

Anfallsfrei geblieben waren mehr als die Hälfte (51% AE, 59% JME) seit mindestens fünf Jahren, ein Drittel (20% AE, 28% JME) seit 10 bis 20 Jahren oder sogar über die gesamte Verlaufszeit. Mehr als Zweidrittel (71% AE, 72% JME) nahmen weiterhin antikonvulsiv wirkende Mittel. Aber ein Sechstel nimmt seit mehr als fünf Jahren keine Medikamente mehr ein.

In einem ersten Vortrag über die noch unveröffentlichte Studie sprach Janz diesen Sommer in Stuttgart auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie (früher Deutsche Liga gegen Epilepsie) speziell über die juvenile myoklonische Epilepsie. Bei 14 Patienten konnten die Antikonvulsiva im Laufe der Zeit abgesetzt werden. Nur bei drei von ihnen kam es zu Rückfällen, elf blieben an-

fallsfrei. Dem größten Teil kann man also die lebenslange Arzneimittelaufnahme ersparen, die bisher Standard war.

Im Gespräch mit BERLINER ÄRZTE übermittelte Janz den Lesern in diesem Zusammenhang eine Warnung: Epilepsie ist nicht gleich Epilepsie. Die Wahl unter den zahlreichen Antiepileptika ist schwierig, die individuelle Dosierung ebenfalls. Es muss also sehr sorgfältig verordnet werden. So darf man zum Beispiel bei juveniler myoklonischer Epilepsie kein Carbamazepin-Präparat geben, weil dies die Krankheit sogar verschlimmern würde.

Mit der Patientenbefragung für diese Verlaufsstudie waren zwei junge Ärztinnen betraut, Philine Senf und Andrea Kirschbaum. Beraten wurden sie außer von Janz selbst von seiner letzten Schülerin Bettina Schmitz, Chefärztin der Klinik für Neurologie (mit Epilepsiezentrum) im Vivantes-Humboldt-Klinikum, und von Martin Holtkamp, Leiter der Epileptologie an der Neurologischen Klinik der Charité.

Mehrere Publikationen sind geplant; eine erste Mitteilung veröffentlichte Janz im Rundbrief der „Stiftung Michael zur Bekämpfung der Anfallskrankheiten und ihrer individuellen und sozialen Folgen“, deren Stiftungsrat er angehört. Er hat sie lange Jahre geleitet; jetzt hat Bettina Schmitz den Vorsitz übernommen.

Die Stiftung „Michael“ feiert in diesem Herbst ihr fünfzigjähriges Bestehen. Sie fördert nach wie vor patientenorientierte Forschung, epileptologische Fortbildung von Ärzten und von Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe, epilepsieorientierte Sozialarbeit sowie Aufklärung der Öffentlichkeit über die Anfallskrankheiten. Dieter Janz selbst präsidiert noch immer jedes Jahr einem dreitägigen Praxisseminar für epileptologisch interessierte Ärzte in Gargnano am Gardasee. Geleitet wird es von Bettina Schmitz und Ulrich Stephani, Univ.-Kinderklinik Kiel.

Rosemarie Stein

Ingeborg Rapoport zum 100. Geburtstag

Was für Geburtswehen, welche leidenschaftlichen zähen Kämpfe sprechen aus den Charité-Akten über die Entstehung des ersten europäischen Lehrstuhls für Neonatologie Ende der 1960er Jahre! 1968 wird Professor Ingeborg Rapoport zur ordentlichen Professorin für Neonatologie berufen, Höhepunkt unter mehreren richtungsweisenden Neugründungen im Bereich der Perinatalogie in diesen Jahren, an denen sie maßgeblich beteiligt war. Ingeborg Rapoport begründete an der Charité das Fachgebiet Neonatologie, errichtete 1970 eine der ersten deutschen Abteilungen für Neonatologie (mit Klinik und klinisch/experimenteller Forschungsabteilung!), ist Mitbegründerin sowie erste stellvertretende Vorsitzende der Gesellschaft für Perinatalogie der DDR (1968) und schuf gemeinsam mit einer Vielzahl engagierter Kollegen das interdisziplinäre nationale Forschungsprojekt „Perinatalogie“ (1969), in dem sie abrechenbare Projektkonzepte, die Erarbeitung langfristiger Prognosen und eine translationsorientierte Forschung durchsetzte – mit dem Ziel, bei der Gesundheitsversorgung von Mutter und Kind messbare Erfolge zu erreichen wie zum Beispiel die beachtliche Senkung der Säuglingssterblichkeit in den 1970er und 1980er Jahren. Auch dafür wurde die leidenschaftliche Forscherin, engagierte Kinderärztin und Lehrerin, streitbare Reformerin und überzeugte Sozialistin 1984 mit dem Nationalpreis der DDR geehrt.

Ingeborg Rapoport, geb. Syllm, wurde am 2. September 1912 in Kribi, Kamerun (damals deutsche Kolonie) als Tochter eines Kaufmanns und einer Musikerin geboren, verlebte ihre Kindheit und Jugend in Hamburg und studierte von 1932 bis 1937 Medizin, den „Dr. med.“ aber verweigerten ihr als Halbjüdin die Behörden. Zunächst arbeitete sie als Ärztin in Hamburg, konnte 1938 in die USA emigrieren,

fand Anstellungen in Krankenhäusern in New York City und Akron/Ohio, studierte in Philadelphia (1940-1942; Abschluss MD), bekam ein Internship in Baltimore und wurde schließlich 1943 Assistentin von Helen Taussig (1898-1986; bedeutende Kinderkardiologin) an der Kinderklinik der Johns Hopkins Universität. Mit 32 Jahren (1944) wechselte sie ans Children's Hospital/Univ. Cincinnati/Ohio. In Cincinnati lernte sie ihren späteren Ehemann Mitja Rapoport kennen, den sie 1946 heiratete. Aus dieser Ehe sind vier Kinder hervorgegangen.

1950 erhält ihr Ehemann während einer Kongressreise in Europa eine Vorladung vor das McCarthy-Tribunal für antikommunistische Umtriebe. Um den antikomunistischen Verfolgungen in den USA zu entgehen, flieht Inge Rapoport, hochschwanger, mit den drei kleinen Kindern zu ihrem Mann. Nach vergeblichen Bemühungen von Mitja Rapoport um eine



Prof. Dr. Ingeborg Rapoport, Aufnahme vor ca. 40 Jahren (1972)



Prof. Dr. Ingeborg Rapoport, aktuelle Aufnahme

Anstellung an der Wiener Universität nimmt er 1952 den Ruf auf eine Professur für Physiologische Chemie an der Charité an. Die Familie siedelt nach Ost-Berlin über. Inge Rapoport wird nach Aspirantur und Habilitation 1958 Mitarbeiterin und 1959 Dozentin an der Charité-Kinderklinik. Dort leitete sie die Säuglings- u. Frühgeborenenstationen, aus denen sie allmählich eine Abteilung für Neonatologie formte. 1964 zur Professorin mit Lehrauftrag berufen, folgte 1967 die Professur mit vollem Lehrauftrag und 1968 die ordentliche Professur für Pädiatrie (Neonatalogie). Mit der Umstrukturierung der Charité-Frauenklinik 1970 zu einer Art Perinatalzentrum wurde der Lehrstuhl und die neugegründete Abt. Neonatalogie dort integriert. Bis zu ihrer unerwünschten Emeritierung 1973 entwickelte Inge Rapoport zielstrebig ihre Abteilung inhaltlich und strukturell mit dem Neuaufbau einer Station für Neugeborenen-Intensivtherapie und der Forschungsabteilung (Schwerpunkte Bilirubin, Hypoxie, Surfactant) weiter. Nach 1973 arbeitete sie bis weit in die 1980er Jahre hinein wissenschaftlich im Labor und als Teilkomplexleiterin im Forschungsprojekt „Perinatalogie“. Als leidenschaftliche Förderin des wissenschaftlichen Nachwuchses wirkte sie lange noch als Ratgeberin und gütige Schirmherrin für die jüngeren und inzwischen „gestandenen“ älteren Schüler. 1997, im Alter von 85 Jahren, veröffentlichte sie ihr lesenswertes Buch „Meine ersten drei Leben: Erinnerungen“, in dem Erlebnisse beider Rapoports reflektiert und gewertet werden, beispielhaft für den Verlauf des an blutigen und unblutigen Konfrontationen reichen 20. Jahrhunderts.

Die Charité ehrt die vitale Jubilarin anlässlich ihres 100. Geburtstags am 29. September 2012 mit einer „biografischen Annäherung“ und am 8. Oktober 2012 mit einem akademischen Festakt für sie und ihren Mann, S. M. Rapoport (27. 11. 1912 – 7. 7. 2004).

Ihre vielen Freunde und die große Schülerschar (ihre „Kinder“) gratulieren ihr sehr herzlich.

Professor em. Roland R. Wauer

Ein Standardwerk geht in eine neue Runde

„Harrison's Principles of Internal Medicine“ ist seit 1950 das Paradebeispiel für ein medizinisches Standardwerk, das mit hoher Reputation ausgestattet von Medizinstudenten bis zu Fachärzten als die Referenz angesehen wird, die bekannte Lehrmeinungen und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse der gesamten Inneren Medizin umfassend darstellt. Kein anderes Lehrbuch besitzt so ein hohes, unangefochtenes Ansehen. Werden Mediziner nach ihrer Meinung über den Harrison gefragt, so wird es in einem Atemzug als die „Bibel der Inneren Medizin“ benannt, auf das andere medizinische Fachbereiche aufgrund seiner einzigartigen Tiefgründigkeit und Aktualität oft mit Neid blicken.

Über Jahrzehnte gab es lediglich eine englischsprachige Version des Harrison, die in Deutschland zu erwerben war. Seit 1995 wird das Standardwerk auch in einer deutschen Version angeboten und verkörpert wie sein englischer Bruder die für den Harrison legendäre Tugend, Krankheiten und ihre Therapien nicht nur zu beschreiben, sondern zu erklären. Hierbei steht er dem vielerorts bestehenden Trend von Lehrbüchern entgegen, vieles so kurz wie möglich in Stichwörtern, Abkürzungen und unvollständigen Sätzen zu schildern. Der Harrison baut auf seine Stärke, Krankheiten und ihre pathophysiologischen Hintergründe bis in die kleinsten Details zu schildern, was diesem Werk einen nahezu enzyklopädischen Charakter verleiht. Für ein schnelles Nachschlagen dient der Harrison sicherlich nicht; zu umfangreich sind dafür die Beschreibungen aller auch noch so kleinen Teilgebiete der Inneren Medizin.

Im Zeitalter des Internets mit der stets bestehenden Möglichkeit des schnellen, unkomplizierten Nachlesens kompakter Zusammenfassungen be-

steht der Harrison durch seinen Vorzug der tiefgreifenden Inhaltsdarstellung. Dies erscheint erwünscht und nachgefragt wie nie zuvor. Anders ist eine – für ein deutschsprachiges Medizinlehrbuch – so hohe Auflagenstärke von 15.000 Exemplaren nicht zu erklären.

Die nun erschienene 18. Auflage besteht erstmals aus vier Bänden mit insgesamt 4.500 Seiten und bringt es auf beachtliche acht Kilogramm Gesamtgewicht. Zudem ist der Erwerb der neuen Auflage verbunden mit der Möglichkeit, online zusätzliche Kapitel einzusehen und sämtliche Abbildungen der Auflage digital aus einer Bilddatenbank herunterzuladen.

Wie seine Vorgänger trägt die aktuelle Ausgabe erneut eine Berliner Handschrift, da mehr als die Hälfte der deutschen Autoren Mitarbeiter der Charité sind. Diese prägen die jetzige Version des deutschsprachigen Harrisons so deutlich wie nie zuvor und schafften ein Werk, das sich vom englischsprachigen Bruder nicht nur unterscheidet, sondern positiv abhebt. Beispielhaft hierfür ist die gesamte EHEC Darstellung, die in der englischsprachigen Version komplett fehlt. Leitlinien wie die für die Tuberkulose Therapie sind denen der europäischen und deutschen Fachgesellschaften angepasst.

Zudem findet sich eine besondere Betonung der Bedeutung von Biomarkern im kardiologischen und pulmonologischen Bereich, die in dieser Ausprägung in der amerikanischen Version nicht zu erkennen ist. Der Expertise der Wissenschaftler der Charité ist es mit zu verdanken, dass die Kapitel wie zum Beispiel über entzündliche Darmerkrankungen, der Psoriasis oder der Porphyrien in ihrer Nachhaltigkeit, Tiefgründigkeit und Aktualität ihresgleichen in der Welt der erhältlichen Lehrbücher suchen.

Darüber hinaus unterscheidet sich die 18. Version von ihrem Vorgänger auch durch die aktualisierte Darstellung neuer Antikörpertherapien im Bereich der Onkologie, Dermatologie und Rheumatologie. Themengebiete wie die der Bedeutung des Mikrobioms, des Alterns des Menschen und die Frage nach geschlechterspezifischen Unterschieden in der Genese und Therapie von Erkrankungen finden jetzt mehr Raum und Akzeptanz.

Nicht das Gesamtgewicht oder die Anzahl der Autoren, sondern das Streben nach umfassender Wissensvermittlung machen dieses Werk erneut zu einem fabelhaften Beispiel für ein exzellentes Lehrbuch, das von überzeugten Lesern liebevoll als „grauer Gigant“ bezeichnet wird.

Die 18. deutsche Auflage von Harrisons Innere Medizin ist im Fachhandel erhältlich und ist bis zum Ablauf der Subskriptionsfrist am 14.09.2012 für einen reduzierten Kaufpreis von 249,95 Euro zu erwerben. Perfekt wird ein medizinisches Lehrbuch wohl nie sein, doch der deutsche Harrison kommt dieser Beschreibung atemberaubend nahe.

Dr. med. Peter Bobbert

Harrisons Innere Medizin
ABW Wissenschaftsverlag
18. Auflage
ISBN-10: 394061520X
Preis: 249,95 Euro (bis 14.9.12)

Uraltes Expertenwissen

im Pergamonmuseum erlebbar gemacht

In Ägypten behandle jeder Arzt nur eine bestimmte Krankheit, und alles sei voll von Ärzten, schrieb Herodot, der früheste griechische Historiker. Zumindest die medizinische Literatur war dort aufgefächert. Erhalten sind Papyri beispielsweise über Gynäkologie, Ophthalmologie, Zahnmedizin und sogar Subspezialitäten wie Proktologie. Hepatologen wussten zweitausend Jahre lang alles über die Leber und ihre einzelnen Teile.

Allerdings behandelte der Spezialist keine Leberkranken. Vielmehr ermittelte der hochangesehene Zukunftsforscher in Staats- oder Tempeldiensten („baru“ in Mesopotamien, „Haruspex“ in Rom) vor wichtigen Entscheidungen das Kommen- und den Götterwillen. (Und noch heute glauben wir den Prognostikern, auch wenn sie zum Beispiel die Wiedervereinigung oder die Finanzkrise nicht vorhergesagt.)

Nachzulesen ist dies im Medizinkapitel des gut geschriebenen und reich illustrierten Begleitbuchs zur Ausstellung „Jenseits des Horizonts – Raum und Wissen in den Kulturen der Alten Welt“. Das Buch ist noch interessanter als die große Ausstellung im Pergamonmuseum, denn es vertieft sie erheblich. Ärgerliche Mängel hat es dennoch: Es fungiert selbst ansatzweise nicht als Katalog. Man erfährt nicht einmal, ob die Abbildungen ausgestellte Objekte zeigen, einige sind im Text gar nicht erwähnt. In der Bildlegende einer gleich zweimal abgebildeten mittelalterlichen Darstellung eines kopfunter Aufgehängten heißt es vage, sie zeige „eine in den antiken Texten beschriebene Heilmethode“. Kurze kryptische Quellenhinweise im Fließtext sind nirgends erläutert.

Jahrtausendlang waren Ärzte zugleich Magier, behandelten Körper und Seele zugleich. In Babylon gab es aber auch die Zweiteilung der Medizin, die ein paar Millenniumen später Thure von Uexküll kriti-

sierte: In Ägypten für Körper ohne Seelen und Ärzte für Seelen ohne Körper, Verletzungen, Operationen. Zähneziehen und Arzneimittelbeschaffung waren Sache der „asu“. Dagegen mussten die „aschipu“, die Psychosomatiker/Psychotherapeuten, mit Hilfe eines Diagnosehandbuchs (40 Tontafeln aus dem 11. Jahrhundert vor Chr.) herausfinden, welche Gottheit durch Fehlverhalten des Patienten sich so beleidigt fühlte, dass sie ihn mit Krankheit bestrafte, etwa einer schweren Depression. In einem komplizierten Ritual, zu dem Gewissenserforschung und Beichte gehörten, musste die Gottheit versöhnt und ihr Bann gebrochen werden.

Im Zweistromland, Wiege der menschlichen Kultur einschließlich der Medizin, waren die Gelehrten aber auch mit Heilmitteln vertraut, die zum Teil noch heute als wirksam beurteilt werden. Um Unbefugte abzuschrecken, „vergällten“ sie ihre Rezepte mit ekelhaften Zutaten. Jeder Kenner wusste das zu deuten, liest man in diesem Buch. Von Nichtkennern aber wurde die vermeintliche „Drecksapotheke“ noch bis ins 18. Jahrhundert hinein blindlings mit allen Ingredienzien angewandt.

Und das, obwohl schon mit den Griechen die hippokratische Aufklärung kam. Nicht die Götter, sondern die natürlichen Verhältnisse und das eigene Verhalten waren nun maßgebend für Krankheit und Gesundheit. Trotz allem Bemühen um Wissenschaftlichkeit aber blieb die irrationale Unterströmung stark, früher mit Fluch- und Abwehrzauber, aber auch mit Bitt- und Dank-Votiven (s. Abbildung), heute mit Pseudoplacebos aller Art.

Die Medizin ist hier aber nur ein Mosaikstein. Man erfährt Bewundernswertes über wissenschaftliche Erkenntnisse auf



Foto: Begleitbuch

Augenpaarvotiv aus römischer Zeit (1. – 3. Jh. nach Chr.)

vielen Gebieten sowie ihre praktische Anwendung in den alten Kulturen: Über die uralte Astronomie und ein multifunktionales feinmechanisches Wunderwerk („Mechanismus von Antithera“), einen griechischen astronomischen Kalender, als Nachbau ebenso zu betrachten wie ein römischer Meilenzählwagen; über die Erfindung der Schrift Ende des 4. Jahrtausends – nicht für die Dichtung, sondern für die Wirtschaft; über die Vermessung von Raum und Zeit und die monumentalen Bauten und Straßen der Römer; über die Kartierung der bekannten und unbekannt Welt (ein Jenseitsführer mit Kartenskizze fand sich auf dem Boden ägyptischer Sarkophage); über das uralte Wissen von der Erde nicht als Scheibe, sondern als Kugel: Der Himmelsglobus umschloss den Erdglobus, wie in der Ausstellung anschaulich gemacht.

Vieles von dem, was man hier sehen und lesen kann, fußt auf den Forschungsergebnissen der etwa zweihundert Wissenschaftler aus dreißig Disziplinen und einem halben Dutzend Institutionen, die seit 2007 zusammenarbeiten: im „Exzellenzcluster Topoi“. Das „Wechselspiel von Raum und Wissen in den Kulturen der alten Welt“ (so der Untertitel) steht im Hintergrund.

Pergamonmuseum, bis 30.09., Fr bis Mi 10-18, Do bis 21 Uhr. – Am 13.9. um 18 Uhr führen drei der beteiligten Experten durch die Ausstellung.

Rosemarie Stein

BERLINER ÄRZTE

9/2012 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

S.6: Das Logo „Be Smart - Don't Start“ ist im Besitz des
Transport for London und ein eingetragenes Warenzeichen.

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de, E-Mail: mb@l-va.de
Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, 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