

BERLINER ÄRZTE

11 / 2012 49. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztelammer Berlin



Sicherheitslücke im Datenschutz?

Die elektronische
Gesundheitskarte in
der Diskussion

Psychische Probleme von Migranten – Patienten mit Migrationshintergrund



Foto: wbp/r

PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak
ist Ltd. Oberärztin der Psychiatrischen
Universitätsklinik der Charité im
St. Hedwig-Krankenhaus

Deutschland beheimatet mittlerweile eine Vielzahl von Kulturen. Dies ist eine Realität, der wir uns auch seitens der Ärzteschaft stellen müssen. 19,6 % der Bevölkerung (>15,7 Millionen Menschen) verfügen gemäß Mikrozensus 2011 über einen Migrationshintergrund. In Berlin sind dies etwa 25 % (>850.000 Menschen). Dabei definiert man „Mensch mit Migrationshintergrund“ als Bürger, die selbst nach 1949 in Deutschland eingereist sind oder ihre Nachkommen. Hinter dieser Bevölkerungsgruppe verbirgt sich eine äußerst heterogene Gruppe von Menschen aus verschiedensten Herkunftsländern und Kulturen. Alleine in Berlin leben derzeit mehr als 190 Nationalitäten. Dass sich die sozioökonomischen Lebenssituationen, das Bildungsniveau und der Aufenthaltsstatus sehr unterscheiden, liegt nahe. Erklärungsansätze für psychische Störung, Krankheitsverständnis und damit in entscheidendem Maße auch Behandlungserwartungen sowie Compliance und Adhärenz sind von kulturellen Einflüssen geprägt. Im Alltag bedeutet dies, dass sich der kulturelle Hintergrund

von Arzt und Patient häufig unterscheidet. Reicht zum Beispiel ein Arzt seiner muslimischen Patientin bei der Begrüßung wohlgemeint die Hand, so kann dies leicht zu Irritationen auf Seiten der Patientin führen. Alleine eine respektvolle Nachfrage „Wie begrüßt man sich in Ihrer Kultur?“ könnte das Vertrauen zum behandelnden Arzt stärken und einen „Türöffner“ für eine erfolgreiche Behandlung darstellen. Oder denken wir an Kulturen, in denen eine autoritäre Arzt-Patient-Beziehung die Regel ist. Besonders viele und weitreichende Missverständnisse entstehen in der Kommunikation. Dabei geht es gar nicht einmal so sehr um die rein sprachliche Kompetenz, als vielmehr um ihren soziokulturellen Kontext. Erschwerend kommt noch hinzu, dass es sich bei Menschen mit Migrationshintergrund oft um Menschen handelt, die eine wahre Odyssee hinter sich haben. Schon die Migrationserfahrung kann potentiell pathogen wirken und sich auf Behandlungsverläufe auswirken. Wie viel mehr trifft dies bei Menschen mit Diskriminierungs- und Traumatisierungserfahrungen vielfältigster Art zu. Oder denken wir an Scham und Stigmatisierung gerade im Bereich von psychischen Störungen. Mangelnde Kenntnisse über das Gesundheitssystem, deren Anlaufstellen und kommunikative Barrieren führen regelmäßig zu Unter-, Über- und Fehlversorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Kostenseitig

stellt dies einen nicht unbedeutenden Faktor in unserem Gesundheitssystem bei den Mehraufwendungen für Diagnostik, Therapie und Pflege dar.

Wir benötigen zeitgemäßere und angemessenere Rahmenbedingungen, besonders wenn es um die Behandlung von psychischen Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund geht. Kein einheitliches Gericht würde ein Verfahren ohne Hinzuziehung eines professionellen Dolmetschers führen, wenn davon ausgegangen werden muss, dass größere sprachliche Unsicherheiten zu erwarten sind. Wir im medizinischen Bereich führen Diagnosen und Therapien mit für den Menschen oft wesentlich weitreichenden Folgen durch, ohne auf professionelle Sprach- und Kulturvermittler zurückgreifen zu können.

Solange uns noch keine zeitgemäßen strukturellen Rahmenbedingungen vorliegen, werden wir uns als behandelnde Ärzte weiterhin mit unseren rein menschlichen Fertigkeiten wie Offenheit, Respekt und interkulturelle Sensibilität behelfen müssen. Gefragt aber sind alle Akteure im deutschen Gesundheitssystem hier durch den Erwerb der interkulturellen Kompetenz, der Implementierung der interkulturellen Öffnung und den regelhaften Einsatz von Kultur- und Sprachmittlern Abhilfe zu schaffen.

Über einen anregenden Austausch innerhalb unserer Ärzteschaft würde ich mich sehr freuen.

Ihre

Meryam Schouler-Ocak

Noch effektiver und effizienter verschreiben!

Ulrich Schwabe, Dieter Paffrath (Hrsg.)
 Arzneiverordnungs-Report 2012
 Aktuelle Daten, Kosten, Trends
 und Kommentare
 Springer Medizin, Berlin – Heidelberg 2012
 1.156 S., 80 Abb., brosch., 49,95 Euro

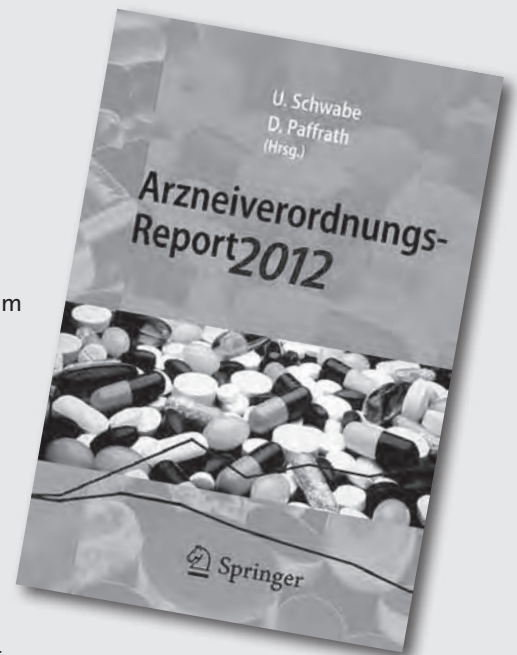
Das klingt gut: Letztes Jahr sind die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gesunken – um 1,2 Milliarden auf 30,9 Milliarden Euro. Aber „nur durch die massiven Eingriffe des Gesetzgebers“, sagte der Heidelberger Pharmakologe Ulrich Schwabe bei der Vorstellung des von ihm und dem AOK-Ökonomen Dieter Paffrath herausgegebenen neuen Arzneiverordnungs-Report (des 27.!) in Berlin. Das Buch – eine wertvolle Entscheidungshilfe für ebenso rationale wie rationelle Verordnungen – gilt als einmalig für Europa. Leider stiegen die Arzneimittelkosten im ersten Halbjahr 2012 schon wieder (um 480 Millionen auf 15,8 Milliarden Euro, also um 3,1 Prozent).

Schwabe setzt seine Hoffnung auf das AMNOG mit seiner frühen Nutzenbewertung. Deren erste Ergebnisse: Von 21 im Jahr 2011 zugelassenen Medikamenten hatten 14 zumindest in einer Teil-Indikation einen Zusatznutzen, acht aber überhaupt keinen; vier davon verschwanden wieder vom Markt. Der frühen Nutzenbewertung wurde bisher aber nur ein verschwindend geringer Anteil der verfügbaren patentgeschützten Medikamente unterzogen: weniger als ein Prozent des Gesamtmarktes. Eine (nicht ganz so frühe) Nutzenbewertung auch der vor 2011 zugelassenen Arzneimittel ist gesetzlich aber ebenfalls vorgesehen, und der Bundesausschuss hat damit bereits begonnen. Als erstes nimmt er sich eine Gruppe oraler Antidiabetika vor, die Gliptine, die teuer und

nicht ohne Risiken sind. Was Schwabe vorrechnete: 30 Prozent der Arzneimittelkosten ließen sich einsparen, wenn die Preise in Deutschland nicht im Vergleich zu den Nachbarländern so überhöht wären (Generika etwa sind hier durchschnittlich um 42 Prozent teurer als in den Niederlanden); wenn zehn führende Analog- („Metoo“-) Präparate in Festbetragsgruppen eingeordnet werden; wenn immer die günstigsten Generika verordnet würden (Originalpräparate kosten durchschnittlich das Sechsfache wie Generika); und wenn Ärzte überhaupt keine umstrittenen Arzneimittel mehr verschreiben.

Die „Umstrittenen“ ohne ausreichend nachgewiesene Wirksamkeit oder mit negativem Nutzen-Risiko-Verhältnis (wie Koronardilatoren, Laxantien und Co.) sind erfreulich zurückgegangen. Hatten sie 1992 noch ein Umsatzvolumen von 5,1 Milliarden Euro, so waren es 2011 nur noch 660 Millionen. Warum? Reine Vernunft? Mitnichten: Viele sind wegen Sinnlosigkeit nicht mehr erstattungsfähig.

Der Arzneiverordnungs-Report wird von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sehr geschätzt, betonte deren Vorsitzender Wolf-Dieter Ludwig. Als Onkologe wies er aber auch auf ein Defizit hin: Da nur die Verordnungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung analysiert werden, ist das ganze Ausmaß der immensen Kosten für die vor allem in der Klinik verwendeten Onkologika nicht zu erkennen. (Für 2015 wird weltweit ein Umsatz von 75 bis 80 Milliarden Dollar für onkologische Wirkstoffe prognostiziert!) Zunehmend behandle man Krebskranke im Endstadium trotz des oft nur marginalen Nutzens mit extrem teuren Spezialpräparaten: Monoklonale Antikörpern, Tyrosinkinase-Hem-



mern, antiangiogenetisch wirkenden Arzneimitteln. Ludwig hält es für dringend erforderlich, auch in den Kliniken festzustellen, „inwieweit unzureichend geprüfte, kostenintensive neue Arzneimittel in der Onkologie vorschnell in die Gesundheitsversorgung eingeführt werden“.

Von der „individualisierten“ oder „personalisierten“ Medizin (sprich Pharmakotherapie), nach seiner Einschätzung frühestens in einem Jahrzehnt zu realisieren, erwartet er eher Mehrkosten als Einsparungen. – Schließlich zeigte er an einem Beispiel aus dem Kapitel „Analgetika“ des Reports, „wie sehr Ärzte sich in die Irre führen lassen“: durch Behauptungen der Hersteller in ihren Hochglanzbroschüren. Morphin, immer noch Goldstandard unter den starken Opioiden (und preiswert!) geht zurück; die laut Ludwig nur in fragwürdigen Studien scheinbar überlegenen Opiode Tapentadol und Tardin (Oxycodon plus Naloxon) sind zu Unrecht im Aufschwung. Dazu Ludwig: „Das Verschreibungsverhalten der Ärzte wird nachhaltig manipuliert.“

R. Stein



TITELTHEMA

Eine unendliche Geschichte?

Die elektronische Gesundheitskarte
Von Eugenie Wulfert.....14

Pro und Contra

Pro – von Philipp Stachwitz.....20
Contra – von Svea Keller.....21

EDITORIAL

**Psychische Probleme von
Migranten – Patienten mit
Migrationshintergrund**

Von Meryam Schouler-Ocak.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

**BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK**

**Noch effektiver und effizienter
verschreiben**

Vorstellung des 27. Arzneiverordnungs-
Reports 2012
Von Rosemarie Stein.....4

**Tag der Allgemeinmedizin 2012
an der Charité – Universitätsmedizin**

Von Ulrike Hempel24

**Verleihung der Georg-Klemperer-
Ehrenmedaille der Ärztekammer
Berlin**

Von Michaela Peeters.....26



**Delegierte beschließen
Neufassung der Berufsordnung**

Bericht von der Delegierten-
versammlung am 26. September 2012
Von Michaela Peeters.....30

**Versorgungswerk kann
Rechnungszins halten**

Bericht zum Jahresabschluss des
Versorgungswerkes
Von Sascha Rudat.....33

**... und Health bewegt sich
doch – weltweit**

„Peoples Health Movement“
an der Charité
Von Rosemarie Stein.....35

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender
der Ärztekammer Berlin..... 22

BUCHBESPRECHUNG

Die „test“-Gesundheitsbücher:
besonders wertvoll
Von Rosemarie Stein.....32

FEUILLETON

Aus ganz besonderen
Gästebüchern
Von Rosemarie Stein37

Fortbildungsveranstaltung

Nach der Tat – kompetent (be-)handeln bei Gewalt in Partnerschaften Rechtssichere Dokumentation und ärztliche Aussage vor Gericht

Die Polizei zählt in Berlin jährlich etwa 16.000 Einsätze aufgrund häuslicher Gewalt. 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. Es ist wichtig, dass sie dort

neben der medizinischen Versorgung Informationen über Handlungsmöglichkeiten und eine rechtssichere ärztliche Dokumentation der erlittenen Verletzungen erhalten.

Die Dokumentation kann in einem späteren Gerichtsverfahren ein bedeutsamer Beweis für die erlebte Gewalt sein. Die objektiven Befunde stärken das

Opfer in der Beweisführung und entlasten es emotional. Für die Urteilsfindung des Gerichts spielt zudem die direkte Aussage der den 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 vermittelt praxisnah Kenntnisse für das rechtssichere Dokumentieren von Verletzungen und für eine sensible und professionelle Aussage vor Gericht. Darüber hinaus bietet sie Gelegenheit für Austausch und Diskussion mit Vertretern der beteiligten Professionen.

Referentinnen und Referenten:

Dr. Matthias Brockstedt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte / Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin;

Dr. S. Guddat, Fachärztin für Rechtsmedizin, Institut für Rechtsmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin;

Dr. L. Oosterhelweg, Stellvertretender Leiter des Instituts für Rechtsmedizin, Charité – Uni-

versitätsmedizin Berlin;
N. Badura, Kriminalhauptkommissarin, Berlin;
Dr. H. Göllner-Heibült, Kompetenzzentrum Kriminaltechnik, Berlin;
V. Belsner, Anwältin für Familienrecht; B. Böhler, Fachanwältin für Strafrecht;
K. Wieners, Referentin der Koordinierungsstelle S.I.G.N.A.L. e.V.; Angelika May, Vorstand S.I.G.N.A.L. e.V. und Frauenzimmer e.V.

Datum und Uhrzeit:
Mittwoch, 14.11.2012;
18:00 - 20:45 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.

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

Fax: 030 / 275 95 366

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

ANZEIGEN

Arbeitskreis

Deutsche Sprache in der Medizin

Der „Arbeitskreis Deutsche Sprache in der Chirurgie“ e.V. (ADSiC) macht auf seine Namensänderung in „Arbeitskreis Deutsche Sprache in der Medizin (ADSiMED)“ aufmerksam. Mit seiner Satzungsänderung trägt der Verein dem Wunsch Rechnung, die Mitgliedschaft nicht nur Chirurgen und Chirurgen zu ermöglichen, sondern allen interessierten Kolleginnen und Kollegen, die sich wissenschaftlich oder praktisch mit der Medizin beschäftigen.

ADSiMED setzt sich, wie schon ADSiC, unverändert für die Pflege der deutschen Wissenschaftssprache und den Erhalt der Mehrsprachigkeit ein. Leser, die Interesse an der Arbeit des Vereins haben, können Kontakt aufnehmen über den

Arbeitskreis Deutsche Sprache in der Medizin e.V.
Friedrichshaller Str. 7 b
14199 Berlin

E-Mail: w.hasse1@arcor.de
Fax: 030 80589078
www.adsimed.de

Gutachten

Pay for Performance im Gesundheitswesen

Über die Homepage des Bundesministerium für Gesundheit können Interessierte seit Kurzem ein Gutachten mit dem Titel „Pay for Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung“ abrufen. Es eröffnet eine Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Wissenschaft und vermittelt internationale und nationale Erfahrungen mit dem Thema im Bereich der Versorgung. Das Gutachten untersucht, inwieweit P4P-Elemente dienlich sind, um Anreize in der Qualitätsverbesserung zu schaffen, beschreibt aber auch den noch notwendigen Forschungsbedarf, um die Wirksamkeit fundiert beurteilen zu können. Nähere Informationen unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/pay-for-performance

Kongress



NATURHEILTAGE BERLIN

Herbstkongress 2012 – Kurs IV

Freitag bis Sonntag, 09.-11.11. und 23.-25.11.2012

Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ mit Zertifizierung (37 Punkte)

Veranstalter:	Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.
Inhalte:	Neurophysiologische Grundlagen der Naturheilverfahren; Elektrotherapie; KG bei Radikulärsyndromen; bei Gelenkerkrankungen;
Physikalische Therapie:	09. u. 10.11.
Phytotherapie:	10.11. in der Pädiatrie; Gynäkologie; Risiken und Wechselwirkungen; Traditionelle u. „rationale“ Phytotherapie;
Ordnungstherapie:	23.11. Tabakentwöhnung; Selbsthilfe bei Essstörungen; bei Kopfschmerzen; Umgang mit Alkoholkrankh.
Ernährungstherapie:	24.11. vorm. bei Diabetes mellitus; bei entzündl. rheumat. Erkrankungen; bei Reizdarm; bei Schwangerschaft;
Neuraltherapie:	24.11. nachm. Schwerpunktthema: Depressionen vegetatives Nervensystem; internistische Erkrankungen und Gynäkologie.
Anmeldung:	25.11.
Veranstaltungsort:	Naturheiltage Berlin, c/o Dr. med. Reinhold Heinzler, Tel: 01758557262, E-Mail: r.heinzler@web.de St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf
Kursgebühren:	360,00 € für den gesamten Kurs IV. Ermäßigungen unter bestimmten Voraussetzungen und bei entsprechendem Nachweis.

Ausführliches Programm unter: www.naturheiltage-berlin.de

Seminar

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm nach dem Curriculum der Bundesärztekammer



Ob Sie nun eine Station, eine Abteilung, eine Klinik, eine Praxis oder ein MVZ führen: Für jede Ärztin und jeden Arzt ist Führung ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Auf-

merksamkeit, Zeit und Energie. Aber: Wie vereint man Arzt- und „Manager“-Sein? Wie können ärztliche Überzeugungen und organisationsrelevante Anforderungen miteinander in Einklang gebracht und die eigenen Ansprüche als Führungskraft wirkungsvoll umgesetzt werden? Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem

Punkt an: Im Mittelpunkt steht die Führungsperson selbst. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen. Das Seminar erweitert Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln. In 2013 wird das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin bereits im vierten Jahr durchgeführt. Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz. Bei abendlichen Kamingesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm aktuelle Fragestellungen der Führung aus ungewöhnlichen Blickwinkeln diskutiert.

Das Seminar richtet sich vor allem an Oberärztinnen und Oberärzte aus Krankenhäusern sowie an Ärztinnen und Ärzte mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung wie z.B. MVZ.

TERMINE:

- Modul 1** Die Praxis des Führens
Do. 25.04. – 27.04.2013
- Modul 2** Führen als interaktiver Prozess
Do. 06.06. – 08.06.2013
- Modul 3** Veränderungsprozesse managen – Gesundheitspolitischer Rahmen – Betriebswirtschaftliche Steuerung
Do. 19.09. – 21.09.2013
- Modul 4** Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts
Fr. 13.12.2013

Veranstalter: Ärztekammer Berlin

Kursleitung:
Priv.-Doz. Dr. Peter Berchtold

Ort: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder/Berlin

Ansprechpartnerinnen in der ÄKB, Abt. Fortbildung:

- Anke Andresen-Langholz
Tel.: 40806 1301
Organisation und Unterlagen
- Angelika Mindel-Hennies
Tel.: 40806 1405
Fragen zum Inhalt
aerztlichefuehrung2013@aekb.de

ANZEIGE

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwigs-Krankenhaus

Nach Erreichen der Altersgrenze ging der

Chefarzt des Versorgungsbereichs Tiergarten der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwigs-Krankenhaus, Dr. Jochen Albrecht, in den Ruhestand. Neuer Chefarzt der zusammengelegten Bereiche Tiergarten und Wedding ist seit September Prof. Dr. Jürgen Galint, ehemals Psychiatrische Klinik Vivantes Humboldt-Klinikum.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

Tel. 40806-4100/-4101, Fax: -4199,
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

Mitteilung der Ärztekammer Berlin

NEUE BANKLEITZAHL

Für die Konten der Ärztekammer Berlin wurde die Bankleitzahl geändert. Bitte beachten Sie ab sofort die neue Bankleitzahl: **BLZ 300 606 01**. Die vollständige Kontoverbindung der Ärztekammer Berlin lautet: **Deutsche Apotheker- und Ärztebank Berlin, Kto.-Nr. 0001134000 BLZ 300 606 01**

Wir bitten diese Änderung im zukünftigen Zahlungsverkehr zu beachten. Aufgrund der langfristigen Umstellung aller Prozesse behält die alte Bankleitzahl noch bis auf Weiteres ihre Gültigkeit und wird bis Ende 2013 nach und nach auf den Dokumenten der Ärztekammer Berlin geändert. *Red.*

Leserbrief

„Moderne Arbeitsmedizin mit historischen Wurzeln“ von Dieter Weigel - BERLINER ÄRZTE 7/2012, S. 21-25

Warum ignoriert der Verfasser in seinen Literaturangaben die Hefte der Schriftenreihe der Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft (ISSN 1430-6964) Nr. 21 (1999): Kreibich, H., Kühn, E.-P., Kupfer, J.: Arbeitsmedizin im Osten Deutschlands (1945-1990) und Nr. 31 (2001): Kreibich, H.: Zentralinstitut für Arbeitsmedizin (ZAM) Herbert

Kreibich als letzter Direktor des ZAM dürfte wohl der kompetenteste Autor für dieses Thema gewesen sein. Die Hefte befinden sich im Bestand der Universitäts- und Landesbibliotheken und sind außerdem über den Trafo-Verlag, www.trafoberlin.de, zu beziehen. *Prof. Dr. med. G. Jäschke*
10117 Berlin

Levofloxacin

Indikationseinschränkungen und neue, schwere unerwünschte Wirkungen (UAW)

Die europäische Arzneimittelagentur EMA hat die Anwendungsgebiete des Fluorochinolons Levofloxacin (Tavanic®) eingeschränkt (z.B. nur noch Mittel der zweiten Wahl bei akuter Bronchitis) und folgende neue UAW aufgenommen, z.B.:

- hypoglykämisches Koma
- ventrikuläre Arrhythmie und Tachykardie bis zum Herzstillstand
- akutes Leberversagen bis zum Exitus
- benigne intrakranielle Hypertonie
- vorübergehender Sehverlust
- Pankreatitis
- Hörverlust

Zu der „neuen“ UAW „Bänder- und Muskelrisse“ ist anzumerken, dass diese UAW schon lange bekannt ist und typischerweise bei allen Fluorochinolonen auftreten kann. Ein persönlich bekanntes Beispiel: Vor Jahren erlitt eine Kollegin

nach einer Therapie mit einem Fluorochinolon eine Achillessehnenruptur und ließ sich über das Wochenende mit einem Gips versorgen. Am Sonntag stürzte sie erneut, wodurch auch die andere Achillessehne riss. Bei Verdacht auf eine Sehnenentzündung muss das Fluorochinolon sofort abgesetzt und die Sehne ruhig gestellt werden.

Quelle: AkdÄ Drug Safety Mail 2012-122

Fluorochinolone

Schwere Leberschäden bei alten Patienten

In einer kanadischen Fallkontrollstudie mit über 66-jährigen Patienten wurde das bekannte lebertoxische Potential von Moxifloxacin (Avalox®, bereits 2008 von der EMA als Reservemedikament eingestuft) bestätigt. Innerhalb der ersten 30 Tage nach einer Verordnung war das Risiko eines schweren Leberversagens doppelt so hoch wie nach einer Verordnung von Clarithromycin (Klacid®, Generika). Auch Levofloxacin (Tavanic®) hat ein signifikant erhöhtes lebertoxi-

sches Potential, während Ciprofloxacin (Ciprobay®, Generika) nur ein tendenziell erhöhtes Risiko besitzt. Die Autoren verweisen auf eine mögliche zusätzliche Dunkelziffer einer leberschädigenden Wirkung der Fluorochinolone, da sie nur Patienten erfasst haben, die in ein Krankenhaus aufgenommen wurden.

Quellen: www.cmaj.ca/cmaj.111823, www.aerzteblatt.de/nachrichten/51270

Die Grauzone...

...der fiktiv zugelassenen Arzneimittel

Seit 1978 läuft das sog. Nachzulassungsverfahren für Arzneimittel, die damals bereits ohne entsprechende Qualitäts- und Wirksamkeitsnachweise im Handel waren. Das Verfahren sollte den Herstellern von Altarzneimitteln ermöglichen, Unterlagen gemäß den seit 1978 geltenden Standards nachzuliefern. Erstmals wurden im Jahr 2000 zusätzlich klinische Studien zur Sicherheit und Wirksamkeit gefordert. Bis heute ist damit genügend Zeit für die Vorlage entsprechender Unterlagen vergangen. Empfehlungen von KVen, diese Arzneimittel nicht mehr zu Lasten der GKV zu verordnen, sind nachvollziehbar. Entsprechende Listen sind bei der zuständigen KV abrufbar.

Quelle: Dtsch.Apo.Ztg. 2012; 152: 4106-7

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

ANZEIGEN

Hantavirus auf dem Campingplatz

Im September 2012 berichtete die internationale Presse über tödliche Hantavirusfälle in den USA. Diese standen im Zusammenhang mit Besuchen im kalifornischen Yosemite-Nationalpark. Neun Verdachtsfälle einer Hantaviruserkrankung konnten bestätigt werden, drei verliefen tödlich. Zwei Menschen waren gestorben, die im Curry Village übernachtet hatten. Ein weiteres Opfer hatte sich in einem anderen Teil des Parks aufgehalten. Untersuchungen zeigten, dass Weißfußmäuse (*Peromyscus*; sog. Hirschmäuse, engl. deer mice) in den doppelwandigen Unterkünten ihre Nester gebaut hatten.

Auf dieses Ereignis hin stellten sich im Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit besorgte Reiserückkehrer vor. Einige hatten im Curry Village übernachtet, andere den Yosemite-Nationalpark nur kurz besucht. Einige waren erkältet, andere gesund. Wir konnten in keinem Fall einen fraglichen Verdacht bestätigen. Es gab auch deutlich vermehrt Anfragen aus der Bevölkerung, u.a. von Kindergärten, in denen – nicht ganz überraschend – Kinder ohne jegliche Reiseanamnese Fieber hatten. Eltern, darunter Ärzte, hatten Hantavirus-Erkrankungen vermutet.

Die verschiedenen Hantavirustypen sind Einzelstrang-RNA-Viren und weltweit unterschiedlich verteilt. Das Reservoir sind Nagetiere, in Deutschland ist die Rötelmäuse der Hauptüberträger. Die Infektion erfolgt über Kontakt mit Urin, Kot oder Speichel der Nager, meist durch Inhalation virushaltiger Aerosole. Die Ausscheidungen können einige Tage infektiös sein. Ansteckungen von Mensch zu Mensch sind in den USA und Europa nicht bekannt. Die Inkubationszeit beträgt zwei bis vier Wochen, selten länger. Die durch verschiedene Virustypen ausgelösten Erkrankungen können sich in Symptomatik und Schwere unterscheiden.

Plötzlich einsetzendes Fieber, deutliches Krankheitsgefühl, Kopf-, Rücken- und Gliederschmerz sind typisch. Hantaviren

in den USA führen klassischerweise zur Lungenbeteiligung bis hin zur kardiopulmonalen Dekompensation mit einer Letalität von über 25%. In Deutschland herrscht die leichte Form des sog. Hämorrhagischen Fiebers mit renalem Syndrom (HFRS) vor, auch Nephropathia epidemica genannt. Es kann neben der unspezifischen viralen Symptomatik zur Nierenfunktionsstörung kommen. Blutungen und hämorrhagischer Schock wie bei der schweren Form kommen fast nie vor. Die Letalität liegt im Promillebereich. Die Fallzahlen in Deutschland schwanken jährlich

deutlich zwischen ca. 100 und 2500. Die meisten Fälle treten in Baden-Württemberg auf. Berlin gilt nicht als Risikogebiet.

Die Diagnose wird anhand von Anamnese, Klinik und serologischer Untersuchung gestellt. IgM- und IgG-Antikörper sind richtungsweisend. IgM kann in einigen Fällen über Jahre persistieren. Wie immer müssen serologische Ergebnisse hinterfragt werden. Eine erneute Bestimmung nach Wochen ist angeraten, um eine Veränderung der Antikörperbildung zu erfassen. PCR-Untersuchungen sind nur in der frühen Phase der Infektion sinnvoll. In manchen Fällen sind weitere spezielle Untersuchungen nötig. Die Therapie ist meist symptomatisch, eine frühzeitige Ribaviringabe kann versucht werden. Bei akuter Niereninsuffizienz kann eine überbrückende Dialyse notwendig werden mit guter Prognose.

Ausführlichere Information sind unter www.rki.de und www.cdc.gov zu finden.

Dr. Florian Steiner
Institut für Tropenmedizin und
Internationale Gesundheit
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
tropeninstitut.charite.de

Institut für Tropenmedizin
und Internationale Gesundheit Berlin



Auszeichnung

Werner Wyrwich erhält David-Williams-Award



Foto: K. Friedrich

Die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. hat auf dem 7. DGINA-Jahreskongress 2012 in Berlin den David-Williams-Award an Dr. med. Werner Wyrwich, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin, verliehen. Der Preis ehrt herausragende Leistungen und Verdienste in der deutschen Notfallmedizin.

Die DGINA ehrt damit den außergewöhnlichen Einsatz Wyrwichs für die Entwicklung der Notfallmedizin in Deutschland. Der Unfallchirurg Werner Wyrwich ist kaufmännischer Leiter des Charité-Centrums 13. Namensgeber des Preises, der zum zweiten Mal verliehen wurde, ist Dr. David Williams. Der englische Notfallmediziner gilt als einer der Väter der europäischen Notfallmedizin und war langjähriger Präsident der Europäischen Gesellschaft für Notfallmedizin (EuSEM). In einer Pressekonferenz anlässlich des DGINA-Jahreskongresses Ende September erläuterten Wyrwich und weitere Verbandskollegen, warum ein eigener Facharzt für Notfallmedizin aus ihrer Sicht notwendig sei. Wie Wyrwich erklärte, nimmt die Spezialisierung der Fachrichtungen immer weiter zu. An der wichtigen Schnittstelle Not-

aufnahme brauche man aber vielmehr einen breit aufgestellten Generalisten, der den Patienten bei der Erstversorgung optimal für die jeweils erforderlichen Spezialisten vorbereitet. Die Notaufnahme sei ein Hochrisikobereich, in dem aber aktuell der gesetzlich vorgeschriebene Facharztstandard häufig nicht vorgehalten werde. Ein spezieller Facharzt könne dies ändern und für eine deutliche Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung sorgen. Wie der DGINA-Vorsitzende, Professor Christoph Dodt, ausführte, kämen viele Patienten mit sehr unspezifischen Symptomen in die Notaufnahme, weshalb eine symptomorientierte Betrachtung essentiell sei. „Wir brauchen dann keine Schrotschussdiagnostik“, wichtig sei vielmehr, unnötige diagnostische Maßnahmen zu vermeiden.

Dies führe außerdem langfristig zu sinkenden Kosten, zeigte sich Dodt überzeugt. Er schätzte den Bedarf auf rund 2.500 Fachärztinnen und -ärzte für Notfallmedizin. Die DGINA-Vertreter waren sich aber bewusst, dass ein spezieller Facharzt bislang noch innerhalb der Ärzteschaft auf teils heftige Widerstände stößt.

Die Ärztekammer Berlin nimmt bei dieser Thematik eine Vorreiterrolle ein. So hat der kammerereigene Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin unter dem Vorsitz von Werner Wyrwich Ende vergangenen Jahres ein viel diskutiertes Konzeptpapier vorgelegt. Sie finden es auf der Homepage unter http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/15_Aerztliche_Weiterbildung/93_Notfallmedizin/index.html

Weitere Informationen zur DGINA unter www.dgina.de

Podiumsdiskussion

Quo vadis Sterbehilfe?



Foto: M. Peeters

Stephan Bernhardt, Harald Mau, Johannes Albrecht, Margarete Gräfin von Galen, Bernd Hilmstedt-Kämpfer, Lars Lindemann (v.li.)

Wie different und teilweise unsicher der Umgang mit dem Thema Sterbehilfe für viele ist, zeigte eine Podiumsdiskussion am 9. Oktober 2012 im Hause der Ärztekammer Berlin, die zur Meinungsbildung beitragen und Klarheit in die öffentliche Debatte um den aktuellen Gesetzesentwurf zur Reform der Sterbehilfe bringen wollte. FDP-Gesundheitsexperte und Bundestagsabgeordneter Lars Lindemann hatte dazu in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin eingeladen. Am Podium: Dr. Margarete Gräfin von Galen, Rechtsanwältin, Bernd Hilmstedt-Kämpfer, Palliativmediziner und Johannes Christian Albrecht, Seelsorger. Durch die Veranstaltung führten moderierend Prof. Dr. med. Harald Mau und Stephan Bernhardt, beide Mitglieder des Vorstandes der Ärztekammer Berlin. Fazit: Auch wenn der Gesetzesentwurf in erster Linie der gewerbsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung und damit einer drohenden Kommerzialisierung auf diesem Gebiet Einhalt zu gebieten versucht, bleibt offen, ob eine Reglementierung angesichts der derzeitigen Situation und Rechtslage in Deutschland überhaupt Not tut oder ob die Regierung nicht vielmehr aufgefordert sei, Maßnahmen zur Linderung von Leid und zur Steigerung von Lebensqualität am Lebensende zu verbessern.



Erster unabhängiger Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft



Dieser Kongress am 1. Dezember 2012 bildet den Auftakt für einen im jährlichen Rhythmus geplanten Fortbildungskongress, der sich explizit mit dem Thema „Sauberes Wissen in der Medizin“ befassen wird.

Warum ist dieses Thema so wichtig?

Kern des Vertrauens in die Ärzteschaft ist die Tatsache, dass sich die Ärzte allein am Wohl des Patienten orientieren – unbeeinflusst von kommerziellen Interessen. Basis des ärztlichen Handelns sind medizinisch-wissenschaftliche, „objektive“ Erkenntnisse einerseits und individuelles, ärztliches Erfahrungswissen andererseits. Erst beides zusammen bildet die Voraussetzung für die Unabhängigkeit ärztlichen Handelns.

Bezogen auf das medizinische Wissen sind Ärzte darauf angewiesen, dass ihnen wissenschaftlich fundierte und nicht durch kommerzielle Interessen beeinflusste Studienergebnisse zur Verfügung stehen. Gleichzeitig müssen Ärzte einschätzen können, inwiefern Erkenntnisse wissenschaftlich fundiert oder durch Einflüsse Dritter oder anderweitige Faktoren verzerrt sind. Wenn die Qualität des medizinisch-fachlichen Wissens „nicht stimmt“, dann ist auch die Unabhängigkeit der Ärzte gefährdet.

Deshalb ist das Thema so wichtig

Der erste unabhängige Fortbildungskongress, zu dem die Ärztekammer Berlin gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft einlädt, wird diese Diskussion anhand der drei Schwerpunktthemen

- Personalisierte Medizin
- Neue Antikoagulantien
- Herzrhythmusstörungen

vertiefen.

Im Laufe der Plenumsvorträge, Workshops und Diskussionen soll auch herausgearbeitet werden, warum es so schwer ist „Sauberes Wissen“ zu erkennen, welche Mechanismen hierbei eine Rolle spielen und wie am Beispiel der drei Schwerpunktthemen gesichertes medizinisches Wissen für den konkreten Nutzen in der ärztlichen Praxis vermittelt und Studienergebnisse kritisch und unabhängig dargestellt werden können.

Kurse

Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin

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

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

Termine Theoriekurs: jeweils Donnerstag 19.00 - 21.15 Uhr
01.11.2012, 15.11.2012 und 29.11.2012

Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Bln.
Gesamtgebühr: 550 Euro, 9 Fortbildungspunkte

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

Impfungen in der Praxis

Termin: Sonnabend, 01.12.2012, 9.00 - 17.30 Uhr

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

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

Ort: 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)

Kongressleitung:	Dr. med. Günther Jonitz Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig Dr. med. Matthias Brockstedt Stephan Bernhardt
Termin:	01.12.2012
Veranstaltungsort:	Ärztekammer Berlin Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnehmerentgelt:	30 Euro für Mitglieder Ärztekammer Berlin 50 Euro für Nichtmitglieder Ärztekammer Berlin - Die Teilnehmeranzahl ist begrenzt!
Fortbildungspunkte:	6 Punkte (Kategorie B)
Information zum Inhalt:	Dr. med. Henning Schaefer Tel.: 40806-1200 E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de
Voranmeldung:	Andrea Hofmann Tel.: 40806-1205 E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de
Programm	Siehe Homepage der Ärztekammer Berlin: www.aerztekammer-berlin.de => Ärzte => Fortbildung => Fortbildungskalender

Elektronische Gesundheitskarte

An der elektronischen Gesundheitskarte scheiden sich die Geister. Die Befürworter sprechen von Verbesserung der medizinischen Versorgung und erheblichem Einsparpotential. Die Kritiker bemängeln die Sicherheitslücken und warnen vor Missbrauch sensibler Gesundheitsdaten der Bevölkerung und zusätzlichen Kosten. Nach jahrelangen emotionsbehafteten Streitigkeiten, musste das Projekt „elektronische Gesundheitskarte“ einige Federn lassen und einen Neustart wagen. Was ist von dem ehemaligen „Leuchtturmprojekt“ geblieben, was ist neu?

Von Eugenie Wulfert



Sie sollte das Gesundheitswesen revolutionieren: Eine Chipkarte, so die Idee der Bundesregierung, als Schlüssel zu einer elektronischen Kommunikationsstruktur, in der Befunde aus dem Labor, Arztbriefe, Röntgenbilder oder verordnete Medikamente gesammelt werden und dem Arzt jederzeit Einblick in die Patientendaten erlauben. Den Missbrauch von Krankenversicherungskarten reduzieren, Doppeluntersuchungen vermeiden, im Notfall auf die relevanten Daten des Patienten zugreifen, kurz: Die Patientenversorgung verbessern und gleichzeitig Kosten sparen.

Soweit die Theorie. Die Realität ist ernüchternd. Seit Jahren finanzieren die gesetzlich Versicherten das Großprojekt „elektronische Gesundheitskarte“, nur wenige Ziele wurden bislang erreicht.

Der Lipobay-Skandal führte dazu, so der Entstehungsmythos der eGK, dass der Konzern Bayer im August 2001 sein cholesterinsenkendes Medikament aufgrund einiger Todesfälle wegen unerwünschter

Wechselwirkungen vom Markt nehmen musste. Während der Suche nach Ursachen stellte sich heraus, dass es keine exakten Dokumentationen über die Medikamente gab, die die betroffenen Patienten einnahmen. Die elektronische Gesundheitskarte sollte diese Lücke schließen und künftig unerwünschte Wechselwirkungen verhindern.

Und so heißt es im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2003: Zum 1. Januar 2006 „wird die Krankenversichertenkarte zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung (...) zu einer elektronischen Gesundheitskarte erweitert“. Schon bald wurde allerdings klar, dass es zu Verzögerungen kommen wird. Dass die Verzögerung aber fast sechs Jahre andauert, schien unvorstellbar.

Erst im Herbst 2011 ist der Startschuss für die bundesweite Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gefallen. Zehn Prozent der Versicherten mussten die

Krankenkassen nach einem Machtwort der Bundesregierung bis Ende des vergangenen Jahres mit der Karte ausstatten. Im laufenden Jahr sollen weitere 60 Prozent dazukommen.

Zunächst nur eine Placebo-Karte

Das ändert aber nichts daran, dass die eGK zunächst nur ein Placebo-Kärtchen ist. Trotz des eingebauten Mikroprozessors ist das Lichtbild des Versicherten die einzige Neuerung. Sonst werden auf dem Chip der elektronischen Gesundheitskarte zurzeit die gleichen Daten gespeichert wie auf der alten Krankenkassenkarte, unter anderem Name, Wohnort, Geburtsdatum.

Sven Marx, Leiter der Abteilung Datenschutz und Informationssicherheit bei der gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, ist trotz der bisherigen eher ernüchternden Ergebnisse überzeugt, dass

Eine unendliche Geschichte?



die eGK bereits jetzt Vorteile hat. „Schon jetzt kann die eGK mit Lichtbild das Missbrauchspotential reduzieren“, sagt er.

„Niemand kontrolliert, ob das eingeschickte Bild auch tatsächlich vom Versicherten ist“, sagt dagegen Silke Lüder, Sprecherin der Aktion „Stoppt die E-Card“. Ohnehin sei der finanzielle Schaden durch Kartenmissbrauch im Vergleich zu den durch die eGK verursachten Kosten viel geringer.

In den kommenden Jahren sollen weitere Anwendungen kommen. Neben Versichertendaten und dem Foto soll auf freiwilliger Basis ein Notfalldatensatz auf dem Chip der Karte gespeichert werden. Für mehr Informationen hat die eGK keinen Platz. Sie wird keine sonstigen Angaben zu Patienten enthalten: keine Röntgenbilder, keine Diagnosen, keine Untersuchungsergebnisse. Allerdings wurde sie als Schlüssel zu diesen Informationen konzipiert.

Was hinter der eGK steckt

Um die Vision der elektronischen Patientenakte erfüllen zu können, war der Aufbau eines riesigen Netzes zwischen knapp 90.000 Arztpraxen, über 20.000 Apotheken und 2.000 Krankenhäusern geplant. Mit dem Aufbau der



Foto: E. Wulfert

Sven Marx

sogenannten Telematik-Infrastruktur (TI) wurde die gematik betraut. Ihre Gesellschafter sind die Spitzenverbände im Gesundheitswesen. Das ist auch eines der größten Probleme des Projekts elektronische Gesundheitskarte: Es gibt zu viele Akteure, die ihre Interessen – berechtigt oder unberechtigt – durchsetzen wollen.

„Ein geschütztes Netz und einheitliche Sicherheitsstandards werden im Gesundheitswesen dringend benötigt“, sagt Marx. Denn Ärzte würden bislang Diagnosen entweder per Post, Fax oder oftmals auch unverschlüsselt per E-Mail verschicken – „ein offensichtlich unsicherer Kommunikationsweg“. Das bestätigen auch Ärzte.

„Ich habe in den vergangenen Jahren mehrmals erlebt, dass Kollegen mir eine unverschlüsselte Mail mit Patientendaten schicken wollten“, sagt Dr. Philipp Stachwitz, Assistenzarzt in der Anästhesieabteilung eines Berliner Krankenhauses und bis 2008 stellvertretender Leiter des Dezernats Telematik in der

Bundesärztekammer. Es sei aus seiner Sicht deshalb dringend notwendig, dass eine Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen aufgebaut wird, die eine schnelle und sichere Kommunikation zwischen den Leistungserbringern erlaubt.

Jahrelanger Streit

Die Notwendigkeit einer sicheren und schnellen Kommunikation im Gesundheitswesen sehen alle Akteure. Über den Weg dahin lässt sich aber, wie der jahrelange Schlagabtausch zwischen den Befürwortern und Gegnern der eGK eindrücklich zeigt, vortrefflich und vor allem sehr emotionsbehaftet streiten. Einer der größten Streitpunkte war und ist die Sicherheit der zentral gespeicherten Patientendaten.

„Leider sind viele Argumente im Zusammenhang mit der Einführung der eGK sachlich falsch“, meint gematik-Datenschutzexperte Marx. Die auf verschiedenen Servern gespeicherten Daten seien verschlüsselt. Ausschließlich der eGK-Inhaber und die per Heilberufsausweis dazu autorisierten Personen dürften darauf zugreifen. „Daher ist ein Datenmissbrauch praktisch ausgeschlossen“, sagt er. Die meisten Datenschützer seien der Ansicht, dass bei der Gesundheitskarte und auch bei der Telematik-Infrastruktur die Anforderungen des informationellen Selbstbestimmungsrechts geradezu vorbildlich umgesetzt würden.

Skeptiker und Kritiker sehen das freilich anders. Ärzte, Patientenvertreter und auch einige IT-Fachleute bezweifelten teilweise sehr lautstark die Sicherheit des Systems: Trotz Verschlüsselung gebe es keine hundertprozentig sichere Speicherung von Daten.

Einige Kritiker sehen die Gefahr weniger im Rahmen eines kriminellen Angriffes, sondern in Begehrlichkeiten des Staates und staatlicher Organisationen. „Die medizinischen Daten von Millionen Menschen sind in erster Linie für Versicherungen interessant, aber auch für den Staat“, sagt Dr. Eckehard Meissner,

Lungenfacharzt aus Flensburg. Auch wenn die zentrale Datenspeicherung heute unbedenklich scheine, könne nicht ausgeschlossen werden, dass die Daten in einigen Jahren durch neue Gesetze anderen staatlichen Institutionen geöffnet werden, gibt er zu bedenken.

Ablehnung durch den Deutschen Ärztetag

In der Ärzteschaft regte sich der Protest schon frühzeitig. Bereits beim 110. Deutschen Ärztetag in Münster im Jahr 2007 haben die Delegierten mit einer Mehrheit von 111 zu 94 Stimmen beschlossen, die eGK in der damals vorliegenden Konzeption abzulehnen. In den darauf folgenden Jahren haben die Ärztevertreter ihre Kritik an der Datensicherheit und an den Kosten erneuert. Auf dem vergangenen 115. Deutschen Ärztetag erklärten die Delegierten das „politische Projekt elektronische Gesundheitskarte“ für gescheitert. Sie forderten in dem entsprechenden Beschluss „einen Stopp des Projektes und die Förderung längst existierender kostengünstiger dezentraler Kommunikationswege und Speichermedien in der Medizin“.

„Diese Beschlüsse bringen die Bundesärztekammer als Gesellschafter der gematik in eine schwierige Position“, sagt der Leiter des Dezernats Telematik der Bundesärztekammer, Norbert Butz. Die Mitarbeit in der gematik sei jedoch

auf Grundlage der kritisch-konstruktiven Beschlüsse zurückliegender Ärztagetage möglich. Diese Beschlüsse fordern eine gesicherte Kommunikation zwischen Ärzten (eArztbrief), die Etablierung einer Telematik-Infrastruktur als Grundlage telemedizinischer Versorgung und die Einführung von Patientenakten in der Hand des Versicherten (dezentrale Speicher).

Auch die Ärztekammer Berlin hat sich wiederholt gegen das politische Projekt der elektronischen Gesundheitskarte ausgesprochen, u.a. in der Resolution der Delegiertenversammlung im Jahr 2007. „Die Vertraulichkeit der Patientenbeziehung ist genauso durch dieses politische Projekt bedroht wie die ärztliche Therapiefreiheit“, sagte der Berliner Ärztekammer-Präsident Dr. Günther Jonitz in seinem Grußwort zur Veranstaltung „Medizinqualität statt e-Card-Bürokratie“ im April 2012. Der derzeitige Nutzen liege, so Jonitz weiter, bei einigen Wenigen, beispielsweise einer kontrollwütigen Politik und einer nach neuen Märkten suchenden Industrie. Den Schaden und die Risiken sowie der Aufwand bleibe dagegen bei den Ärzten.

Wiederholt plädierte die Berliner Ärztekammer in den vergangenen Jahren für eine Datenspeicherung und -verarbeitung vor Ort, also in der Arztpraxis.

Was ist geblieben, was ist neu?

Der Protest scheint in mindestens einem Punkt erfolgreich gewesen zu sein: Eine serverbasierte Datenspeicherung gilt nicht mehr als die einzige Option. Auf Druck der Ärzte wird nun auch darüber diskutiert, Daten auf dezentralen Speichermedien abzulegen. Auch sonst musste das Projekt einige Federn lassen. Das elektronische Rezept? Vorerst gestrichen. Die elektronische Patientenakte? Auf unbestimmte Zeit vertagt. Außerdem veränderte der damalige Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) die Befugnisse der Gesellschafter. Wenn bis dahin Ärzte-, Kassen-



Foto: E. Wulfert

Norbert Butz



Foto: K. Friedrich

Dr. Günther Jonitz

und Klinikvertreter gleichberechtigt an allen Themen gearbeitet haben, kümmert sich nun die Bundesärztekammer um die inhaltliche Ausgestaltung des Notfalldatensatzes, die Deutsche Krankenhausgesellschaft um die elektronische Gesundheitsakte und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen um das Prozedere des Versichertenstammdatenabgleichs. Nach jahrelangem Stillstand konnten sich die Beteiligten im vergangenen Jahr dann auf ein Online-Update der Versichertenstammdaten beim Arzt einmal pro Quartal, die Speicherung von Notfalldaten auf der Karte sowie eine sichere verschlüsselte Kommunikation von Arzt zu Arzt einigen. Die Einführung dieser Anwendungen soll stufenweise erfolgen, wobei der Basis-Rollout der eGK Stufe Null bzw. eine Vorbereitungsstufe darstellt.

Trotz zuvor geäußerter Kritik hat die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte dennoch beim sogenannten Basis-Rollout der eGK mitgespielt und neue Kartenlesegeräte gekauft. Rund 90 Prozent der Praxen nahmen nach den Zahlen der KBV die Förderpauschale für die Kartenleser in Anspruch.

Das sollte die Befürworter hoffnungsvoll stimmen. Allerdings kommt die eigentliche Bewährungsprobe erst in den kommenden Jahren, wenn die sogenannte Mehrwertanwendung ins Spiel gebracht wird.

Online-Stammdatenabgleich soll 2013 kommen

In der ersten Stufe soll der Online-Stammdatenabgleich kommen. Im Frühjahr 2012 startete die gematik die europaweite Ausschreibung für das Verfahren. „In Kürze laufen die Verhandlungen mit den Anbietern an, die in die engere Auswahl gekommen sind“, erläutert Marx. Bis Frühjahr kommenden Jahres sollen diese abgeschlossen und der Zuschlag erteilt sein. Danach würden die Lösungen durch die Industrie entwickelt, getestet und anschließend in Testregionen durch Arztpraxen, Kliniken und in Zahnarztpraxen erprobt. Bei Ärzten stößt der Online-Stammdatenabgleich vor allem wegen des vermuteten Verwaltungsaufwands auf Widerstand. Die Krankenkassen versuchen, die Arztpraxen in „administrative Außenstellen“ zu verwandeln, heißt es etwa seitens der Freien Ärzteschaft e.V. Ziel sei es, den Investitionsaufwand der Kassen auf Kosten der Arztpraxen wieder einzusparen. Insbesondere zu Quartalsbeginn drohten lange Wartezeiten und eine Überlastung der Datenetze.

Sven Marx von der gematik weist den Vorwurf zurück: „Kein Arzt muss die neue Adresse oder den neuen Namen seiner Patienten selbst eintragen.“ Eventuelle Veränderungen müssten die Versicherten nach wie vor ihrer Krankenkasse mitteilen. „Diese werden dann in der Praxis – auf Wunsch des Arztes auch automatisch – von den Servern der Krankenkassen abgerufen und auf der eGK gespeichert“, erläutert er. Für Ärzte habe die Aktualisierung der Patientendaten den unmittelbaren Vorteil, dass diese stets aktuell seien. Das erleichtere die Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen wie auch den Versand beispielsweise einer Privatrechnung oder eines Befunds. Auch sei es – Marx zufolge – nicht möglich, Bewegungsprofile von Versicherten zu erstellen, wie es viele Kritiker monieren. Die Krankenkassen könnten lediglich feststellen, ob ein Arzt auf das System zugreift. „Außerdem gibt es eine

Komponente in der System-Architektur, die den Arzt vor der Telematik-Infrastruktur und damit auch vor den Kassen abschirmt und umgekehrt: den Konnektor“, erläutert Marx. Wem es dennoch zu unsicher erscheint, könne sich für das sogenannte Stand-Alone-Szenario entscheiden. In diesem Fall sei eine Anbindung der Praxis an die TI (Telematikinfrastruktur) zwar gegeben, diese könne jedoch vom Praxisverwaltungssystem physisch getrennt erfolgen. Als Bedingung für ihre Zustimmung für den Stammdatenabgleich, der in erster Linie den Verwaltungsaufwand der Kassen minimiert, haben die Ärzte erreicht, dass nach Testbeginn des Online-VSD (Versichertenstammdatenabgleich) innerhalb weiterer zehn Monate dann auch die qualifizierte elektronische Signatur (QES) getestet wird. Denn sie gilt als Voraussetzung für die medizinische Funktionen der eGK, wie beispielsweise der elektronischen Arztbriefe oder Befunde.

Notfalldatensatz: mehr Einsatzmöglichkeiten

Erst in Stufe zwei, die jedoch nur etwas zeitversetzt zu Stufe eins eingeleitet wird, sollen weitere medizinische Anwendungsszenarien eingeführt werden: Notfalldatensatz, Kommunikation zwischen Leistungserbringern (KOM-LE) und Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS). Die Bundesärztekammer hat nach der Neuausrichtung des Gesamtprojektes die fachliche Projektleitung für die Gestaltung des Notfalldatensatzes übernommen und 2011 ein neues Konzept veröffentlicht. In der ursprünglichen Konzeption war das Einsatzszenario des Notfalldatensatzes sehr stark auf die Anforderung der präklinischen Versorgung von Patienten im Rahmen von rettungsdienstlichen Maßnahmen ausgerichtet, erklärt Leiter des BÄK-Telematik-Dezernats Norbert Butz. Nunmehr berücksichtigen der Inhalt und die Struktur des Datensatzes auch die Szenarien „Notaufnahme im stationären Bereich“ und „Notfallversorgung im

ambulanten Bereich“ (z.B. im Rahmen des KV-Notdienstes). Wesentliche Neuerungen betreffen also die Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten und die Praktikabilität.

Die Ärzte könnten nun, so Butz, den Notfalldatensatz auch ohne PIN-Eingabe, sondern mit einem schriftlichen Einverständnis des Patienten anlegen. Im Notfall sollen berechnigte Personen ebenfalls ohne PIN-Eingabe auf die Daten zugreifen können.

Auch inhaltlich ändere sich laut Butz einiges. So sollen Diagnosen, aber ebenso Informationen zur Medikation oder auch besondere Hinweise wie beispielsweise zu Herzschrittmachern oder zum Vorliegen einer Schwangerschaft im Notfalldatensatz als Freitext stehen. Die BÄK hat dieses Konzept entwickelt, weil es laut Butz noch weltweit keinen evidenzbasierten und evaluierten Notfalldatensatz gibt.

Der Prozess der Übertragung der Notfalldaten auf die Karte soll ebenfalls vereinfacht werden. Das Praxisverwaltungssystem bzw. Krankenhausinformationssystem wird dem behandelnden Arzt eine Übersicht der Diagnosen, Medikationen etc. des Patienten zur Verfügung stellen, der Arzt kann hieraus die notfallrelevanten Informationen herausfiltern und nach Zustimmung durch den Patienten auf die eGK schreiben, erklärt der BÄK-Dezernent.

„Die eGK kann durchaus helfen, Abläufe zu beschleunigen, beispielsweise bei der Anamnese“, zeigt sich Dr. med. Gabriela Stempor, Hausärztin aus Marzahn, zuversichtlich. „Mit einem kurzen Blick erhält der Arzt Informationen über Dauerdiagnosen, Dauermedikamente, aber auch Allergien. Wenn auf der eGK die für die Anamnese wichtigen Informationen gespeichert sind, kann der behandelnde Arzt zügig die medizinische Vorgeschichte seines Patienten erfassen und muss sie nicht zeitintensiv mit dem Patienten erarbeiten. Auch das Problem, dass Patienten wichtige Daten während der Exploration schlicht vergessen weiterzugeben, insbesondere auch nicht zeitnah verfügbare Daten

über den aktuellen Impfstatus, wird dabei minimiert“, erklärt Stempor weiter. Die Akzeptanz der geplanten und teilweise neu konzipierten Anwendungen wird nicht nur unter Versicherten, sondern auch unter Ärzten vor allem von der Praktikabilität im Alltag abhängen. Gerade das könnte zum großen Problem werden, wie die Feldtests vor einigen Jahren eindrücklich zeigten. Bis Juli 2009 wurden in Testregionen das Lesen der Versichertenstammdaten, das Anlegen des Notfalldatensatzes sowie das Speichern des elektronischen Rezepts auf der eGK getestet.

„Die Testergebnisse waren schlicht katastrophal. Die Anwendungen eRezept und Notfalldatensatz sind wegen mangelnder Praktikabilität und unzureichender Performance komplett durchgefallen“, sagt Butz. Zu diesem Fazit kommt auch einer, der es wissen muss: Dr. Eckehard Meissner, Lungenfacharzt aus Flensburg. Er gehörte zu den Ärzten, die die eGK in ihren Praxen auf Praxistauglichkeit getestet haben.

„Das war eine bürokratische Monströsität“, erinnert sich der Testarzt. So mussten er und seine Kollegen in den Testregionen beispielsweise den Notfalldatensatz in Handarbeit eingeben, denn es war nicht möglich, aus dem Praxiscomputer irgendwelche Daten zu übernehmen. Es dauerte nach seiner Erfahrung 15 bis 45 Minuten, um die entsprechenden Informationen zu suchen und einzupflegen. „Das sprengt jede Sprechstunde und musste deshalb danach gemacht werden“, berichtet er. Der offizielle Bericht der gematik kommt auf die durchschnittliche Zeit von 20 Minuten, um einen Notfalldatensatz anzulegen. Entsprechend enttäuschend sehen die Ergebnisse aus. In allen Testregionen wurde diese Anwendung magere 281 Mal durchgeführt. Ähnlich ernüchternde Ergebnisse gab es beim eRezept.

Auch das PIN-Verfahren bereitete nach dem offiziellen gematik-Bericht „insbesondere bei älteren und dementen Patienten“ große Probleme. Aber nicht nur sie konnten sich ihre sechsstelligen



Dr. med. Gabriela Stempor

Geheimzahl nicht merken. Etwa zwei Drittel der Patienten und sogar etwa 30 Prozent der Ärzte haben sie vergessen. „Die gematik hat damals nie ausreichend die Anwendersicht berücksichtigt“, meint Norbert Butz. Das führte dazu, dass bei der Anlage eines Notfalldatensatzes der Anwender fünf Mal eine 6-stellige PIN innerhalb kurzer Zeit eingeben musste. „Wir reden von Barrierefreiheit und dann wird sowas gebaut“, gibt er zu bedenken. Unter diesen Umständen sei es absolut verständlich, dass Ärzte unzufrieden sind. „Man hat die Testärzte mit unausgereiften Prozessen konfrontiert und damit auch frustriert“, beklagt er. Denn das seien ja eigentlich Ärzte gewesen, die dem Thema zunächst positiv und offen gegenüberstanden.

Kommunikation der Ärzte und Psychotherapeuten per elektronischem Arztbrief

Ein großer Schritt in Richtung sichere elektronische Kommunikation zwischen den Leistungserbringern soll das Projekt „adressierte Kommunikation der Leistungserbringer“ - kurz KOM-LE - sein. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist für die inhaltliche Ausgestaltung des Projekts verantwortlich

und hat ihr Lastenheft für KOM-LE schon vor einiger Zeit der gematik vorgelegt. Laut KBV basiert KOM-LE auf standardisierten E-Mail-Protokollen. Das erleichtert die Integration in die Praxissoftwaresysteme ganz erheblich. Selbst marktübliche E-Mail-Client-Anwendungen würden sich theoretisch eignen. Mit dieser Anwendung sollen Leistungserbringer im Gesundheitswesen elektronische Briefe, Bildbefunde etc. versenden und empfangen können. Als Dateiformat würden derzeit der VHitG-Arztbrief, aber auch das Format PDF/A sowie Bilddateiformate wie JPEG unterstützt. KOM-LE wird die Telematik-Infrastruktur mit sicherer Online-Verbindung und dem Konnektor nutzen.

Eine der Hauptstärken der KBV-Lösung: Der Arzt kann weiterhin Aufgaben delegieren. So kann beispielsweise eine Medizinische Fachangestellte den elektronischen Arztbrief zunächst vorbereiten und, nachdem der Arzt das Dokument mit seiner qualifizierten Signatur versehen hat, weitere Befunde oder Bilder anhängen. Somit könnte jede Praxis die organisatorischen Abläufe beibehalten oder müsste sie nur geringfügig anpassen. Die gesamte Nachricht soll danach mit der Signatur der Praxis versehen, verschlüsselt und per E-Mail an den Empfänger geschickt werden. Der Versand läuft dabei über die gesicherte Telematik-Infrastruktur, mit der die Praxis per Konnektor verbunden ist. Der Empfänger könne dann Informationen aus der Korrespondenz über die Versichertennummer zuordnen und direkt in die elektronische Patientendokumentation übernehmen. Für die Ärzte ist diese Möglichkeit zu kommunizieren freiwillig.

eHBA: zurzeit nur wenig Nutzungsmöglichkeiten

Erst mit solchen medizinischen Anwendungen wie dem Notfalldatensatz oder KOM-LE wird der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) an Bedeutung gewinnen. Er gestattet, elektronische

Dokumente rechtssicher zu unterschreiben. Darüber hinaus dient er zur Identifizierung in der digitalen Welt, etwa als Zugangsberechtigung zu besonders geschützten Online-Daten oder -Diensten.

Zur Ausgabe der eArzttausweise (eA) sind die Ärztekammern gesetzlich verpflichtet. Dabei bedienen sie sich zugelassener Zertifizierungsdiensteanbieter (ZDA), die in ihrem Auftrag die Ausweise produzieren und an die beantragenden Ärzte ausliefern. Die organisatorisch-technischen Voraussetzungen dafür sind bei fast allen Kammern bereits abgeschlossen. Das Problem: Auch der eA ist in der Ärzteschaft umstritten. Zudem ist er zurzeit für die Ärzte nicht interessant. Nur wenige wollten den eA bisher haben. So hat die Berliner Ärztekammer nach Angaben des zuständigen Abteilungsleiters Christoph Röhrig bisher lediglich neun elektronische Arztausweise ausgegeben. Und das über ein Jahr nach dem Beginn der Ausgabe.

„Der Preis für den Ausweis ist zu hoch und die Anwendungen sehr rar“, erklärt Röhrig. Derzeit koste der Ausweis die Ärzte 7,90 Euro monatlich. Den Betrag müssten sie an den ZDA zahlen. Außerdem sei der Prozess der Ausgabe und Anwendung von eA für Ärzte sehr kompliziert und zeitaufwendig. So sei z. B. von Gesetzes wegen eine besondere Identifizierung des Arztes erforderlich. Der Arzt müsse daher persönlich in der Ärztekammer erscheinen, um den Antrag auszufüllen. Identifizierungsverfahren bei anderen Stellen, so Röhrig, habe man in der Anfangsphase erst gar nicht vorgesehen, um den Prozess nicht noch komplizierter zu machen. Wenn schließlich der eA beim Arzt ankommt, müsse zunächst die sogenannte Transport-PIN gebrochen werden. Ist das geschafft, müsse der Arzt noch die Signaturanwendungskomponente laden und anwenden können.

Derzeit biete die Ärztekammer Berlin nach Angaben von Röhrig keine entsprechenden Schulungsangebote für Ärzte an. „Die Entwicklung des eArzt-

ausweises hat bereits enorme Kosten verursacht. Angesichts der überschaubaren Anzahl von Abnehmern, kann man es gegenwärtig nicht vertreten, noch mehr Geld in das Projekt zu investieren, dessen breite Anwendung noch weit entfernt scheint“, sagt er. Bleibt abzuwarten, ob der Neustart des Telematikprojekts und der Gesundheitskarte auch die Ausgabe der Arztausweise beflügeln kann.

Explodierende Kosten

Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem hatte schon 2009 in der ARD-Sendung „Monitor“ gesagt: „Die Karte wird jetzt primär aus politischen Gründen an den Start gehen, ökonomisch wird sie ein Minus-Geschäft sein, weil die freiwilligen Anwendungen, die das Ganze erst zu einem Gewinn machen würden, erst mal gar nicht mit dabei sind. Und zahlen müssen dieses Minus-Geschäft letztlich die Versicherten.“ Für die Einführung der eGK hat die Bundesregierung ursprünglich 1,4 Milliarden Euro veranschlagt. Durch die jahrelangen Verzögerungen in der Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte dürften immer mehr Kosten aufgelaufen sein. Die Bundesregierung verwies in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Linksfraktion aus dem vergangenen Jahr auf eine von der gematik in Auftrag gegebene Studie der Unternehmensberatung Booz & Company aus dem Jahr 2009. Sie veranschlagte die eGK-Kosten für einen Zeitraum von fünf Jahren auf 2,4 Milliarden bis 5,4 Milliarden Euro. Im ungünstigsten Fall könnten die Ausgaben auf bis zu 14,1 Milliarden Euro steigen, wie der ehemalige Pressesprecher der gematik im Jahr 2009 einräumte. Sowohl über den künftigen Nutzen der elektronischen Gesundheitskarte als auch die Kosten kann also nach wie vor nur spekuliert werden.

Verfasserin: Eugenie Wulfert
Medizinjournalistin

PRO

Elektronische Gesundheitskarte – Kritik an der Kritik *von Dr. med. Philipp Stachwitz*

Im Streit um die elektronische Gesundheitskarte geht es um Grundsätzliches: Struktureller Bruch des Arztgeheimnisses und die Speicherung der sensiblen Gesundheitsdaten aller Versicherten auf zentralen Servern – so der Kollege Dr. Bernd Hontschik am 25.06.2012 in der „Berliner Zeitung“. Das macht Angst. Widerstand dagegen scheint also Pflicht zu sein für jeden, dem am Patientendatenschutz gelegen ist. Und so hat auch schon der 115. Deutsche Ärztetag im Mai 2012 – deutlicher denn je – seine Ablehnung des Projektes bekundet.

Ich behaupte aber, mehr Datenschutz für die Patienten werden wir nicht erreichen durch fortgesetzte Ablehnung der elektronischen Gesundheitskarte – eher das Gegenteil.

Denn – was ist die elektronische Gesundheitskarte eigentlich? Sie ist ein Werkzeug, mit dem Patientinnen und Patienten ihre Daten zukünftig selbst werden verschlüsseln können. Und zwar erstens sehr sicher und zweitens so, dass sie selbst – und nur sie selbst – die Daten auch wieder entschlüsseln können. Das allein schon ist ein riesiger Schritt für den Schutz ihrer Daten.

Machen wir uns nichts vor. Unser Gesundheitswesen ist längst durchdrungen von moderner Informations- und Kommunikationstechnologie. Nahezu alle Daten unserer Patienten werden heute elektronisch gespeichert. Oder wann haben Sie zuletzt einen Arztbrief gelesen, der aus einer Schreibmaschine kam? Wir leben nicht auf der Insel der Glückseligkeit. Die Speicherung von Gesundheitsdaten in der „Cloud“ – auf Servern der IT-Industrie – steht vor der Tür. Patientinnen und Patienten fragen immer häufiger, warum bei den heute so komplexen Behandlungsverläufen (z.B. in der Onkologie) sie

selbst allein dafür Sorge tragen müssen, dass die Informationen über ihre Erkrankung zur richtigen Zeit am richtigen Ort zur Verfügung stehen. Und sogar die ausgewiesene eGK-Kritikerin Fr. Dr. Silke Lüder bestreitet nicht den Wert elektronischer Patientenakten in ihrer Hausarztpraxis.

Gleichzeitig ist der Datenschutz in unserem digitalisierten Gesundheitswesen erheblich verbesserungswürdig – Datenschützer monieren das fast täglich und inzwischen immer deutlicher. Und wer Augen hat zum Sehen, der sieht es auch selbst. Sicherheitstechnologie, d.h. ein sicheres Netz, sicherere Verschlüsselungstechnologien in der Hand von Patienten und Ärzten und auch ein sicherer Rechtsrahmen müssen endlich her. Ein USB-Stick für Patienten wird nicht ausreichend sein. Denn die IT-Industrie hat – siehe oben – längst die Patientendaten im Visier; die Bedrohungen für diese Daten gehen heute zu allererst von Privatunternehmen und nicht vom Staat aus.

Wenn Bürgerinteressen in Gefahr sind, erscheint mir Widerstand auch gegen staatliche Projekte durchaus berechtigt. Die Gesetze zur elektronischen Gesundheitskarte jedoch schützen den Bürger vor staatlichem wie auch privatem Zugriff auf seine Gesundheitsdaten. Sie schreiben vor, ihm als Bürger und Patient ein sehr wirksames Werkzeug zum technischen Schutz seiner Daten in die Hand zu geben. Sie schreiben zudem Freiwilligkeit und ausdrückliche Zustimmung zur Speicherung seiner Daten vor. Sie stellen die Übertretung dieser Vorschriften unter hohe Strafen. Sie schreiben den Aufbau eines sicheren IT-Netzes für unser Gesundheitswesen vor. Sie räumen den Datenschützern eine sehr starke Stellung im gesamten Verfahren ein. Und schließlich sind auch



Dr. med. Philipp Stachwitz war bis 2008 stellvertretender Dezernent Telematik der Bundesärztekammer und ist seither wieder klinisch tätig. Er arbeitet in der Abteilung für Anästhesie und Schmerztherapie des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe in Berlin-Kladow.

lokale Speichermedien in Patientenhand inzwischen Bestandteil des Projekts elektronische Gesundheitskarte.

Verantwortlich den technologisch bedingten Bedrohungen des Patientendatenschutzes im 21. Jahrhundert entgegenzuwirken heißt, sich endlich für eine Technologie in der Hand von Patienten auszusprechen, die ihnen selbst den wirksamen Schutz ihrer Daten in einer digital vernetzten Welt ermöglicht.

Und genau eine solche Technologie ist die elektronische Gesundheitskarte.

Fortgesetzt in düsterer Tonlage zu fordern, die elektronische Gesundheitskarte Patientinnen und Patienten vorzuenthalten, bedeutet, deren Position zu schwächen – nicht etwa, sie zu stärken.

CONTRA

Schlechte Karten für das Arztgeheimnis von Dr. med. Svea Keller

Wie kommt es, dass so ein kleines Kärtchen es schafft, den sonst doch eher konservativen Deutschen Ärztetag zur offenen Rebellion zu bewegen? Die Einführung dieses kleinen Kärtchens ist ein geschickter Schachzug, um die Grundfesten des einzigartigen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient zu erschüttern. Untrennbar verbunden mit diesem besonderen Verhältnis ist das Gelöbnis, alle anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus zu wahren. Um dieses Verhältnis werden wir beneidet, ganz besonders von den Politikern, die sich nun leider regelmäßig bei allen Umfragen nicht der allergrößten Beliebtheit der Bevölkerung erfreuen.

Es gibt noch immer Freunde der eCard, die an die 100%ige Sicherheit des Datenschutzes glauben. Absolut sicher, so sicher wie das Schweizer Bankgeheimnis sei diese moderne Karte – oder war da was mit dem Schweizer Bankgeheimnis? Menschliches Versagen ist die eine Komponente des Risikos, und menschliche Intelligenz, die Intelligenz der Hacker, ist die andere Komponente. Dass der Datenschutz bei der eCard versagt, ist nur eine Frage der Zeit. Interessanten an diesen Daten gibt es genug, in erster Reihe stehen Versicherungen und Arbeitgeber. Wer kennt nicht eine dieser Geschichten, wo eine Fehldiagnose oder ein gut gemeintes Attest Jahre oder Jahrzehnte später zur Verweigerung einer Versicherung geführt haben? Ein bisschen Stress und Panik vor einer Prüfung können völlig ausreichen, um so einen Mechanismus in Gang zu setzen. Aber der Patient, der darf doch entscheiden, was auf der

Karte gespeichert wird? Im Prinzip ja, aber seine Medikamente, die vielleicht gegen AIDS oder gegen Depressionen helfen, wird er in der Apotheke schon holen müssen. Der Arzt wird auch kaum tätig werden können, ohne bei seiner Abrechnung die entsprechenden Diagnosen zu verschlüsseln, und Daten lassen sich zusammenführen.

Ich habe damals in meiner Praxis noch Jahre nach der Wende oft sorgsam aufbewahrte und gepflegte Heftchen in die Hand bekommen, in die die wichtigsten Befunde regelmäßig eingetragen wurden. Natürlich war das gut, aber diese aus DDR-Zeiten übriggebliebenen Heftchen waren tatsächlich der ach so modernen eCard in dem Punkt haushoch überlegen, dass die dort festgehaltenen Daten nur mühsam kopierbar sind und sich schon gar nicht auf Knopfdruck verschicken oder mit anderen Daten zusammenführen ließen.

Und noch eines: Ich bin fest überzeugt, dass die meisten Menschen einen Hausarzt haben, der durchaus den Überblick über die vollständige Krankengeschichte seiner Patienten hat. Eigentlich besteht keine Notwendigkeit für eine Karte, die diesen Überblick auf ihre Weise auch hat – es sei denn... es sei denn, jemand ist interessiert daran, die freiberuflichen Hausärzte mit ihrer langjährigen Patientenbindung durch



Foto: K. Friedrich

Dr. med. Svea Keller, Augenärztin, ist Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin. Sie betreibt das Online-Portal www.buschtelefon.de.

zahlreiche, anonyme, wechselnde, angestellte Ärzte zu ersetzen, dann ja, dann wäre das Kärtchen eine enorme Hilfe. Aber ich bin fest überzeugt, dass der Verlierer dabei der Patient wäre.



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
■ 01.11., 15.11., 29.11.2012	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de Teilnehmergebühr: 550 €	9 P
■ 05.11.–14.11.2012 (Kursteil B1) 14.11.–23.11.2012 (Kursteil B2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs B: 960 € Kursteile B1, B2: 480 €	60 P pro Kursteil
■ 14.11.2012 18.00 – 20.30 Uhr	Nach der Tat – Kompetent (Be-)Handeln bei Gewalt in Partnerschaften. Rechtssichere Dokumentation und ärztl. Aussage vor Gericht (weitere Informationen s. S. 6)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Die Veranstaltung ist kostenlos, um Anmeldung bis zum 11.11.12 wird gebeten: wieners@signal-intervention.de oder Fax: 275 95 366	3 P
■ 07.12.–08.12.2012	Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten zu überbringen: BREAKING BAD NEWS (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Dr. med. Katrin Werner Tel.: 030 / 40806-1403 Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: i.wegner@aekb.de Tel.: 40806-1402 Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer	17 P
■ 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
■ 25.02.–27.02.2013	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: 270 €	21 P
■ 27.02.–01.03.2013	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P
■ 08.03.2013	1) Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung bei Untersuchungen gemäß Fahrerlaubnisverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 60 €	5 P
■ 08.03.–09.03.2013	2) Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 € Kombipreis für Kurse 1) und 2): 290 €	16 P
■ 08.04.–10.04.2013	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G 20 „Lärm“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 360 €	31 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

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, AkdÄ

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

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

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

Ort: BITTE BEACHTEN

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

Anerkannt mit 3 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

(40-h Kurs, findet in zwei aufeinander aufbauenden Teilen statt)

Termine:

28. Februar 2013, 14:00-18:00 Uhr

01. März 2013, 09:00-18:00 Uhr

02. März 2013, 09:00-17:00 Uhr

und

14. März 2013, 14:00-18:00 Uhr

15. März 2013, 09:00-18:00 Uhr

16. März 2013, 09:00-15:00 Uhr

Die Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die in einer stationären oder ambulanten Einrichtung die Funktion der/des Qualitätsbeauftragten in der Hämotherapie gemäß den „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten“ der Bundesärztekammer ausüben möchten.

Veranstalter: Ärztekammer Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. Gossrau, Frau Dr. Werner

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 750 Euro, 40 Fortbildungspunkte

Information/ Anmeldung: Tel.: 40806-1401; E-Mail: r.drendel@aekb.de

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

www.berliner-aerzte.net

Tag der Allgemeinmedizin 2012 an der Charité – Universitäts- medizin Berlin realisiert

Der Tag der Allgemeinmedizin am Samstag, 15. September 2012, organisiert vom Institut für Allgemeinmedizin Charité – Universitätsmedizin Berlin, war im Friedrich-Busch-Haus (Campus Mitte) mit über 100 Teilnehmern gut besucht. Mit großem Interesse wurde der Einführungsvortrag von Frau Dr. med. Christiane Reichardt zum Umgang mit MRSA- bzw. MRE-Patienten in der Hausarztpraxis verfolgt und die Möglichkeit zur anschließenden Diskussion umfassend genutzt. Reichardt arbeitet am Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité Universitätsmedizin Berlin.

Die 10 Workshopangebot u.a. zu Themen wie „Impfmanagement in der Hausarztpraxis“, Hausärztlicher Umgang bei v.a. Borreliose“ oder „Stellung der MFA im therapeutischen Team“ waren von der Idee einer praxisnahen Fortbildung für Hausärzte, Ärzte in Weiterbildung und medizinische Fachangestellte getragen. Die Workshops wurden interaktiv und von Sponsoren unabhängig gestaltet.

Die Ärztekammer Berlin beteiligte sich mit zwei Themenkomplexen an der inhaltlichen Ausgestaltung der Tagung: Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung und Dr. med. Antje Koch, Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin für Berlin, boten jeweils einen Workshop an.

Barbara Hoffmann leitete die Arbeitsgruppe 1 „Wir müssen reden – Kommunikation nach einem Schadensfall“. Das Seminar gab anhand von Beispielen aus der Praxis Hinweise zur Kommunikation mit Patienten und im Team, nachdem etwas schief gegangen ist. Die Teilnehmer tauschten sich in zwei Qualitätszirkeln anhand von fiktiven „Fällen“ über unterschiedliche Kommunikationsstrategien aus. Ziel der Seminarleiterin war es, Anregungen zur Reflektion und einige praktische Hinweise zu geben sowie Verunsicherungen zu reduzieren. Eine wesentliche Frage war jene zur rechtlichen Situation des Arztes/der Ärztin im Fall eines vermuteten

Behandlungsfehlers. Die Seminarleiterin empfahl in Absprache mit der Abteilung Berufs- und Satzungsrecht der Ärztekammer Berlin: offene und vollständige Auskunft über das Behandlungsgeschehen (Tatsachen), Gewährung des Einsichtsrechtes in Behandlungsunterlagen, Anraten einer durch die Behandlung ggf. indizierten Folgebehandlung. Sehr wichtig war Hoffmann neben dem „technisch“ richtigen Verhalten auch ein ganz normal menschliches. Unerwünschte Ereignisse dürfen mit einem „Es tut mir leid“ bedauert und dies auch dem Patienten gesagt und gezeigt werden. Sie hob hervor, dass der Fehler nach dem Fehler das Schweigen sei und stellte einige weiterführende Informationsmöglichkeiten zum Thema vor: Die Broschüren „Reden ist Gold“ und „Aus Fehlern lernen“, herausgegeben vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., die Empfehlungen „Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall“ und die Publikation „Täter als Opfer“ der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz sowie die Chrismon-Reportage (März 2011) über den Vorstandsvorsitzenden der Uniklinik Mainz Prof. Dr. med. Norbert Pfeiffer „Das darf doch nicht wahr sein“.

Antje Koch, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin für Berlin, gestaltete als Co-Leiterin den Workshop 5 „Weiter-

bildungsverbünde in Berlin / Brandenburg“. BERLINER ÄRZTE sprach mit Dr. med. Koch im Anschluss:

BÄ: Sie haben zum Tag der Allgemeinmedizin in der Charité einen Workshop angeboten. Worüber haben Sie informiert?

Koch: Seit Mai 2011 besteht die Koordinierungsstelle für Allgemeinmedizin (KoStA für Berlin), die seit dem 1. Juli 2012 von der Berliner Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Ärztekammer Berlin getragen wird. Ich fungiere als Ansprechpartnerin für Ärztinnen und Ärzte, die an einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin interessiert sind und diese strukturierter organisieren wollen. Grundlage für die KoStA für Berlin ist die „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in den ambulanten und stationären Versorgungsbereichen“, die im Januar 2010 geschlossen wurde.

Eine Aufgabe der KoStA ist es, Informationsveranstaltungen rund um das Gebiet Allgemeinmedizin anzubieten. Bereits im letzten Jahr habe ich beim Tag der Allgemeinmedizin die Weiterbildungsordnung thematisiert. Es ist immer wieder eine große Herausforderung, die Weiterbildungsordnung richtig zu verstehen, da es viele individuelle Möglichkeiten gibt, die Weiterbildungsabschnitte zu kombinieren.

Eine weitere Aufgabe der KoStA ist die Gründung von Weiterbildungsverbänden, sodass ich in diesem Jahr auch über die beiden derzeit offiziell zu benennenden Weiterbildungsverbände in Berlin gesprochen habe, die mehr als 50 Prozent der Weiterbildung abdecken. Wir arbeiten intensiv an dem Aufbau weiterer Verbände und hoffen, bald den nächsten Verbund auf unserer Internetpräsenz einstellen zu können. Mittlerweile nehmen Kliniken oder auch Niedergelassene direkt mit mir Kontakt auf, die gerne einen solchen Verbund gründen möchten. Das Interesse, den hausärztlichen Nachwuchs zu fördern, ist erfreulicherweise groß.

BÄ: Was haben Sie sich vom Tag der Allgemeinmedizin erhofft?

Koch: Wichtig ist in meinen Augen, Weiterbildungsassistenten für die Allgemeinmedizin möglichst früh zu erreichen. Dafür bietet sich das Univ.-Umfeld an. Natürlich berate ich auch Assistenten, die bereits einige Jahre Weiterbildung hinter sich haben. Aber zu Beginn der Weiterbildung ist es wirklich hilfreich, einen Ansprechpartner zu haben, der sagt, an welcher Stelle, auf welche Dinge geachtet werden muss. Am Anfang der Weiterbildung hat man

oft nur die Stelle und natürlich die Herausforderungen im ärztlichen Alltag im Kopf und kümmert sich nicht um die Weiterbildung. Das hat man einfach nicht im Blick, weil keine Kapazitäten dafür vorhanden sind. Ich denke, ich konnte den Workshopteilnehmern, die kurz vor dem Beginn der Weiterbildung stehen, die Möglichkeiten aufzeigen, individuelle Weiterbildungslösungen auf der Basis der geltenden Weiterbildungsordnung zu erstellen. Die Frage ist immer, was macht Sinn? Womit fange ich an? Es ist so wichtig zu wissen, wo man gerade steht und wo man hin will. Für Frauen ist

es beispielsweise häufig ratsam, die Klinikzeit als Erstes zu machen, damit sie die klinisch-stationären Weiterbildungsabschnitte bei eventueller Familiengründung bereits hinter sich gebracht haben. Der Tag der Allgemeinmedizin ist somit für mich eine sehr gute Möglichkeit, mich den jungen, werdenden Fachärzten als Ansprechpartnerin vorzustellen.

Das Gespräch führte Ulrike Hempel

Verfasserin:
Ulrike Hempel
Medizinjournalistin

Verleihung der Georg-Klemperer-Ehrenmedaille der Ärztekammer Berlin

In einem außerordentlichen Festakt, losgelöst vom sonst üblichen Kammertag, fand am 28. September die diesjährige Verleihung der Georg-Klemperer-Ehrenmedaille der Ärztekammer Berlin statt. Vom Vorstand ausgewählt waren drei Persönlichkeiten aus sehr unterschiedlichen Richtungen, die jeder für sich in besonderer Weise um die Patientenversorgung in Berlin und das Ansehen der Ärzteschaft verdient gemacht haben. Mit Dr. med. Rita Kielhorn-Haas, Rolf Dieter Müller und Dr. med. Ulrich Fegeler sahen zwei Ärzte und erstmalig in der Geschichte der Ärztekammer Berlin ein „Nicht-Arzt“ der Würdigung durch den Vorstand an diesem Tag entgegen. Zivilcourage, Mut, Aufgeschlossenheit und das Denken über Normen hinweg, vor allem aber Menschlichkeit zählen zu den Tugenden, die alle drei Preisträger gleichermaßen verbinden und im Sinne des Namensträgers der Ehrung für würdig erweisen. Neben ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitern waren auch in diesem Jahr wieder zahlreiche Vertreter aus Medizin, Politik, Verbänden und dem Berliner Gesundheitswesen der Einladung gefolgt. Der Gesundheitsssenator, der ein Grußwort zugesagt hatte, hatte mit Bedauern kurzfristig absagen müssen. Eine besondere Freude war es, auch ehemalige Preisträger unter den Gästen begrüßen zu dürfen.

Mit einer Allgemeinmedizinerin, einem Kassenrepräsentanten und einem Kinderarzt ehrt die Ärztekammer Berlin in diesem Jahr wieder drei Persönlichkeiten, die nicht nur in ihrem Wirkungsbereich Herausragendes für die Ärzteschaft und Patientenversorgung geleistet haben, sondern sich in ihrem Leben durch Offenheit für neue

Zusammenhänge, soziales Engagement und insbesondere Menschlichkeit über die Maßen verdient gemacht haben bzw. auch heute noch verdient machen. Damit folgen sie nach Auffassung des Vorstandes in überzeugender Weise dem Leitgedanken des Namensgebers der Ehrenmedaille, Georg Klemperer, der einst für sich erkannte: „Jede Art, jede Form und jede Richtung der Therapie wollen wir pflegen, ohne ein Vorurteil und ohne einen anderen Anspruch als den der Ehrlichkeit und den der Logik. Unsere besondere Liebe aber gelte der seelischen Durchdringung ärztlichen Handelns, durch welche der ärztliche Beruf seine höchste Weihe, seine tiefste Wirksamkeit erlangt.“ Die Georg-Klemperer-Medaille, die jedes Jahr vom Vorstand verliehen wird, sei „Ehrung, die Dank ausdrückt“, so der Präsident der Ärztekammer Berlin, Günther Jonitz, in seiner Begrüßungsrede, „Dank, der vom Vorstand in diese Auszeichnung hineingelegt wird“.

Geselliger Ausklang im Foyer



Preisträger und Laudatoren: Elmar Wille (Vizepräs.), Rolf D. Müller, Ulrich Fegeler, Rita Kielhorn, Harald Mau (Vorstand ÄKB), Günther Jonitz (Präs.) (v.li.)

Die Georg-Klemperer-Preisträger 2012

Dr. med. Rita Kielhorn-Haas



*Klemperer-Preisträgerin
Rita Kielhorn*

Die niedergelassene Allgemeinmedizinerin Rita Kielhorn-Haas wurde 1933 im ober-schlesischen Ratibor geboren. Nach dem Abitur in Neiße siedelte sie mit ihrer Familie nach Magdeburg um und ging von dort nach West-Berlin, um Medizin zu studieren. Dem Staatsexamen im Jahr 1961 folgte sechs Jahre später die eigene Praxis in Berlin-Kreuzberg, wo sie sich bis 2001 mit besonderem Engagement um Patienten mit Migrationshintergrund kümmerte, die bis zu 80% ihrer Praxisklientel ausmachten.

Mit Eintritt in den Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin (BPA) 1976 begann ihre berufspolitische Karriere, während der sie bis 2007 fast ununterbrochen verschiedene Wahlfunktionen bekleidete. Sie war von 1986 bis 1998 Vorsitzende des BPA, zunächst nur für Berlin, nach dem Fall der Mauer des BPA Berlin-Brandenburg. Von 1987 bis 1991 war sie gleichzeitig 1. Stellvertreterin des BPA-Bundesvorsitzenden. Seit den 80er-Jahren engagierte sich Rita Kielhorn intensiv in der Ärztekammer Berlin und in der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Von 1981 bis 1988 war sie Vorstandsmitglied der KV Berlin und in zwei Amtsperioden – von 1989 bis 1993 sowie von 1997 bis 2001 stellvertretende Vorsitzende. Anschließend war sie bis 2004 Beisitzerin im KV-Vorstand. Ebenso umfassend war auch ihre Arbeit in der Ärztekammer Berlin. So war sie beispielsweise von 1983 bis

2007 durchgängig Mitglied der Delegiertenversammlung der Kammer.

Seit 1998 ist Rita Kielhorn Ehrenvorsitzende des Berufsverbandes der Allgemeinärzte in Berlin und Brandenburg. Ihr besonderes Augenmerk lag und liegt immer noch auf der psychosomatischen Medizin. 1994 gründete sie zusammen mit der Ärztekammer Berlin und der Akademie für Integrierte Medizin das Institut für Psychosomatik und Psychotherapie des BPA Berlin-Brandenburg, dem sie bis heute vorsteht. Außerdem war sie zwischen 1994 und 1997 Vorsitzende der Deutschen Balintgesellschaft. Noch heute leitet sie Balintgruppen und behandelt Privatpatienten psychotherapeutisch. „Rita Kielhorn hat in den vielen Jahren ihrer umfangreichen berufspolitischen Arbeit immer eine integrative Rolle zwischen den Haus- und Fachärzten eingenommen“, betonte der Vizepräsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Elmar Wille, in seiner Laudatio und fügte hinzu: „Darüber hinaus ist es ihr gelungen, in Berlin und bundesweit die Integration der Psychotherapie in die Allgemeinmedizin entscheidend voranzutreiben.“ Mit einem persönlichen Leitgedanken brachte Frau Dr. Kielhorn ihre Dankesrede zum Abschluss: „... achten Sie darauf, dass auch in Zukunft der Patient bei all den wirtschaftlichen Zwängen, der überbordenden Bürokratie, der oft übertriebenen zeitaufwendigen Dokumentation, der Budgetierung und Mengenbegrenzung nicht auf der Strecke bleibt. Der Patient muss im Zentrum unseres Handelns stehen.“

Rolf Dieter Müller

Der gebürtige Westfale Rolf Dieter Müller (68) hat einen langen Weg vom Auszubildenden als Sozialversicherungsfachangestellter im Alter von 14 Jahren bei der AOK Wuppertal bis zum Vorstand der AOK Berlin durchlaufen. 49 Berufsjahre hielt er der AOK die Treue. 1991 kam er als stellvertretender Geschäftsführer der AOK nach Berlin. Ihn erwartete dort nicht nur eine historisch gewachsene gesetzliche Krankenkasse, sondern alle Probleme, die es in Berlin in der Nachwendezeit gab. „Sein Arbeitsprinzip war dabei durchgängig und verlässlich: Gute Medizin sollte für die Menschen erreichbar und bezahlbar bleiben“, erklärte der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, in seiner Laudatio.

Unter seiner Ägide als Vorstandsmitglied und Vorstandsvorsitzender der AOK-Berlin (seit 1998) wurde zum Beispiel die erste bundesweit getroffene Vereinbarung zur Verbesserung der Behandlung von Rheumapatienten – die Rheuma-Vereinbarung zwischen der KV Berlin und der AOK Berlin – realisiert, für die er mit der Silbernen Ehrennadel der Rheumaliga geehrt wurde. Darüber hinaus hat die AOK die erste flächendeckende Home-



*Klemperer-Preisträger
Rolf Dieter Müller*

Care-Vereinbarung zur Versorgung von HIV-Patienten, aber auch zur Versorgung von Onkologiepatienten im Jahre 1993 geschlossen. Sie ist Vorbild als Versorgungsansatz für die Palliativversorgung bundesweit.

Für die Augenärzte und Augenpatienten ist wichtig, dass im Jahr 1998 in Berlin eine bundesweit einzigartige Regelung getroffen wurde, um Patienten mit Augentumoren eine Protonentherapie an der Universitätsklinik Charité zu ermöglichen. Diese Behandlungsmethode hatte Weltgeltung. Die ambulante Rehabilitation wurde durch eine Pilot-Vereinbarung unter Beteiligung des Arbeits- und Sozialministeriums 1996 für orthopädische, neurologische und Herzkreislauf-Erkrankungen geregelt und gilt als die erste deutschlandweite Regelung unter Beteiligung des Ministeriums.

Seit seinem Ausscheiden als Vorsitzender der AOK Berlin im Jahr 2007 kümmert er sich um die Belange des Gesundheitsstandortes Berlin, aber auch weit darüber hinaus. „Nimmt man die aktuelle Berichterstattung als Grundlage, so entsteht der Eindruck, dass es mit dem Miteinander von Krankenversicherung und ärztlicher Selbstverwaltung nicht immer zum Besten bestellt ist. Genau dies ist der Grund, warum wir Rolf Dieter Müller ehren. Unter seiner Führung war vieles anders und fast alles besser“, ergänzte Kammerpräsident Jonitz. Worauf es Rolf Dieter Müller zeit seines Lebens ankam wurde in seiner Dankesrede deutlich: „Partnerschaft zwischen Ärzten und Krankenkassen ist eine notwendige Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches Wirken. Ich bin froh und glücklich, dass ich in der Berliner Ärzteschaft regelmäßig aufgeschlossene, verlässliche Gesprächspartner gefunden habe, die es ermöglichten gemeinsam neue Wege zu gehen.“

Dr. med. Ulrich Fegeler



*Klemperer-Preisträger
Ulrich Fegeler*

Der Kinder- und Jugendarzt Dr. med. Ulrich Fegeler (64) wurde 1948 in Gelsenkirchen geboren. 1974 legte er sein Staatsexamen in Bonn ab. Es folgten 1979 die Promotion und 1982 der Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Anschließend war er bis 1989 als Oberarzt am Hedwig-von-Rittberg-Kinderzentrum der DRK Kliniken Berlin tätig. Danach folgte die Niederlassung in einer kinder- und jugendärztlichen Gemeinschaftspraxis, später Praxisgemeinschaft in Berlin-Spandau.

Ulrich Fegeler engagiert sich seit vielen Jahren intensiv in der Kinder- und Jugendmedizin. Dabei geht sein Engagement weit über die Verbesserung der medizinischen Versorgung hinaus. Zwischen 1999 und 2009 war Fegeler stellvertretender Landesvorsitzender des Berliner Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. Seit 2007 ist er Bundespressesprecher des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. Sein Themenschwerpunkt ist dabei „Vergessene Kinder“, das heißt die sozialen Folgen frühkindlicher soziogener Entwicklungsdefizite. 2011 gründete er deshalb die Initiative „Kein Kind vergessen – nachhaltige Entwicklungsförderung jetzt“, in der sich Pädiater, Kriminalpsychologen, Sozialwissenschaftler, Pädagogen, Politiker, Juristen und Journalisten engagieren. Er ist darüber hinaus Gründungsmitglied und stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für ambulante allgemeine Pädiatrie (DGAAP).

Ulrich Fegelers Engagement endet aber nicht bei der Kinder- und Jugendmedizin. So gehörte er 1979 zu den Gründungsmitgliedern der Berliner Ärzteinitiative gegen Atomenergie. 1981 war er Gründungsmitglied der Deutschen Sektion der IPPNW, in dessen Vorstand er sich über viele Jahre engagierte.

Sein Laudator, das Kammervorstandsmitglied Professor Dr. med. Harald Mau, lobte Fegelers unermüdlichen Einsatz für eine hochwertige, humane Patientenversorgung – insbesondere seine Hinwendung zu den „vergessenen Kindern“ und die Förderung der geistigen und seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Das Aufzeigen und Anprangern sozialer Missstände, in denen Kinder in diesem Land leben müssen, von Betreuungs- und Erziehungsnotständen bis hin zur „schleichenden Bildungsverelendung“ sei für Ulrich Fegeler eine Lebensaufgabe und zeuge von seiner „hohen Verantwortung für die Gesellschaft“, die deshalb mit der Georg-Klemperer-Medaille gewürdigt wird, erklärte Mau. Der Preisträger bedankte sich und nahm die Auszeichnung vor allem für seine Projekte und seine Mitsreiter entgegen und für die öffentliche Aufmerksamkeit, die ihnen damit zuteil werde. Fegeler appellierte in seiner Dankesrede, dass 135.000 Kinder jährlich in Deutschland, die in Armut und bildungsfern aufwachsen und vernachlässigt werden, nur durch gesellschaftliche Anstrengung aufgefangen und gefördert werden können. Es muss mehr Verantwortung von der Gesellschaft für die Ressource „Kind“ übernommen werden und bereits in Frühförderinstanzen wie Krippen und Kindertagesstätten investiert werden. Der Arzt allein ist machtlos, die Lösungen müssen miteinander, d.h. im abgestimmten Zusammenwirken aller am Kindeswohl beteiligten Professionen gefunden werden.“



Manfred Richter-Reichhelm, Elmar Wille und Ulrich Fegeler im Gespräch (v. li.)



Harald Mau während seiner Laudatio auf Ulrich Fegeler



Meinungsaustausch: Prof. Grütters-Kieslich (Dekanin Charité) und Günther Jonitz



Die Preisträger: Ulrich Fegeler, Rita Kielhorn und Rolf D. Müller (v. li.)



Die Musiker: Trio Lakasax und Helena Kolb



Die Georg-Klempere-Medaille und -Ehrendadel.

Der Namensgeber

Die Georg-Klempere-Medaille wurde von der Ärztekammer Berlin in diesem Jahr zum sechsten Mal vergeben.

Namensgeber der Auszeichnung ist der Berliner Internist Professor Georg Klempere (1865 - 1946). Der Sohn eines Rabbiners etablierte im Krankenhaus Moabit eine ebenso menschliche wie wissenschaftlich fundierte Medizin. 1935 musste Klempere vor den Nazis in die USA fliehen.

mpe

Delegierte beschließen Neufassung der Berufsordnung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 26. September 2012

Im Mittelpunkt dieser Delegiertenversammlung standen die Erörterungen zu den Änderungen der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin. Der 114. Deutsche Ärztetag hatte im Mai letzten Jahres die Neufassung der Muster-Berufsordnung beschlossen. Nun galt es für die Delegierten, zu entscheiden, ob und ggf. welche Regelungen zukünftig Aufnahme in die Berufsordnung der Ärztekammer Berlin finden sollen und damit für die Berliner Ärztinnen und Ärzte bindend sein würden. Aufgrund der Komplexität des Gegenstandes hatte die Delegiertenversammlung die ursprünglich für Juni vorgesehene Befassung auf die September-Sitzung vertagt.

Nachdem in den vorangestellten Tagesordnungspunkten Anfragen und Mitteilungen des Vorstandes u. a. die Kinderarmut in Berlin und die Vorstellung des neuen Tätigkeitsberichtes der Ärztekammer Berlin behandelt wurden, hatten die Delegierten auf ihrer Sitzung am 26. September vor allem zur Neufassung der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (BO) zu beraten. Nachdem der 114. Deutsche Ärztetag im Mai letzten Jahres in Kiel die Novellierung der Muster-Berufsordnung (M-BO) beschlossen hatte, war die Abteilung Berufsrecht der Kammer beauftragt, daraus sich ergebende Konsequenzen für die Berliner Berufsordnung zu prüfen und einen Vorschlag für eine schlanke

und für Ärztinnen und Ärzte verständliche Berufsordnung zu erarbeiten. Eine erste Befassung mit den Ergebnissen, wie sie ursprünglich für die vorangegangene Sitzung im Juni vorgesehen war, wurde aufgrund der Komplexität des Themas auf die jetzige September-Sitzung vertagt. Intensive Vorarbeit und Beratungen in den Listen ermöglichten es den Delegierten, sich sorgfältig mit der Materie auseinanderzusetzen und Beiträge zur Diskussion bereits im Vorfeld einzureichen. Entsprechend umfangreich war dann auch die Drucksache 13/35, die Gegenstand der Beratung war. Knapp 150 Seiten Grundlagen und Erläuterungen samt Synopsis zu den divergierenden Inhalten von M-BO



der Bundesärztekammer und gültiger BO der Ärztekammer Berlin waren von der Abteilung Berufsrecht vorbereitet und vorgelegt worden, die entsprechenden Änderungen farblich und nachvollziehbar hervorgehoben. Während der Sitzung verhalf zudem die Leiterin der juristischen Abteilung der Kammer, Martina Jaklin, mit einer kommentierten Darstellung und dezidierten Ausführungen zum besseren Verständnis der Papiervorlage und letztendlich auch zum Durchdringen der einzelnen Paragraphen. Dazu stellte sie 20 wesentliche Änderungen heraus, die besonderes Augenmerk verdienen. BERLINER ÄRZTE stellt eine kleine Auswahl vor. Eine umfassende Darstellung der sich für Berliner

ANZEIGE

Ärztinnen und Ärzte ergebenden Änderungen wird nach Abschluss des Satzungsverfahrens an dieser Stelle erfolgen.

„Rasse“, „Ethnizität“ oder „Ethnische Herkunft“

Für eine intensive Diskussion sorgte der Vorschlag von Matthias David (Marburger Bund), den im Gelöbnis der Berufsordnung verwendeten Begriff der „Rasse“ durch das Wort „Ethnizität“ zu ersetzen. Seiner Auffassung nach, sei es nicht mehr zeitgemäß, wenn die Ärzteschaft sich dieses, insbesondere durch den Nationalsozialismus negativ geprägten Begriffes weiter bediene. Aus juristischer Sicht verwies Frau Jaklin darauf, dass der Begriff der „Rasse“ von seiner Bedeutung her umfassender sei als die Begriffe „Ethnizität“ oder „Ethnische Herkunft“. Der Begriff werde sowohl im Grundgesetz sowie im allgemeinen Gleichstellungsgesetz verwendet. Es sei nicht anzuraten, so die Juristin, diesen Begriff durch einen anderen zu ersetzen, der ggf. nicht ausreichend weit gefasst wäre. Infolge einer solchen Änderung bestünde die Gefahr der Senkung des Schutzniveaus bezüglich derer, die mit dem Bekenntnis zur Gleichbehandlung eigentlich geschützt werden sollen. Unter Dafürhalten des Präsidenten Günther Jonitz einigten sich die Delegierten schließlich darauf, die Formulierungen zur Gleichbehandlung im Genfer Gelöbnis in die Berufsordnung zu übernehmen und damit den dort verwendeten Begriff der „ethnischen Herkunft“ ergänzend ins Gelöbnis der Berliner BO aufzunehmen. Mit mehrheitlichen Beschluss wird der

Passus nun zukünftig wie folgt lauten: *„Ich werde mit all meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten. Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.“ (...)*

Aufklärungspflichten konkretisiert

Darauffolgend befasste sich die Delegiertenversammlung mit § 8 (Aufklärungspflichten). Martina Jaklin erklärte, dass die Vorschrift entsprechend der Rechtsprechung konkretisiert worden ist. Das im Entwurf vorliegende Patientenrechtgesetz enthalte ebenfalls eine Vorschrift zur Aufklärungspflicht, die gleichfalls die aktuelle Rechtsprechung abbilde, allerdings hinsichtlich der verbindlichen Inhalte der Aufklärung noch darüber hinausgehe. Erfolgreich hatte sich die Ärztekammer Berlin in ihrer Stellungnahme zum Patientenrechtgesetz indes dafür eingesetzt, dass der Arzt nur über alternative Behandlungsmethoden aufklären muss, wenn diese gleichermaßen üblich und indiziert sind.

Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen

Im Weiteren ging es um § 10 zur „Dokumentationspflicht“ des Arztes und zur Gewährung des Einsichtsrechts in die

Nähere Informationen zu den Inhalten der neuen Berufsordnung stellt BERLINER ÄRZTE seinen Leserinnen und Lesern nach Inkrafttreten und vorheriger Genehmigung durch die Senatsverwaltung noch an gesonderter Stelle vor. Eine ausführliche Darstellung wird dann auch über die Homepage der Ärztekammer Berlin abrufbar sein.

Behandlungsdokumentation. Kontrovers diskutierten die Delegierten, in welchem Ausmaß der Patient Einsichtsrecht in die Akten erhalten dürfe. Angesichts des gegenüber der Ärztekammer Berlin übermittelten Standpunktes des Datenschutzbeauftragten des Landes Berlin und der im Entwurf zum Patientenrechtgesetz vorgesehenen Regelung bedürfe es nach Bewertung der Kammer einer Klarstellung. Diese solle verdeutlichen, dass der Arzt die Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen nicht nur aus therapeutischen Gründen, sondern auch dann verweigern dürfe und ggf. müsse, wenn und soweit seine oder die Persönlichkeitsrechte Dritter dies erfordern. Die Änderung des § 10 Absatz 2 wurde mehrheitlich beschlossen.

IGeL nicht Bestandteil der Berufsordnung

Besondere Beachtung erfuhr auch § 12 Absatz 4, der unter der Überschrift „Honorar und Vergütungsabsprachen“ in der M-BO besondere Informationspflichten vor der Inanspruchnahme solcher ärztlichen

Leistungen regelt, die erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder einem anderen Kostenträger erstattet werden. Hierbei handelt es sich im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung um sog. IGeL-Leistungen. Die Norm umfasst dabei allerdings sowohl den Bereich der privaten sowie auch den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Frau Jaklins Ausführungen dazu, aus welchen Gründen dieser Passus nicht sinnvoll erscheine und nach juristischer Bewertung gänzlich entfallen sollte, überzeugte die Delegierten. Eine solche Informationspflicht, die bereits im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt sei und die über die im Entwurf des Patientenrechtegesetzes enthaltene Regelung hinausgehe, überspanne die Pflichten des Arztes unangemessen. Dem wurde seitens der Delegierten uneingeschränkt zugestimmt.

Es folgten weitere kurze Erläuterungen zu empfohlenen Änderungen der §§ 13 Absatz 3, 18 Absatz 2a und 24, zu den Themen „Besondere Medizinische Verfahren“, „Berufliche Kooperationen“ und „Verträge über ärztliche Tätigkeit“. Eingehender beschäftigten sich die Delegierten mit dem § 26 „Ärztlicher Notfalldienst“, der, laut Jaklin, zwar bereits im Berliner Kammergesetz geregelt sei. Das Berliner Kammergesetz schreibe je-

doch die Regelung von Befreiungen vom Notfalldienst in der BO vor, sodass auf eine Regelung in der BO nicht verzichtet werden könne. Auf Empfehlung von Burkhard Bratzke einigte man sich außerdem auf den Wegfall des Wortes „klinisch“, wodurch der ambulante Sektor im Passus mit berücksichtigt und z.B. Medizinische Versorgungszentren, die ebenfalls Notdienste organisieren, mit eingeschlossen würden. Die Delegiertenversammlung stimmte dem Regelungsvorschlag mit der genannten Änderung zu.

Den Abschluss bildeten Erläuterungen zum § 32 (Unerlaubte Zuwendungen). Frau Jaklin erläuterte, dass bereits die aktuelle Fassung des § 32 BO von der entsprechenden Norm der M-BO abweiche. So sei es in Berlin untersagt, im Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung Geschenke oder andere Vorteile von Patienten oder anderen anzunehmen oder sich versprechen zu lassen, wenn der Wert des Geschenks oder des anderen Vorteils nicht geringfügig ist, ohne dass es dabei, wie in der M-BO, darauf ankomme, dass hierdurch der Eindruck der Beeinflussung der ärztlichen Entscheidung erweckt werden müsse. Die Delegierten stimmten dem Vorschlag zu, die bisherige Norm so beizubehalten und, anders als in der M-BO, die Geringfügigkeitsgrenze nicht zu streichen.

Einstimmiger Beschluss zur Neufassung der Berufsordnung

Zu guter Letzt wurde die Neufassung der BO an diesem Abend einstimmig durch die Delegiertenversammlung beschlossen. Die intensive Befassung machte deutlich, dass die Berliner Delegierten insbesondere zum geplanten Patientenrechtegesetz in vielerlei Hinsicht eine kritische Haltung vertreten. Der Intention, eine „schlanke“ und für Ärztinnen und Ärzte verständliche Berufsordnung zu verabschieden, wurde durch klare und konzentrierte Normen zu Rechten und Pflichten der Berliner Ärztinnen und Ärzte Rechnung getragen.

Von vornherein ausgespart aus der Befassung blieb lediglich der § 16 „Beistand für Sterbende“, der in Hinblick auf die aktuelle Diskussion auf Wunsch des Vorstandes und in Einverständnis mit den Delegierten einer außerordentlichen Beratung zugeführt werden soll. Bis dahin gilt die bisherige Fassung.

Verfasserin:
Michaela Peeters

Nächste Delegiertenversammlung:
21. November 2012

Die „test“-Gesundheitsbücher: besonders wertvoll

Stiftung Warentest (Hrsg.): Depressionen überwinden; 8. aktualisierte Auflage 2012. 380 S., geb., 19,90 Euro, ISBN: 978-3-86851-132-1, test.de/shop – Telefon 01805/002467

Verständlich geschrieben sind die Ratgeber der Stiftung Warentest allemal, und doch so anspruchsvoll, dass selbst Ärzte profitieren können. Vor allem aber sollte man diese Bücher den Intelligenten und Wissbegierigen unter den Patienten empfehlen. Das erspart dem Arzt viel Zeit und verschafft ihm gut informierte Ge-

sprächspartner. Diese Publikationen sind frei von Schleichwerbung, anders als die interessenkontaminierten Firmen-Informationsblätter.

Neu ist die revidierte Auflage des sehr gründlich informierenden Buches „Depressionen überwinden“, mit dem ermutigenden Untertitel (und Gesamttenor) „Niemals aufgeben!“ Am Anfang steht ein Kurz-Ratgeber in 20 Punkten – sehr nützlich, denn ein Depressiver, der gerade im tiefsten Loch steckt, wird kein ganzes Buch lesen. Stand in früheren Ausgaben die Psychotherapie an erster Stelle, ist es jetzt

die Pharmakotherapie, weil mittlerweile die Antidepressiva viel besser wurden. Dass beide gebraucht werden, machen die Autoren Günter Niklewski und Rose Niklewski durchaus deutlich. Von den beiden Nürnberger Psychotherapeuten gibt es auch einen „test“-Ratgeber mit dem Titel „Ängste überwinden“, und zusammen mit Heike Nordmann schrieben sie das Buch „Demenz“ für Angehörige und Betroffene. Ganz neu ist das „test“-Buch „Schmerztherapie“, ebenso der sehr nützliche Ratgeber „Pflege zu Hause“ (3. aktualisierte Auflage). Und das vorzügliche „Handbuch Medikamente“, fast schon ein Klassiker, gibt's derzeit in achter Auflage zum Sonderpreis von 25 Euro – für 1.344 Seiten, prallvoll mit Informationen und kritischen Bewertungen, beinahe geschenkt.

R. Stein

Versorgungswerk kann Rechnungszins halten

Erstmals in der Geschichte der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) ist ein Jahresabschluss nicht von der Delegiertenversammlung, sondern von der im vergangenen Jahr gewählten eigenen Vertreterversammlung des Versorgungswerkes (VV) verabschiedet worden. Das zwölköpfige Gremium unter Vorsitz von Kammervizepräsident Elmar Wille musste aufgrund einer Änderung des Heilberufekammergesetzes geschaffen werden (BERLINER ÄRZTE berichtete). So war es diesmal auch nicht mehr Wille, der die komplexen Zahlen des schwierigen Wirtschaftsjahres 2011 präsentierte, sondern der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, Helmut Mälzer, der dies ebenso fundiert tat wie sein Vorgänger.

Von Sascha Rudat

Die Zahl der Rentenanwärter war demnach im vergangenen Jahr auf 25.947 gestiegen (2010: 25.185), die Zahl der Rentner kletterte um 4,7 % auf 5.410, wie Mälzer in der Sitzung am 27. September ausführte. Weiterhin positiv sei die Überleitungsstatistik. 260 Herleitungen standen 225 Wegleitungen von anwartschaftsberechtigten Mitgliedern gegenüber. Bei einem anderen Punkt stellt das Jahr 2011 eine Zäsur dar: Erstmals sind mehr als die Hälfte Frauen. Das durchschnittliche Neumitglied ist inzwischen 33 Jahre alt (Vorjahr: 34 Jahre).

Die Zahlungen für Versicherungsfälle stiegen um 4,3 % von 124,6 Millionen im Jahr 2010 auf 130 Millionen Euro im Jahr 2011. Die Altersrenten machten dabei einen Anteil von 77,5 % aus, gefolgt von Witwen- und Waisenrenten mit 9,2 % und Berufsunfähigkeitsrenten mit 5,6 %. Im Vergleich zum Vorjahr nutzten wieder mehr Mitglieder die Möglichkeit der vorgezogenen Altersrente. Ihr Anteil betrug 58,3 %.

Die Zahlungen für Versicherungsfälle stiegen von 113,4 Millionen Euro im Jahr 2009 auf 124,6 Millionen im vergangenen Jahr: Rund 94 Millionen Euro wurden für die Altersrenten ausgezahlt (75,9 %), für Witwen- und Witwerrenten wurden 11,8 Millionen Euro (9,5 %), für Berufsunfähigkeitsrenten 7,4 Millionen verwendet.

Beim Mitgliederbestand nach Tätigkeitsart gab es keine großen Veränderungen.

Nach wie vor macht der Anteil der angestellten Ärzte rund die Hälfte aus, etwas über ein Viertel sind selbstständige Ärzte. Der Rest verteilt sich auf vorübergehend nicht tätige Ärzte (6,5 %), im Ausland tätige Ärzte (5,2 %), verbeamtete Ärzte (1,3 %) und mehrfach beschäftigte Ärzte (2,3 %) sowie Sonstige (1,3 %). Die Beitragseinnahmen sind um 3,3 % auf rund 249,6 Mio. Euro gestiegen. Bei den Versorgungsabgaben stieg erneut der Anteil der Gruppe mit Zahlungen über dem 1,0-fachen Beitragssatz (bezogen auf die jeweils einschlägige West- bzw. Ost-Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung) und zwar auf 12,3 % (2010: 11,3 %). Das heißt, diese Mitglieder zahlen freiwillig mehr ein als sie müssten. Der Verwaltungskostensatz sank auf das Niveau von nur noch 1,03 %.

Schwierige Kapital- und Finanzmärkte

Der Kapitalanlagebestand verbesserte sich mit einem leichten Plus von 1,5 % auf 5,647 Milliarden Euro. Darüber hinaus gab es zum Stichtag 31.12.2011 bei stillen Lasten im Umfang von 201,6 Millionen Euro stille Reserven in Höhe von 396,4 Millionen Euro. Der Durchschnittszins, der sich auf die laufenden Erträge und Aufwendungen der Kapitalanlagen bezieht, betrug noch 2,91 % (2010: 3,29 %). Die Nettoverzinsung, die auch außerordentliche Positionen wie

Zu- und Abschreibungen umfasst, sank von 4,84 auf 2,09 %. Wie Helmut Mälzer erläuterte, führten die aufgrund der europäischen Staatsschuldenkrise gesunkenen Erträge aus festverzinslichen Wertpapieren sowie geringere Fondsausschüttungen neben außerordentlichen Abschreibungen zum Rückgang der Verzinsungen. Dennoch sei der Rechnungszins, der den Leistungsversprechen der Berliner Ärzteversorgung gegenwärtig zu Grunde liegt, bei 4,00 % gehalten worden. Dies habe man durch eine teilweise Auflösung der Zinsschwankungsreserve erreicht. Diese Rücklage ist ein Bestandteil der Bilanzdeckungsrückstellung und der Name sagt es, dafür da, Zinsschwankungen auf dem Kapitalmarkt auszugleichen, um langfristig angelegte Leistungsversprechen erfüllen zu können. Im Ergebnis wurden der Reserve zur Auffüllung des Kapitalanlageergebnisses 51,3 Millionen Euro entnommen, sodass die Zinsschwankungsreserve am Bilanzstichtag noch mit rund 261 Millionen dotiert war. Der von Rechts wegen eigens vorgesehenen Sicherheitsrücklage konnten aufgrund des Geschäftsjahresergebnisses keine weiteren Mittel zugeführt werden. Wie Helmut Mälzer ausführte, reichen die Zinsschwankungsreserve und die Sicherheitsrücklage (48,7 Millionen Euro) zusammen für drei Jahre aus, um bei einem Kapitalergebnis mit einer Nettoverzinsung von 2,0 % auf den Rechnungszins von 4,0 % auffüllen zu

ANZEIGE

können. „Es ist eine Herausforderung, wie wir die 4,0 % weiter gewährleisten können“, betonte Mälzer. Gleichwohl erwarte man für 2012 unter Berücksichtigung der bilanziellen Reserven ein positives Ergebnis. Erreicht werden soll dies unter anderem durch eine weitere Diversifikation der Kapitalanlagen innerhalb des Masterfonds.

Nach Auffassung des Verwaltungsausschusses ist die Sicherung des Rechnungszinses das zentrale Thema der zukünftigen Entwicklung des Versorgungswerkes. Der Ausschuss schlug im Konsens mit dem Aufsichtsausschuss daher vor, die vorhandene Gewinnrückstellung in Höhe von 18,4 Millionen Euro, der aufgrund des Ergebnisses ebenfalls keine weiteren Mittel zugeführt werden konnten, vollständig auf das nächste Jahr vorzutragen und Anwartschaften sowie Renten nicht zu erhöhen. Aufgrund der schwierigen Kapitalmarktsituation, so Mälzer, bleibe die Erwirtschaftung von Überschüssen zur Dynamisierung der Leistungen unter den aktuellen Rahmenbedingungen schwierig.

Nach der Präsentation Mälzers diskutierten die Vertreter über die Möglichkeiten der Vergleichbarkeit mit anderen Versorgungswerken. Von mehreren Seiten wurde die Forderung nach einer vergleichenden Übersicht geäußert. Kammerpräsident Günther Jonitz betonte, dass man auch aus den Erfahrungen der anderen lernen könne, um selbst noch besser zu werden. Es reiche nicht aus zu sagen, man sei besser als die anderen. Er forderte die Verantwortlichen in der BÄV und VV auf, über ein Benchmark-Verfahren nachzudenken. Die anwesenden Vertreter der Verwaltungsgesellschaft für Versorgungswerke (VGV) erklärten, dass es äußerst schwer sei, die Unterschiede der ärztlichen Versorgungswerke objektiviert darzustellen, da sie höchst unterschiedliche Historien und Grundlagen hätten; eine Versorgungseinrichtung, die gegenwärtig im reinen Kapitaldeckungsverfahren wirtschaftete, könne man nicht ohne Weiteres mit einem Versorgungswerk

vergleichen, das im gemischten Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren verfare.

Nach dieser Diskussion verabschiedeten die Vertreter die Vorschläge des Verwaltungs- und Aufsichtsausschusses zur Überschussverwendung ebenso einstimmig wie den Jahresabschluss 2011. Außerdem entlasteten sie die beiden Ausschüsse, nachdem zuvor Christoph Bonin, Vertreter der Prüfungsgesellschaft RBS, den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk erläutert hatte.

Diskussionen um Entschädigungsregelung

Im Anschluss stand eine Änderung der Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Organe des Versorgungswerkes auf der Tagesordnung. Nach 1995 sollten die Entschädigungen für die beiden Ausschüsse erstmals wieder angehoben werden. Außerdem sah die vorgelegte Drucksache Entschädigungen für den VV-Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sowie Sitzungsgelder für die einfachen VV-Mitglieder vor. Diese Änderungen stieß bei den VV-Mitgliedern der Fraktion Gesundheit auf Kritik (Eva Müller-Dannecker, Julian Veelken, Volker Pickerodt). Sie hielten die vorgeschlagene Anpassung zwischen 40 und 50% für überhöht. Gleichzeitig wandte sich Veelken gegen ein Sitzungsgeld (in Höhe von 100 Euro). „Das höhlt die Selbstverwaltung aus“, warnte er. Die Mitglieder der Ausschüsse und der VV-Vorsitzende Elmar Wille legten ihren Arbeitsaufwand und ihre zeitliche Belastung umfassend dar. Kammerpräsident Jonitz betonte darüber hinaus, dass die Verantwortung – insbesondere für den Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses und seinen Stellvertreter – in den vergangenen Jahren enorm gestiegen sei. Es gehe immerhin um ein Anlagevermögen von über fünf einhalb Milliarden Euro, für dessen Verwaltung der Ausschuss jederzeit zur Verfügung stehen müsse. Der Inflationsrate von ca. 25 % seit 1995 müsse Rechnung getragen werden, vornehmlich aber der deutlich gestiegenen Verantwortung und Arbeitsbelastung in den Ausschüssen.

Die Mitglieder der Fraktion brachten im Anschluss einen Gegenvorschlag ein, der eine pauschale Erhöhung um 30 % vorsah. Mit diesem Vorschlag konnten sie sich in der anschließenden Einzelabstimmung der Positionen nicht durchsetzen. Bei einer Gegenstimme und zwei Enthaltungen wurde die Änderung so beschlossen wie vorgelegt. Für den Verwaltungsausschuss, dem als geschäftsführendem Organ der Berliner Ärztersversorgung sämtliche operativen Geschäfte obliegen, das heißt im Wesentlichen und vor allem die Finanzanlagen sowie die Entscheidungen über die Rentenanträge, sind ab dem Beginn des kommenden Jahres die folgenden monatlichen Entschädigungen vorgesehen: Vorsitzender: 3.000 Euro, stellvertretender Vorsitzender: 2.250 Euro, 4 weitere Mitglieder: je 1.125 Euro. Die Mitglieder des Aufsichtsausschusses, der über sämtliche Widersprüche gegen die Bescheide des Verwaltungsausschusses entscheidet, die Geschäftstätigkeit einschließlich aller Vermögensangelegenheiten überwacht, den Jahresabschluss nebst Lagebericht prüft und die Richtlinien für die Kapitalanlagen der Versorgungseinrichtung erstellt, werden monatlich wie folgt entschädigt: Vorsitzender: 1.500 Euro, stellvertretender Vorsitzender: 900 Euro, 4 weitere Mitglieder: je 450 Euro. Für die vom Gesetzgeber neu geschaffene Vertreterversammlung, die die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin in allen ihren Rechten und Pflichten in Bezug auf die Berliner Ärztersversorgung abgelöst hat, sind die nachstehenden monatlichen Entschädigungen beschlossen worden: Der Vorsitzende des zentralen Gestaltungs- und Kontrollorgans der Berliner Ärztersversorgung, das unter anderem über die Satzung, die Richtlinien für den Aufsichts- und den Verwaltungsausschuss, den Jahresabschluss einschließlich der Überschussverwendung sowie die Entlastung des Aufsichts- und des Verwaltungsausschusses beschließt, erhält 500 Euro, sein Stellvertreter 350 Euro. Die 10 weiteren Mitglieder erhalten für jede Sitzung der Vertreterversammlung, an der sie teilnehmen, eine pauschale Entschädigung in Höhe von 100 Euro. ■

...und Health bewegt sich doch – weltweit

„People’s Health Movement“ in der Charité

Von weit her rauschte die Welle heran und spülte vertraute Erinnerungen hoch. Zur „Global Health Conference“ hatten Charité und IPPNW geladen – und da merkten die nicht mehr ganz Jungen unter den Angesprochenen auf. Die Gesundheitsbewegung von unten begann bei uns in den 70er Jahren und hatte ihren ersten Höhepunkt in Berlin mit dem Gesundheitstag 1980. Heute hat sie fast die ganze Welt erfasst, gerade auch die dritte. Überall dort fordern Bürger ihr Recht auf gesun-

de Lebensverhältnisse und medizinische Versorgung ein, vernetzen sich – und machen der WHO Beine.

„Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, war das vielbelächelte Motto einer 1975 beginnenden Kampagne der WHO. Belächelt, weil missverstanden? Natürlich war nicht gemeint, dass es bis zur Jahrtausendwende keine Kranken mehr geben sollte. Die Zielvorstellung war vielmehr die: Alle Menschen dieser Erde sollten unter gesunden natürlichen

und sozialen Bedingungen leben können und Zugang wenigstens zu einer Basis-Gesundheitsversorgung haben. Festgehalten wurde diese ehrgeizige Forderung in der vielbeachteten Deklaration von Alma Ata, wo sich 1978 die Gesundheitsminister von 134 Ländern zur Weltgesundheitsversammlung trafen.

Was dann geschah oder vielmehr nicht geschah, darüber berichteten nun in der Charité Kirsten Schubert (medico international, Mitgliedsorganisation von People’s Health Movement) und Katja Goebbels (IPPNW). Der Workshop über People’s Health Movement hätte nicht anschaulicher eingeleitet werden können als mit einer exemplarischen Fallgeschichte, die überall in der Dritten Welt spielen könnte: In einer Region ohne jede Lebensperspektive endet die Landflucht in den Slums der Metropolen.

Dort findet ein Familienvater nach langer Arbeitslosigkeit endlich einen Job auf dem Bau. Der Hungerlohn: Drei Dollar pro Tag.

Die Kinder leiden ständig unter Durchfällen, vor allem das jüngste. Für Medikamente reicht das Geld nicht. Der Arzt rät zu Milchpulver (aus seiner eigenen Apotheke), statt die Eltern im hygienischen Umgang mit Milchfläschchen zu unterweisen. Der Zustand des Säuglings verschlimmert sich so, dass die Mutter ihn ins Krankenhaus bringt. Es gibt in der Gegend nur eine Privatklinik. Ihr Tagesatz beträgt mehr als das Zwanzigfache dessen, was der Vater täglich verdient. Die Mutter wird mit dem Säugling abgewiesen. Das Kind stirbt.

„Health for All“? Ein WHO-Flop

„Und was können wir an der Situation ändern?“, fragte Kirsten Schubert. Es klang ziemlich hilflos. Wer unsere Luxusmedizin gewohnt ist, denkt zuerst an Arzneimittelspenden, bestenfalls an Impfkampagnen. Beschränkt man sich darauf, bringt das fast gar nichts. Katja Goebels wies darauf hin, dass zum Beispiel Masern (wie auch Tb) auch ohne Impfungen und Medikamente dort massiv zurückgingen, wo die Lebensbedingungen einschließlich der Hygiene sich besserten.

ANZEIGE

Die Deklaration von Alma Ata machte schon zuvor gewonnene Erkenntnisse weltweit publik: Die Lebensverhältnisse (und das davon abhängige Verhalten) sind entscheidend wichtig für Gesundheit oder Krankheit. Und eine gute, auch präventiv wirkende gesundheitspolitische Basisversorgung – international „Primary Health Care“ – bringt den Armen dieser Welt weit mehr, als ihnen Krankenhäuser nach dem Muster der reichen Länder hinzustellen, wie dies die frühere medizinische „Entwicklungshilfe“ tat. Sie wurden buchstäblich in den Sand gesetzt.

Und in den Sand gesetzt wurden auch die Ziele von Alma Ata. Als um die Jahrtausendwende weit und breit nichts von „Health for All by the Year 2000“ zu erkennen war, trafen sich am Ende des Jahres mit den drei Nullen Delegierte von 92 Ländern in Savar/Bangladesh zur „First People’s Health Assembly“ unter der Parole: „Health for All Now“. Um das damit entstandene Netzwerk von „grass-root health activists“, Bürgerinitiativen und Wissenschaftlern zu erhalten und auszudehnen, gründete man die „People’s Health Movement“, eine Art informelle WHO von unten, oder besser: Ein WHO-Korrektiv (www.phmovement.org).

Was will die internationale Gesundheitsbewegung?

Denn die in Bangladesh verabschiedete „People’s Charter for Health“ ähnelt stark der Deklaration von Alma Ata. Stichworte: Gesundes Leben als fundamentales Menschenrecht. Gesundheit als soziale, ökonomische und politische Aufgabe, nicht nur Sache des Gesundheitswesens. Und zu den Dauerprojekten dieser internationalen Gesundheitsbewegung gehört, neben einer Kampagne für das Recht auf Gesundheit und ei-

nem (auch als Buch und unter www.ghwatch.org zugänglichen) „Global health Watch“, auch ein „WHO-Watch“:

Die Weltgesundheitsorganisation wird in ihrem Tun und Lassen kritisch begleitet und sie wird gedrängt, ihre selbstgestellten Aufgaben im Sinne von Alma Ata zu erfüllen. Führende Vertreter der People’s Health Movement arbeiten jetzt sogar in der WHO daran mit. Auch ein „Marsch durch die Institutionen“ – wie in der deutschen Gesundheitsbewegung, die zum Beispiel in Berlin damals mit frischem Wind die Kammer aufmischte.

Nach dem berühmten ersten Gesundheitstag Deutschlands 1980 gab es übrigens in Berlin noch einmal einen Gesundheitstag – ausgerechnet im Jahr 2000. Aber ungeachtet der verwandten Ziele hatte man seinerzeit noch keinen Kontakt zur internationalen Gesundheitsbewegung, anscheinend auch kaum Kenntnis davon. Heute ist das anders: Die jüngste der zehntägigen „Summer Schools“, in denen People’s Health Movement-Mitglieder bestimmte Themen bearbeiten und Projekte entwickeln, fand gerade in Berlin statt. Ihr öffentlicher Abschluss, die „Global Health Conference“ (geleitet von Peter Tinnemann/Charité und Dieter Lehmkuhl/IPPNW), stand unter dem Motto „Nahrung und Gesundheit in Zeiten der Globalisierung“.

Dieses wichtige Thema hat BERLINER ÄRZTE hier beiseite lassen müssen und stattdessen den Workshop der Global Health Conference über die internationale People’s Health Movement in den Fokus genommen, um sie hiesigen Gesundheitsbewegten nahe zu bringen. Damit zusammenkommt, was zusammen gehört.

Rosemarie Stein

Berliner Ärzte auch im Internet:

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

Aus ganz besonderen Gästebüchern

Wir hatten hier eine wunderschöne Zeit, die ich nie vergessen werde“, schrieb einer. Und ein anderer nennt diesen Ort „einen Garten Eden für Kranke.“ Eine dieser Kranken hat eingetragen: „Liebe Leute, ich danke Ihnen heute für Ihre große Fürsorge und Hilfe. Bin seit 1.1. hier und fühle mich pudelwohl. / Mit lieben Grüßen G.“ Auch ein Vergleich mit einem Fünf-Sterne-Hotel findet sich unter den Eintragungen dankbarer Gäste und Besucher.

Wo befinden wir uns? In einem exklusiven Sanatorium? Nein – in einem ganz besonderen Gäste-Haus“, nimmt man „Hospiz“ wörtlich; so wörtlich, wie professionelle und ehrenamtliche Hospizler die Gastfreundschaft nehmen.

Konsequenterweise heißen die Todkranken hier nicht Patienten, sondern Gäste. Sie sollen sich in ihrer letzten Lebenszeit trotz der unheilbaren Krankheit im fortgeschrittenen Stadium wohl und heimisch fühlen, wenn die palliative Versorgung zu Hause nicht möglich ist und eine Klinikbehandlung nichts mehr bringt. Angehörige und Freunde können kommen und bleiben, solange sie wollen, Tag und Nacht.

BERLINER ÄRZTE war in zwei Hospizen, dem Ricam-Hospiz über den Dächern von Neukölln und dem grün umwachsenen Diakonie-Hospiz Wannsee, um die Gästebücher durchzublättern „Dank, Dank, Dank!“ Dank ist dort das häufigste Wort. Und in den Dankeseintragungen kehren dieselben Begriffe immer wieder: Zuewandtheit und Professionalität; Menschlichkeit, Respekt; Herzlichkeit, Geduld, Einfühlsamkeit; aufopferungsvolle Fürsorge; Geborgenheit – und immer wieder Menschenwürde.

Manche der Gästebuchschreiber bringen den Kontrast zum hektischen, als unpersönlich empfundenen Krankenhausbetrieb explizit zur Sprache: „Dank, dass Sie die Würde eines Menschen bis zuletzt respektieren (was leider in der heutigen

medizinischen Versorgung nicht mehr selbstverständlich ist).“ Oder dies: „Ich finde gar nicht die Worte, die Euch gebühren, für die wunderbare Pflege, die mein kleiner Bruder hier erfahren durfte... Er starb hier glücklich und ruhig... mit 41 Jahren. Nach seinen eigenen Worten war es die schönste Zeit seines Lebens. Er hatte in anderen Krankenhäusern ‚menschlenwürdige‘ Behandlung erfahren müssen.“

Aus der Eintragung erwachsener Kinder: „Hätte unsere Mutter sich doch bloß früher entschieden, zu Ihnen zu kommen, ihr wäre viel Leid und Schmerz erspart geblieben.“ – Angehörige, Nachbarn und Freunde unterschrieben gemeinsam dies Blatt im Gästebuch des Wannseer Hospizes: „Unser lieber Nachbar... liebte es, auf der Terrasse zu sitzen, die Natur um sich zu haben und nicht durch Vorschriften in seiner letzten Lebenszeit eingeengt zu sein. Wir danken für die Erhaltung der Menschenwürde.“

Besonders anrührend sind die Briefe an Verstorbene: „Mein liebes Mäuschen, schlafe wohl und in Frieden. Dein Lebenspartner X.“ Oder ein Kinderbrief, beklebt mit bunten Filzherzen und einem Schmetterling: „Für Mama. Ohne dich ist die Welt leer/Wenn da nicht Papa wär/Du bist mein ein und alles/Ich liebe dich so sehr/Du fehlst mir sehr. Und Papa sicher auch. – Bis im Himmel, Deine B.“

Kaum je werden in den Gästebüchern mehrerer Jahre Krankheitsbezeichnungen oder Symptome erwähnt. Offenbar werden dank professioneller „Palliativ Care“ die Beschwerden der „Gäste“ so wirksam gelindert, dass sie hier der Rede nicht mehr wert sind. Immer wieder wird hingegen die warmherzige und einfühlsame

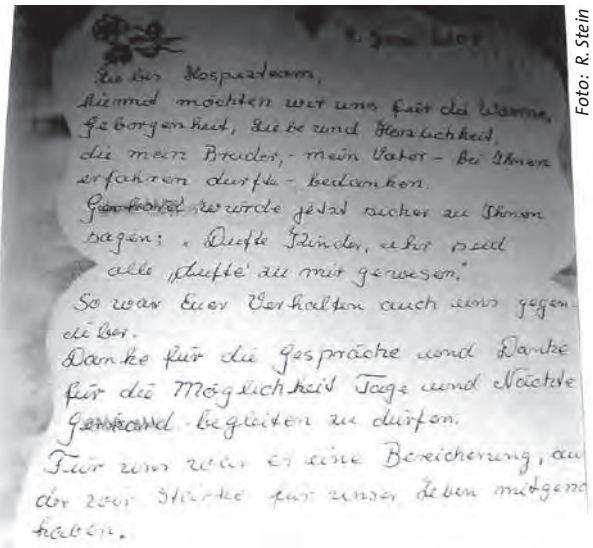


Foto: R. Stein

Zuwendung hervorgehoben, die auch den Angehörigen zuteil wird: „Dank ..., weil Sie uns halfen, die Angst zu überwinden und unsere letzten Wochen mit B. auf sehr sensible Weise begleitet haben...“ – Oder diese Sätze: „Nochmals vielen, vielen Dank für die liebevolle Betreuung meines Vaters. Durch Sie hat er noch sehr schöne Wochen gehabt und wir einen zufriedenen Vater, der sich hier so öffnete wie noch nie in seinem Leben.“

Eine gute palliative Versorgung zielt eigentlich „nur“ auf eine bessere Lebensqualität bis zuletzt ab. Dass sie aber dennoch lebensverlängernd sein kann (was Studien nachweisen), lässt sich auch mehreren Schilderungen in den Gästebüchern entnehmen, zum Beispiel dieser: „...Durch die liebevolle Versorgung und Betreuung des gesamten Ricam-Teams wurde eine ständige Verbesserung des Krankheitsbildes erreicht. Nun nach sieben Monaten wechselte sie ins Pflegeheim zu ihrem Ehemann.“ Und auch dies gibt es: „...Vielen Dank dafür, dass wir hier noch heiraten durften...“ – sechs Tage vorm Tod des Partners.

Der folgende Satz aus einem der Hospiz-Gästebücher zieht aus alledem ein Fazit: „Es ist beruhigend zu wissen, dass es einen Ort gibt, in dem der Mensch sich würdevoll von diesem Leben verabschieden kann.“

Rosemarie Stein

BERLINER ÄRZTE

11/2012 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

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

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

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

Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2012 vom 01.01.2012.

ISSN: 0939-5784