

# BERLINER ÄRZTE

12/2012 49. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin  
wünscht frohe Weihnachtstage.

Stationär-ambulante

Schnitt stellen

ENTLASSUNGS-MANAGEMENT

Patientenversorgung nach  
dem Klinikaufenthalt

 **KLINIK**



Entlassungs-  
management  
hilft...

...Versorgungs-  
lücken  
vermeiden



Praxis



# Wir werden noch viel streiten müssen

Das berufspolitische Jahr 2012 ist faktisch abgeschlossen und viele nehmen bereits das Wahljahr 2013 in den Blick. Was war gut, was war weniger gut, wie geht es weiter?

Eine willkommene Klarstellung für das Verständnis unseres Berufsbildes kam 2012 von Deutschlands höchster Gerichtsbarkeit. Ich meine das Urteil des Bundesgerichtshofes zum Thema „Ärzte und Korruption“ von Juni dieses Jahres. Das Urteil stellte noch einmal klar, dass Ärzte nicht dazu gezwungen werden können, als verlängerter Arm der Krankenkassen zu handeln. Ärzte sind weder Angestellte, noch bloße Funktionsträger der gesetzlichen Krankenkassen. Das Verhältnis des Patienten zu seinem Arzt wird wesentlich bestimmt vom persönlichen Vertrauen und der ärztlichen Gestaltungsfreiheit, die der Bestimmung durch die Krankenkassen entzogen ist. Dies so klar auf den Punkt zu bringen, war sehr gut, erlebt der niedergelassene Kollege doch jeden Tag in der kurativen Medizin, wie allein die Regressregelung ein beachtliches Misstrauen in die Arzt-Patienten-Beziehung gebracht hat. Diese Abgrenzung des freien Berufes Arzt/Ärztin durch das Gericht war gut und tat gut.

In der jüngsten Zeit war auch positiv, dass endlich die Psychotherapiekosten aus dem Honorarvolumen der Fachärzte herausgenommen werden. Sie werden zukünftig extrabudgetär bezahlt. Eigentlich selbstverständlich, denkt der Außenstehende. Denn diese Therapieverfahren werden zuvor von der Krankenkasse selbst genehmigt. Das heißt die Leistungsmenge wird von den Krankenkassen verantwortet. Trotzdem hat es über zehn



Foto: K. Friedrich

**Dr. med. Elmar Wille**

*ist Vizepräsident der Ärztekammer Berlin*

Jahre gedauert, bis durchgesetzt werden konnte, wer die Musik bestellt, muss sie auch bezahlen. In den Honorarkompromiss von Oktober 2012 wurde ferner aufgenommen, dass zusätzlich für die Mengenentwicklung bis zu 450 Mio. Euro bereitgestellt werden. Das ist eine kleine Konzession für einen wenig wahrgenommenen Mehrbedarf. Denn die Demographie treibt den Bedarf gewaltig. Wenn z.B. von 1997 bis 2010 die Zahl der 70 bis 79 Jahre alten Menschen in Deutschland von 5,9 auf 8,1 Mio., also um 37% gestiegen ist, und die der Menschen ab 80 Jahre und älter im selben Zeitraum ebenfalls um 42% zugenommen hat, dann muss die Zahl z.B. der Katarakt-Operationen und diverser anderer Eingriffe steigen, ohne dass an der Indikationsstellung ‚gedreht‘ wurde. Solche demografisch bedingten Mengenentwicklungen werden regelmäßig als „Mengenausweitungen“ diffamiert. Es wird unterstellt, dass die Ärzteschaft in unethischer Weise nur zu Gunsten ihrer Honorare Indikationen stellen würde. Gleichzeitig werden echte Volkskrankheiten nicht zur Kenntnis genommen. Aus meinem Fachgebiet sind das die fast 1 Mio. Glaukome und die 4,2 Mio. Patienten mit Altersabhängiger Maculadegeneration – eine Krankheit, die erst in jüngster Zeit erfolgreich therapiert werden kann. Da sind 450 Mio. Euro nur der Einstieg, aber eine erfreuliche Anerkennung der Fakten.

Was war weniger gut? Nun, die Prognose für eine moderne GOÄ ist wirklich schlecht, trotz guter Vorarbeit der Ärzteschaft. Unsere Gebührenordnung ist jetzt 30 Jahre alt, gilt sie doch seit 1982, nur geringfügig modifiziert 1996. Damals wurde der Punktwert von 11 Pfennig auf 11,4 Pfennig angehoben, das entspricht plus 3,6%. Heute haben wir eine Gebührenordnung, in der sich teilweise historische Leistungen finden, die keiner mehr macht, und die alltäglichen werden in der Gebührenordnung nicht abgebildet. Das ist für alle Beteiligten schlecht. Hier ist die Bundesregierung gefragt. Aber der Gesundheitsminister der jetzigen Schwarz-Gelben-Koalition hat kundgetan, in dieser laufenden Amtsperiode werde es nichts mehr. Nach diesem jahrelangen Gezerre empfinde ich das nur noch als peinlich. Es zeigt die Paralyse einer Parteien-Koalition, die sicher sehr viele Wähler im Gesundheitssystem – hatte. Denn die Ärzteschaft wird kaum vergessen, dass offensichtlich die Gruppe der Hoteliers gewichtiger ist als die der Ärzte. Da hilft es auch nicht, dass endlich dieses bürokratische Monster „10 Euro“ abgeschafft wird, denn dies ist erkennbar zweischneidig. Die Verwaltungsarbeit wird weniger – so weit, so gut. Aber die Einnahmen der Krankenkassen werden um 2 Mrd. geringer ausfallen und niemand thematisiert die etwa 30% unbezahlten Leistungen im GKV-System. Diese Honorarverkürzung soll trotz guter Finanzlage fortgesetzt werden mit allen negativen Folgen wie Ab- und Auswanderung von Ärzten und Investitionsstau z.B. in der Medizintechnik. Da wird es im Wahljahr 2013 berufspolitisch nicht langweilig werden. Wir werden noch viel für unseren Berufsstand und unsere Patienten streiten dürfen und müssen.

# Sonate des Betäubtseins

**Anna Enquist: Die Betäubung, Roman, Originaltitel: De verdoovers, aus dem Niederländischen von Hanni Ehlers, Deutsche Erstausgabe, Luchterhand Literaturverlag, ISBN: 978-3-630-87400-5, Euro 19,99 [D]**

Die niederländische Autorin Anna Enquist präsentierte am 25. September 2012 auf Einladung der Niederländischen Botschaft gemeinsam mit dem Luchterhand Literaturverlag ihren neuen Roman „Die Betäubung“. Die Schauspielerin Eva Mattes las aus der deutschen Erstausgabe einige ausgewählte Passagen. Moderiert wurde die Buchpremiere von Gabriele von Arnim.

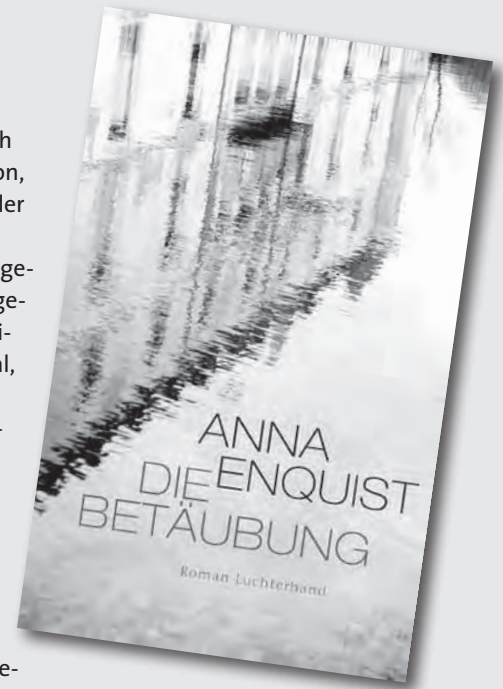
Die Autorin, ausgebildete Konzertpianistin und langjährig als Psychoanalytikerin tätig, wurde im Frühjahr 2010 von einem Mitarbeiter des Klinikums der Freien Universität Amsterdam (VUMC) nach ihrem Interesse für das Projekt „Schriftsteller auf der Abteilung“ angefragt. Sie könne die Arbeit einer Abteilung des Krankenhauses begleiten, um dann ein Buch darüber zu schreiben. Enquist sagte zu, entschied sich für die Anästhesiologie und legt nun mit „Die Betäubung“ das Ergebnis ihrer Beobachtungen auf der Station, im OP, bei Simulationsübungen und der Interviews mit Fachärzten, Weiterbildungsassistenten und Pflegekräften vor. Im Roman, an dem sie neun Monate lang täglich 500 Worte an sieben Tagen in der Woche schrieb, schildert sie Eingriffe ähnlich jenen, die sie gesehen hat, aber die Geschichte und die Intrigen drum herum habe sie frei erfunden.

„Die Figuren in diesem Buch befinden sich nicht in der aktuellen Wirklichkeit, sondern in der fiktiven Welt des Romans“, schreibt Enquist 2011 zum Abschluss des Romans. Eines Romans, dessen Titelthema Betäubung – vermutet sei hier in der deutschen Übersetzung das bewusste Spiel mit der etymo-

logische Nähe zum Wort „taub“ – sich in der Kapitelaufteilung mit Exposition, Durchführung, Reprise und Coda an der Sonatensatzform orientiert. Wie die Sonate durch die Behandlung zweier gegensätzlicher Themen an Spannung gewinnt, so schöpft auch der Roman seine Kraft aus dem Spannungspotential, das Enquist zwischen den Geschwistern Suzan und Drik herausarbeitet.

Lässt sich der Verlust eines geliebten Menschen verwinden? Welche Strategien des Vergessens machen Schmerz weniger fühlbar: Verdrängung und Betäubung oder Aufarbeitung und Wachheit? Die Anästhesistin Suzan und ihr Bruder Drik, Psychoanalytiker, suchen auf unterschiedlichen Wegen nach der Befreiung von dem Wissen, dass Leben die Bereitschaft verlangt, immer wieder aufs Neue loszulassen.

Die Psychoanalytikerin Enquist bleibt auch als Autorin in professioneller Distanz. Sie hütet sich davor, die Irrungen und Verwirrungen ihrer Protagonisten zu bewerten. Doch lässt sie es sich auch nicht nehmen, sie mit Leitmotiven auszustatten, die für den aufmerksamen Leser wohldosiert und regelmäßig anklingen. So taucht etwa bei Suzan wiederholt das Motiv des grünen Tuchs im OP auf, das für sie die Grenze zwischen den Kollegen und dem Team symbolisiert: Für sie sitzen die Anästhesisten „im unreinen Teil [...]. Jenseits des Tuches ist alles steril, heilig“. Auch Drik wurde mit einer motivischen Wiederholung bedacht: Ihm stellt sich des Öfteren die Frage, wer sich wie im Zimmer einen Überblick verschafft. „Warum schaut er sich nicht um, warum bemerkt er nicht, dass das Zimmer völlig verändert aussieht?“, fragt er sich zum Beispiel während der zweiten Sitzung mit seinem Patienten Allard Schuurman. Oder in seinem Landhaus – fast am Ende des Buches – braucht Drik in der Tenne,



die einer dunklen Kathedrale gleicht, „Zeit, sich an das Dämmerlicht zu gewöhnen“, um wenig später mit „plötzlicher Blindheit“ konfrontiert zu sein.

Anna Enquist hat den scharfsinnigen Entwurf eines Ärzte- und Krankenhausromans projiziert, bei dem sie weder Reizthemen wie Sucht und Suizid bei Ärzten, Einhaltung und Verletzung der Schweigepflicht, Sex in Klinik-Abstellräumen, Hackordnung unter ärztlichen Kollegen, Ärzte als Patienten noch Entfremdungsgefühle in der Hochleistungsmedizin ausweicht. Mag sein, dass sich Anästhesisten und Psychiater von den literarischen Überlegungen über „eine kollektive Betäubungsmission“ oder Sätzen wie „Du musst das, was du spürst, ernst nehmen“ nicht sonderlich angezogen fühlen. Aber es sei versichert: Hinter dem Gedanken „So weit bringt uns die Liebe zur Betäubung. Das ist die Erlösung, der Ausweg, die Ruhe“ verbergen sich einige Stunden Lesegegnis, der – wie die Autorin sagen würde – „Wind unter die Flügel bringt“.

Autorin:  
Ulrike Hempel



**TITELTHEMA** .....

**Wie Entlassungsmanagement hilft, Versorgungslücken zu vermeiden**

Von Klaus Fleck.....14

**EDITORIAL** .....

**Wir werden noch viel streiten müssen**

Von Elmar Wille.....3

**BERLINER ÄRZTE aktuell**.....6

**Bundesinstitute laden zu ihrer jährlichen Fortbildungsveranstaltung ein**.....11

**BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK** .....

**Denken Sie an die pflegenden Angehörigen?**

Von Rosemarie Stein.....24

**Wege wissenschaftlicher und politischer Biografien**

Ingeborg und Mitja Rapoport – 100 Jahre  
Von Udo Schagen .....26

**Rückschritt in der Medizinethik**

Eine geplante Vereinfachung der Pharmaforschung auf EU-Ebene sorgt für Widerstand  
Von Harald Neuber.....28

**Erich Saling: 60 Jahre im Dienst der Perinatalmedizin**

Von Jens H. Stupin.....33



**FORTBILDUNG** .....

**Sicherer verordnen**.....10

**Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin**..... 22

**CIRS Berlin: Der aktuelle Fall**.....32

**PERSONALIEN** .....

**Bestandene Facharztprüfungen September/Oktober 2012**.....30

**BUCHBESPRECHUNGEN**....

**Anja Enquist: Die Betäubung**....4

**Matthias Bloechle: Vom Recht auf ein gesundes Kind**.....34

**Sigrid Falkenstein: Annas Spuren. Ein Opfer der NS-„Euthanasie“**  
.....34

**Vitalis-Medizinkalender 2013**.....35

**Paul U. Unschuld: Die Ärztin und der Maler**.....35

**Manfred Spitzer: Digitale Demenz**.....36

**FEUILLETON** .....

**Trichinentempel – wachgeküsst**  
Von Rosemarie Stein .....37

## Aktion

### Spenden für medizinische Versorgung in Griechenland

In Griechenland hat die drastische Sparpolitik im Gefolge der Schuldenkrise zu einer Verarmung großer Teile der Bevölkerung geführt. Gesundheitliche Leistungen werden nur noch bei erheblicher Eigenbeteiligung erbracht, eine Hürde, die für große Teile der Bevölkerung unüberwindbar geworden ist. Die griechische Sektion von „Ärzte der Welt“ organisiert medizinische Hilfe vor Ort. Seit 1996 betreibt die Organisation in Athen, Perama, Thessaloniki und auf Chania Anlaufstellen, in denen schon vor der Krise Flüchtlinge, aber auch andere Bevölkerungsgruppen wie Roma oder

Obdachlose, Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten haben.

„Seit der Krise“, erklärt Nikitas Kanakis, Präsident von „Ärzte der Welt Griechenland“, „konnten wir einen dramatischen Anstieg der griechischen Patienten in unseren Anlaufstellen, die ursprünglich für Flüchtlinge und/oder Asylsuchende gedacht waren, beobachten.“ Zu den Patienten gehören schwangere Frauen, die Vorsorgeuntersuchungen benötigen, kranke Kinder, die Impfungen benötigen oder Rentner, die kein Einkommen mehr haben.

Das laufende Spendenaufkommen kann den großen neu entstandenen Bedarf nur bruchstückhaft decken. Finanzielle Mittel für die folgenden Hilfen werden dringend benötigt: Impfungen, Behandlungskosten, Laboruntersuchungen und Lebensmittel.

Das Berliner Forum Griechenlandhilfe (c/o Kostas Papanastasiou, Grolmanstraße 28, 10623 Berlin) ist daher mit „Ärzte der Welt“ Deutschland eine Kooperation eingegangen, um auf



unbürokratische Weise zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung notleidender Menschen in Griechenland beizutragen.

Spenden im Rahmen dieser Aktion können unter dem Stichwort „Griechenlandhilfe“ auf das folgende Spendenkonto eingezahlt werden:

„Ärzte der Welt“  
Deutsche Kreditbank,  
Konto Nr. 1004 333 660  
Bankleitzahl: 120 300 00

BERLINER ÄRZTE wünscht Ihnen  
besinnliche Weihnachtstage



9. Landesgesundheitskonferenz

## Selbstständigkeit im Alter im Fokus

Immer mehr Menschen erreichen ein hohes Alter bei besserer körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit: Dies geht aus dem letzten Demografiebericht der Bundesregierung hervor. Gleichzeitig stehen Politik, Kommunen sowie Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen vor großen Herausforderungen, da die gesellschaftliche Realität diesem sich verändernden Altersbild häufig nicht mehr gerecht wird.

Hinzu kommt, dass die Lebensphase des Alters bis zu fünf Lebensjahrzehnte umfasst und sich äußerst heterogen gestalten kann. Vielfältige Lebensentwürfe sowie unterschiedliche soziale, kulturelle und familiäre Hintergründe beeinflussen die gesundheitliche Entwicklung der Menschen bis ins hohe Alter. Ebenso können kritische Lebensereignisse oder Übergänge auftreten, die in physischer, psychischer oder sozialer Hinsicht Veränderungen mit sich bringen, und deren positive

Bewältigung für ein gesundes Älterwerden notwendig ist.

Ausgehend vom Gesundheitszieleprozess „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ steht auf der 9. Landesgesundheitskonferenz deshalb die Frage nach der positiven und gesundheitsförderlichen Gestaltung aller Lebensphasen sowie Übergänge im Prozess des Älterwerdens im Mittelpunkt. Wie kann beispielsweise der Übergang von Beruf in den Ruhestand, von Gesundheit in chronische Erkrankung oder von Eigenständigkeit in Pflegebedürftigkeit bedarfsgerecht gestaltet werden? Es soll darum gehen, anhand der Bedarfe in den jeweiligen Lebenssituationen die Ressourcen und Potenziale der Älteren in den Fokus zu rücken und zu stärken. Eröffnet wird die Veranstaltung von Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales. Danach werden einzelne Lebensphasen und Übergänge



in fünf parallelen Foren diskutiert. Zentraler Leitgedanke wird hierbei die Stärkung der sozialen Teilhabe der Älteren sein. Eine Podiumsdiskussion wird abschließend die Ergebnisse der Foren bündeln und diskutieren. Ebenfalls wird es eine Projektmesse geben, auf der sich Akteure der Gesundheits- und Bewegungsförderung präsentieren.

9. Landesgesundheitskonferenz  
**„WIR SIND DA! –  
 Potenziale des Alters**

Montag, 17. Dezember 2012  
 von 10.00 bis 15.15 Uhr

Rathaus Schöneberg  
 John-F.-Kennedy-Platz 1,  
 10825 Berlin

[www.berlin.gesundheitfoerdern.de](http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de)

Online

## Neues Onlineportal will Alltag in Kliniken zeigen



An deutschen Kliniken wird zu wenig kommuniziert, sagt Moritz Peill-Meininghaus, Anästhesist aus Berlin. Das beeinträchtigt die Arbeitszufriedenheit, führe zu Missständen und reduziere die Qualität der Arbeit am Patienten: „Die Ärzte und die pflegerischen Mitarbeiter machen viele Erfahrungen – sie wissen, was anders laufen müsste. Aber diese Informationen kommen nicht bei den richtigen Stellen an!“ Um das zu ändern, hat der 40-jährige Arzt, der für den Marburger Bund in der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin sitzt, ein neues Online-Portal gegründet, das kürzlich an den Start gegangen ist: „Klinikstand“ ([www.klinikstand.de](http://www.klinikstand.de)).

Seit Einführung der Fallpauschalen 2003 hat sich der Betrieb der Krankenhäuser tiefgreifend verändert: Die Wirtschaftlichkeit rückt immer mehr in den Vordergrund und droht, die Patientenversorgung zu beeinträchtigen. Während früher der Chefarzt das Sagen hatte, steht in

modernen Krankenhauskonzernen die Klinikleitung an der Spitze der Hierarchie. Immer mehr Kranke werden durch das System geschleust, doch das in der Versorgung tätige Personal wird nicht aufgestockt. Auch werde sein Rat nicht gehört, kritisiert der Unternehmensberater Jens Hager van der Laan in einem Leitartikel auf „klinikstand.de“. Darunter leide die Qualität der Zusammenarbeit. Es gelte „Klappe halten und wegsehen“.

Auf „klinikstand.de“ können Ärzte und Pflegekräfte, ohne ihre Namen preiszugeben, Beiträge zum „Stand der Dinge“ in ihren Kliniken schreiben. Dabei versteht sich das Portal nicht als „Meckerkasten“, sondern als Plattform für konstruktive Kritik. Es fordert die Nutzer dazu auf, Verbesserungsvorschläge und Lösungsmodelle einzubringen, Meinungen und Wünsche zu äußern. In einem Forum kann darüber diskutiert werden. Ergänzt wird das Online-Angebot durch Umfragen und Leitartikel wechselnder Gastautoren zum „Stand“ des Gesundheitswesens.



Kritik und Anregungen werden von „klinikstand.de“ an die betroffenen Klinikleitungen weitergeleitet, ohne die Identität von Verfassern oder Adressaten offenzulegen: „Wir haben äußerst strenge Datenschutzrichtlinien“, so Peill-Meininghaus. Er ist überzeugt, dass die Plattform dennoch zu positiven Veränderungen führen wird: „Dass Missstände herrschen, liegt vor allem daran, dass Erfahrungen aus der unmittelbaren Patientenversorgung – vom engagierten Hilfspfleger bis hin zum Chefarzt – nicht diejenigen erreichen, die etwas ändern könnten: Das sind Geschäftsführung, ärztliche und pflegerische Leitung.“ „klinikstand.de“ sieht sich also als unabhängiges Plattform, um die im Gesundheitssystem

Arbeitenden miteinander ins Gespräch zu bringen – über „echte, authentische und unabhängige Berichte über den aktuellen Stand der Dinge“.

Hinter dem Projekt steht eine Gruppe von Ärzten, Pflegekräften, Gesundheitsökonomern und interessierten Bürgern, die bestehende Missstände beheben und einen konstruktiven Einfluss auf das Gesundheitswesen nehmen wollen.

Finanziert wird Klinikstand über Spenden sowie die Einnahmen interessierter Klinikleitungen.

**Kontakt:**  
Redaktion Klinikstand  
Dr. Moritz Peill-Meininghaus  
Tel.: 030/40 30 15 55



ANZEIGE

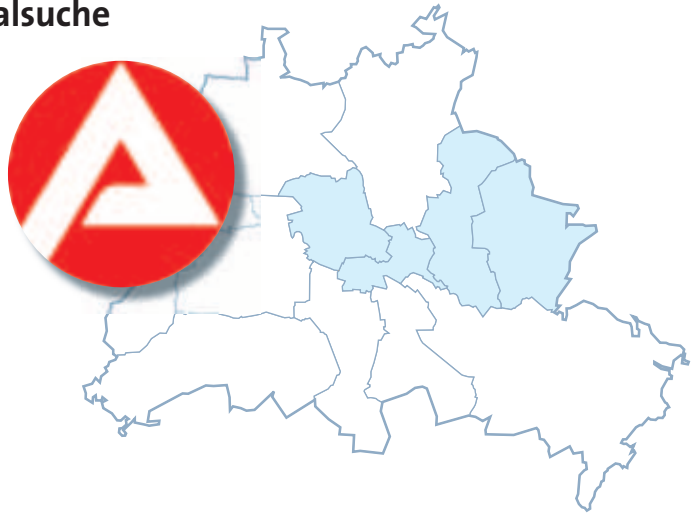
### Arbeitsagentur Berlin-Mitte hilft bei Personalsuche

Das spezialisierte Branchenteam in der Agentur für Arbeit Berlin-Mitte hilft niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei der Suche nach geeignetem Praxispersonal.

Das Branchenteam betreut die Bezirke Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg, Friedrichshain-Kreuzberg und Mitte (Tiergarten, Wedding) gemeinschaftlich. Der gemeinsame Arbeitgeberservice Berlin-Mitte, wie auch alle anderen bezirklichen Arbeitsagenturen in Berlin, bieten den Angaben zufolge ein umfangreiches Dienstleistungsangebot an:

- Gezielte Auswahl und Vermittlung qualifizierter Bewerber

- Sichtung der Bewerbungsunterlagen und Treffen der Vorauswahl
- Kostenfreie Veröffentlichung von Stellenangeboten in der größten Stellenbörse Europas
- Unterstützung bei der Eignungsfeststellung der potenziellen Bewerber sowie bei der Durchführung von Einstellungstest durch den berufspsychologischen Service
- Individuell Beteiligung an den Lohn- und Gehaltskosten bei der Einstellung von leistungsgeminderten Arbeitnehmern
- Unabhängige und kostenfreie Dienstleistung



Persönliche Ansprechpartner für Gesundheit und Soziales sind wie folgt erreichbar:

Telefon: 030/5555 89 1166

E-Mail: [Marzahn-Hellersdorf.Arbeitgeber@arbeitsagentur.de](mailto:Marzahn-Hellersdorf.Arbeitgeber@arbeitsagentur.de)

Postanschrift: Agentur für Arbeit Berlin Mitte, 10956 Berlin



*Ösophagus-Läsionen***Medikamenteninduziert**

Läsionen des Ösophagus können bedingt sein durch einen gewebstoxischen Arzneistoff (u.a. Bisphosphonate, Tetrazykline, Kaliumchlorid, Eisensalze, NSAID), durch die Art des Präparates (große Tabletten, aufquellende Gelatinekapseln) oder durch Einnahmefehler (keine ausreichende Flüssigkeit von mindestens 125 ml, keine aufrechte Körperhaltung mindestens 10 min nach der Einnahme). Besonders bei Patienten mit beeinträchtigter Ösophagusmotilität oder -obstruktion sollten obige Einnahmemodalitäten besprochen werden. Das Fallbeispiel des Autors (gesunder 17-jähriger, Doxycyclin-Einnahme wegen Akne) verdeutlicht, dass Schädigungen des Ösophagus auch ohne vorbestehende Grunderkrankung auftreten können.

Quelle: *tägl.prax.* 2012; 53: 493-7

*Milde Hypertonie***Wann medikamentös therapieren?**

In einem Cochrane Review wurde der Effekt einer antihypertensiven Therapie zur Primärprävention bei sonst gesunden Personen (RR syst. 140 – 159 mmHg, RR diast. 90 – 99 mmHg) überprüft. Eine Therapie über 4 – 5 Jahre reduzierte im Vergleich zu Placebo weder die Gesamtmortalität, die Rate der koronaren Herzerkrankungen, das Auftreten von Schlaganfällen noch die Gesamtrate kardiovaskulärer Ereignisse. Nur der Studienabbruch aufgrund unerwünschter Wirkungen (9 % der Patienten) war im Vergleich zu Placebo signifikant erhöht. Nicht signifikante kleine Verbesserungen der obigen Parameter in der Verum-

gruppe und der kurze Beobachtungszeitraum (Endorganschäden bei sonst gesunden Personen dürften sich erst spät entwickeln) sollten etwas nachdenklich machen. Den Autoren ist zuzustimmen, dass noch weitere Studien zu diesem Thema notwendig sind.

Quelle: *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Aug 15,8:CD006742

*Fischöl in Kapselform***Vergleichbar mit verkapselten Vitaminen?**

Zweimal wöchentliche Mahlzeiten mit Meeresfisch sind unumstritten empfehlenswert – ebenso wie Gemüse und Obst zu einer gesunden Ernährung zählen. Die Hersteller von Multivitaminenkapseln jedoch müssen sich schon länger fragen lassen, wo der wissenschaftliche Nachweis ihrer Indikationslyrik zu finden ist.

Nun trifft es die Fischöl-Hersteller. In einer neuen Metaanalyse müssen sie zur Kenntnis nehmen, dass ihre früheren positiven Studienergebnisse wohl eher dem Studiendesign oder einem nicht leitliniengerechten Therapiestandard zuzuschreiben sind. 400 bis 1000 mg EPA/DHA (Eicosapentaen-/Docosahexaensäure, die als wirksam postulierten Omega-3- Fettsäuren im Fischöl) führten nach dieser neuen Metaanalyse bei Patienten mit einer kardiovaskulären Erkrankung im Vergleich zu Placebo zu keiner Senkung der kardiovaskulären Ereignisse, der Mortalität, eines plötzlichen Herztodes, eines Herzinfarktes, einer Herzinsuffizienz oder einer TIA.

Die Metaanalyse bestätigt die Ergebnisse großer Studien mit Postinfarktpatienten und ist im Gleichklang zu den Ergebnissen einer Studie zur Primär- und Sekundärprävention leitliniengerecht behandelter Diabetiker.

Die neue Herzinfarkt-Leitlinie der europäischen Kardiologen-Gesellschaft soll diese neuen Erkenntnisse bereits berücksichtigen.

Quellen: *JAMA* 2012; 308(10):1024-33; Evidence updates, <http://plus.mcmaster.ca/EvidenceUpdates>

*Kodein***Vorsicht bei Tonsillektomien**

In den USA starben 3 Kinder nach der Gabe von Kodein-haltigen Präparaten in altersgemäßer Dosierung nach einer Tonsillektomie, eines erlitt eine lebensbedrohliche Atemdepression. Alle Kinder waren sog. ultraschnelle Metabolisierer, d.h. sie verstoffwechselten Kodein über ein doppeltes oder gar dreifach besetztes Cytochrom 2D6 Enzymsystem in erhöhtem Maß zu Morphin. Es stellt sich die Frage, ob dieser Arzneistoff generell für Kinder geeignet ist. Der Anteil der ultraschnellen Metabolisierer in der Bevölkerung schwankt nach Angaben der FDA zwischen 29 % bei Äthiopiern, 6 % bei Griechen, 3 – 6 % bei Afro-Amerikanern und Kaukasiern allgemein, 2 % bei Ungarn und 1 – 2 % bei Asiaten und Nordeuropäern. Die Symptome einer Morphinüberdosierung sind bekannt. Bei so niedrig wie möglicher Dosierung vor allem bei erstmaliger Gabe sollten die Kinder sorgfältig überwacht werden.

Quelle: [www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm313631](http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm313631)

**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](mailto:dr.hopf@aekno.de)  
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein,  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf**

## Bundesintitute laden zu ihrer jährlichen Fortbildungsveranstaltung ein

Die Fortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2013 wird gemeinsam vom Bundesinstitut für Risikobewertung, dem Robert Koch-Institut und dem Umweltbundesamt angeboten.

Die dreitägige Veranstaltung richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter, an die Hygienebeauftragten der Krankenhäuser sowie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer staatlicher Einrichtungen.

Termin für die nächste Fortbildungsveranstaltung ist der 13. – 15. März 2013.

Veranstaltungsort ist das Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin-Marienfelde,

Diedersdorfer Weg 1. Das Programm umfasst Themen aus den Bereichen Verbraucherschutz, Umwelt und Gesundheit sowie dem Gesundheitsschutz.

Die Anerkennung als Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte und die ATF-Anerkennung für Tierärztinnen und Tierärzte wurden beantragt. Es ist geplant, die Veranstaltung wieder durch die Apothekerkammer zertifizieren und von der Zertifizierungsstelle für die Fortbildung von Lebensmittelchemikern anerkennen zu lassen. Die Teilnahme ist kostenlos und eine Anmeldung erforderlich. Das Anmeldeformular sowie das vollständige Programm finden Sie im Internet unter [www.bfr.bund.de/de/veranstaltungen.html](http://www.bfr.bund.de/de/veranstaltungen.html)

### Folgende Themen stehen u.a. auf der Tagesordnung:

#### Thema: Verbraucherschutz

- Pflanzenschutzmittelrückstände in Lebensmitteln
- Vergiftungen mit Pflanzen
- Tätowiermittel: Risiken und Regulation
- Vitamin D – der aktuelle D-A-CH-Referenzwert aus Sicht der Risikobewertung
- Lebensmittelsicherheit von jagdlich gewonnenem Wildbret
- 3 Jahre Zoonosen-Monitoring – Erkenntnisse für die Risikobewertung
- Epidemiologische Studien zur Detektion des verursachenden Vehikels
- Ausbruch durch Noroviren 2012 – Virusnachweis in Lebensmitteln

#### Thema: Umwelt und Gesundheit

- Bekämpfung von Kopflausbefall unter Berücksichtigung der Wirksamkeitsspektren von Kopflausmitteln
- Hantaviren-übertragende Nagetiere: Einfluss des Klimawandels auf die Populationsentwicklung und derzeitige Bekämpfungsstrategien
- Surveillance und Epidemiologie der Hantavirus-Erkrankungen in Deutschland 2001–2012
- Verbreitung und umweltmedizinische Bedeutung des Eichenprozessionsspinners (EPS)
- Gesundheitliche Auswirkung der Brennhaare des EPS und der eingesetzten Mittel
- Ökologische Aspekte des Biozid-Einsatzes
- Arzneimittel, Kosmetika, Nanopartikel – ein Gesundheitsrisiko im Trinkwasser?
- Problematische Stoffe in Boden- und Wandbelägen
- Dioxine und PCB – Umweltprobleme von gestern?
- Auswirkungen nächtlichen Fluglärms auf die Bevölkerung

#### Thema: Gesundheitsschutz

- Evaluation des ÖGD-Kurses zur angewandten Infektionsepidemiologie am RKI
- Impfquoten aus KV-Daten – Sinnvolle Ergänzung zu den Schuleingangsuntersuchungen?
- Wie geht es den Männern in Deutschland? Der Männergesundheitsbericht des RKI
- Außergewöhnliche biologische Gefahrenlagen: erkennen – bewerten – handeln

#### Schmallenberg-Virus:

- Ein neues Orthobunyavirus in Europa
- Reaktion des RKI auf ein neu entdecktes Virus
- Management von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen – Praxis der Unterstützung durch das RKI
- Hygienemaßnahmen bei Infektionen mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen

Kurs

## Verkehrsmedizinische Begutachtung Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung

Der Kurs wendet sich an alle Fachärztinnen und -ärzte, die die Qualifikation für die Erstellung verkehrsmedizinischer Gutachten gemäß § 11 Fahrerlaubnisverordnung erwerben wollen.

Er bietet darüber hinaus Arbeitsmedizinern die Möglichkeit zur Vertiefung ihrer Fachkompetenz, insbesondere in Verbindung mit dem Seminar zur Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung, welches am Vormittag des 08.03.2013 stattfindet.

Termin: Freitag, 08.03.2013, 14.00 - 21.00 Uhr  
Samstag, 09.03.2013, 8.30 - 17.30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnahmegebühr: 250 Euro

Hinweis: Kombipreis für „Theorie und Praxis der Psycho- und Perimetrie“ und „Verkehrsmedizinische Begutachtung“: 290 Euro

Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806 -1215,  
E-Mail: fb-aag@aekb.de



Infektionskrankheiten

## Das Robert-Koch-Institut sucht Teilnehmer für eine Befragung

Ärztinnen und Ärzte in der direkten Patientenversorgung – besonders der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie sowie Notfallmediziner – werden gebeten, an einer Befragung des Robert Koch-Instituts (RKI) teilzunehmen.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes stellt das RKI in Berlin und Brandenburg beispielhaft für ganz Deutschland Fragen rund um Informationsbedarf und Fortbildungswünsche zur Vorbereitung auf außergewöhnliches Seuchengeschehen und seltene, hochkontagiöse, lebensbedrohliche Infektionskrankheiten – ab sofort unter [www.aerztebefragung-rki.de](http://www.aerztebefragung-rki.de) bis 15. Februar 2013 aufrufbar.

Ein frühzeitiges Erkennen von verdächtigen Mustern oder Erscheinungsformen, die auf außergewöhnliche biologische Agenzien (Bakterien, Viren, Toxine) hindeuten sowie eine Vorbereitung auf den Umgang mit diesem besonderen Gefahrenpotential sind wichtige Voraussetzungen für ein erfolgreiches Management einer lebensbedrohlichen Gefahrenlage.

Zum Schutz des medizinischen Personals, der Patienten und zur Verhinderung einer weiteren Verbreitung in der Umwelt sind Kenntnisse über diese Agenzien erforderlich, die in der normalen ärztlichen Ausbildung häufig nur am Rande vermittelt werden.

Auch im Arbeitsalltag ist dieses Wissen aufgrund des seltenen Vorkommens im Rahmen der üblichen Fortbildungsmöglichkeiten kaum zu erwerben.

Aus diesem Grund will das RKI im Rahmen eines Forschungsprojektes Informations- und Fortbildungsmaterialien erstellen, um für diese außergewöhnlichen und/oder seltenen Situationen zu sensibilisieren. Ärztinnen und Ärzte sollen in die Lage versetzt werden, entsprechende Alarmzeichen (Symptomkonstellationen, anamnestische Hinweise, sonstige Verdachtsmomente) zu erkennen und die notwendigen Schlussfolgerungen zu ziehen.

Neben differentialdiagnostischen Überlegungen und Maßnahmen zum eigenen Schutz und zum Schutz der Mitarbeiter spielen hierbei auch Kenntnisse über Speziallabore und Zuständigkeiten eine wichtige Rolle.

Die Basis für die zu entwickelnden Materialien bildet die Befragung. Deren Ergebnisse schaffen die Voraussetzung für eine zielgerichtete Konzeption und Umsetzung in praxisrelevante Unterlagen und Trainingseinheiten.

Um rege Teilnahme wird deshalb gebeten – auch wenn es thematisch nicht zu den drängendsten Anliegen im Arbeitsalltag gehört.

Als Aufwandsentschädigung werden Tablet-Computer und Online-Einkaufsgutscheine verlost.

Weitere Informationen unter [www.aerztebefragung-rki.de](http://www.aerztebefragung-rki.de).

## Weiterbildung

## Übergangsbestimmungen laufen aus

Wir möchten alle Ärztinnen und Ärzte darauf hinweisen, dass gemäß der am 13. April 2006 in Kraft getretenen Weiterbildungsordnung von 2004 die Übergangsbestimmungen zum Erwerb einer Facharztanerkennung sowie der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse nach den Regelungen der Weiterbildungsordnung von 1994 mit Datum vom 15. April 2013 auslaufen.

Anträge auf Anerkennung müssen der Ärztekammer Berlin bis zu diesem Datum vorliegen.

Dabei ist zu beachten, dass die Erfüllung der entsprechenden Mindestweiterbildungszeiten und -inhalte nachgewiesen werden muss. Nach dem 15. April 2013 können entsprechende Weiterbildungen nur noch nach der Weiterbildungsordnung von 2004 abgeschlossen werden.

Für die Antragstellung haben Sie die Möglichkeit, unser Online-Formular auf unserer Internetseite unter der Rubrik Weiterbildung/Antragstellung aufzurufen.

Das Auslaufen der Übergangsbestimmungen hat auch Auswirkungen auf die entsprechenden Weiterbildungsbefugnisse nach der Weiterbildungsordnung von 1994, da diese zum gleichen Stichtag erlöschen. Um weiterhin Ärztinnen und Ärzte weiterbilden zu können, ist eine Befugnis für die Leitung der Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung von 2004 erforderlich. Die Befugnisse für die auslaufende Weiterbildungsordnung von 1994 werden nicht automatisch übertragen. Soweit noch nicht erfolgt,

können Anträge nach aktueller Weiterbildungsordnung jederzeit bei der Ärztekammer Berlin gestellt werden. Für die Antragstellung haben Sie die Möglichkeit, unser Online-Formular auf unserer Internetseite unter der Rubrik Weiterbildung/Antragstellung aufzurufen.

Alle derzeit aktiven Befugnisse können Sie über unser Befugtenverzeichnis abfragen. Für Rückfragen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung gerne zur Verfügung.

## Weiterbildung Allgemeinmedizin

### Achtung:

Am 15. April 2013 laufen die Übergangsbestimmungen für die Anerkennung nach der Weiterbildungsordnung von 1994 aus.

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung für die Facharztqualifikation Allgemeinmedizin, die Ihre Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin nach der Weiterbildungsordnung von 1994 begonnen haben und auch nach diesen Regelungen abschließen möchten, müssen die Teilnahme an einem Kurs im Umfang von 80 Stunden nachweisen. Diejenigen, die den

### Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin

bislang noch nicht absolviert haben, sollten sich bitte kurzfristig mit der Ärztekammer Berlin in Verbindung setzen, damit dieser Kurs bei Bedarf organisiert werden kann.

**Ansprechpartner in der Ärztekammer Berlin:**

Abteilung Weiterbildung: Frau Masche und Frau Nagel, Telefon: 030/40806-1002

Abteilung Fortbildung: Frau Hellert, Telefon: 030/40806-1203; E-Mail: a.hellert@aekb.de



## Telegramm


### Myalgie und Fieber nach Malaysia-Reise

Sollten Reiserückkehrer aus Malaysia unter unklarem Muskelschmerz und Fieber leiden, so könnte es sich um die sog. Muskel-Sarkozystose handeln. Erste Fälle in Potsdam und Berlin wurden identifiziert. Alle Reisenden waren auf Tioman Island, Malaysia gewesen. Bei Verdachtsfällen empfehlen wir die Vorstellung im Tropeninstitut. Ein ausführlicher Bericht über die Sarkozystose folgt in der Januar-Ausgabe von BERLINER ÄRZTE.

Dr. Florian Steiner  
(0176-24909776)  
florian.steiner@charite.de  
Institut für Tropenmedizin  
und Internationale  
Gesundheit, Charité –  
Universitätsmedizin Berlin  
Spandauer Damm 130  
14050 Berlin  
tropeninstitut.charite.de



# Wie Entlassungsmanagement hilft, Versorgungslücken zu vermeiden



Aus der Klinik entlassen – allein gelassen? Damit Patienten dieses Schicksal erspart bleibt und sie möglichst optimal weiterversorgt werden, müssen stationärer und ambulanter Sektor eng kooperieren. Denn an dieser sensiblen Schnittstelle innerhalb des Gesundheitswesens bestehen zahlreiche Problemfelder – zum Beispiel was die sektorübergreifende Arzneimitteltherapie betrifft. BERLINER ÄRZTE zeigt, warum Entlassungsmanagement wichtig ist und wie es sinnvoll gehandhabt werden kann. Vor allem aber auch, wo es Defizite gibt und was in Klinik und Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte beitragen können, um solche Defizite im Sinne einer besseren Patientenversorgung zu reduzieren.

Von Klaus Fleck



**W**er medizinischer Versorgung bedarf, hat einen Anspruch darauf, dass diese konsequent und kontinuierlich erfolgt. Gerade auch über Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Versorgungsektoren hinweg, so wie sie zwischen dem akutstationären und ambulanten Sektor bestehen. Allerdings ist hier die Gefahr für Versorgungsbrüche besonders groß. Und das stellt Patienten, ihre Ärzte und weitere an der Versorgung Beteiligte auch vor besondere Herausforderungen. So können Kommunikations- und Koordinationsdefizite dazu führen, dass für Patienten und Weiterbehandelnde relevante Informationen verloren gehen oder nicht ausreichend nachvollziehbar sind. Letztendlich leidet die Qualität der Behandlung, Patienten werden kurz nach ihrer Entlassung erneut in die Klinik eingewiesen und es werden unnötige Kosten generiert. Gutes, multiprofessionelles Entlassungsmanagement hingegen soll Versorgungsbrüche vermeiden und eine erfolgreiche poststationäre Versorgung sicherstellen.

### **Krankere Patienten – kürzere Liegezeiten**

„Entlassungsmanagement – als Teil des gesamten Schnittstellenmanagements im Gesundheitswesen – gewinnt aus mehreren Gründen an Bedeutung“, sagt Dr. Anja Katharina Dippmann vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Das ÄZQ ist ein wissenschaftliches Institut in gemeinsamer Trägerschaft von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung und hat seinen Sitz in Berlin. Erklären lässt sich die wachsende Bedeutung des

Entlassungsmanagements zum einen durch den demographischen Wandel mit immer mehr älteren und damit oft multimorbiden Patienten, die aufgrund ihrer altersspezifischen Erkrankungen komplexere poststationäre Versorgungsbedürfnisse haben als Jüngere. Zum anderen haben die Einführung der DRGs im Jahr 2003 und die Zunahme integrierter Versorgungsformen strukturelle Veränderungen bewirkt. Mit der Folge, dass Klinikbetten zunehmend abgebaut und die Verweilzeiten der Patienten im Krankenhaus zunehmend verkürzt werden. Bei steigenden Fallzahlen nimmt damit ebenfalls die Zahl der Entlassungen pro Klinik zu. Ein aktuelles Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen erklärt höheren Weiterversorgungsbedarf zudem damit, dass die Patienten das Krankenhaus mit schwerwiegenderen gesundheitlichen Problemen verlassen als in früheren Jahren. „Außerdem“, so Anja Dippmann, „bedürfen erweiterte therapeutische Möglichkeiten in der Klinik oft auch einer spezifischen Weiterbehandlung.“

### **In Deutschland noch nicht flächendeckend etabliert**

Auf diese Herausforderungen hat auch der Gesetzgeber reagiert und im Jahr 2011 durch eine Ergänzung im SGB V (§39 Abs. 1) das Entlassungsmanagement als notwendigen Bestandteil einer Krankenhausbehandlung definiert. „Inzwischen haben viele Kranken-

häuser individuelle Lösungen dafür entwickelt“, weiß Anja Dippmann. So führen nach einer Befragung des Sachverständigenrats mehr als 78% aller antwortenden Krankenhäuser ein Entlassungs- oder Überleitungsmanagement durch. Allerdings ergab die gleiche Befragung, dass nur knapp 45% der Kliniken auch den Nationalen Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ implementiert haben. Von einer flächendeckenden Etablierung geschweige denn Standardisierung geeigneter Modelle zum Entlassungsprozedere kann noch nicht die Rede sein. Ebenso fehlen bislang aussagekräftige Untersuchungen dazu, wie erfolgreich Entlassungsmanagement in deutschen Kliniken ist.

In angelsächsischen Ländern ist Entlassungsplanung (Discharge planning) hingegen schon länger etabliert. Im Rahmen eines Cochrane Reviews analysierten britische Public-Health-Experten dazu 21 randomisierte kontrollierte Studien, in die insgesamt mehr als 7000 Teilnehmer eingeschlossen waren. Zwar ließ sich dabei nicht nachweisen, dass individuelle Entlassungsplanung bei älteren Patienten zu einem Rückgang der Mortalität geführt hätte. Allerdings bewirkte sie, dass sowohl die Länge des Krankenhausaufenthalts als auch die Rehospitalisierungsrate nach erfolgter Entlassung signifikant vermindert waren. In einigen Studien ließ sich zudem ein Zusammenhang zwischen der Entlassungsplanung und einer gesteigerten Zufriedenheit der Patienten belegen.

## Multiprofessionelle Aufgabe

Auch wenn Entlassungsmanagement im In- und Ausland eine große Variationsbreite hat, besteht weitgehend Konsens darüber, dass es früh beginnen sollte – möglichst bereits bei Klinikaufnahme. Einig ist man sich ebenso, dass es kein isolierter Vorgang, sondern ein Prozess ist und es sich um eine multiprofessionelle Aufgabe handelt, die entsprechendes Teamwork erfordert. Nach den Richtlinien des Department of Health in England zum Beispiel sind daran neben Ärzten und Pflegekräften üblicherweise der Sozialdienst, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten beteiligt. Regelmäßige Meetings dienen dazu, die Behandlungsfortschritte des Patienten zu diskutieren und zu prüfen, ob der ursprünglich vorgesehene Entlassungstermin weiterhin realistisch ist. Dies sollte gerade auch im Hinblick auf die poststationäre Versorgung und eventuelle Risiken für eine baldige Wiedereinweisung ins Krankenhaus geschehen. Als weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche und termingerechte Entlassungsplanung gilt, frühzeitig und regelmäßig den Patienten und eventuell ihn im häuslichen Umfeld betreuende Personen bzw. seine Familienangehörigen einzubeziehen. Die Koordination des Entlassungsprozesses in der Klinik kann zum Beispiel von einem dazu bestimmten Case Manager übernommen werden – etwa aus dem Pflegebereich oder vom Sozialdienst.

## Information des Hausarztes am besten zwei Tage vorher

Die Ansprüche an gutes Entlassungsmanagement und die Realität sind freilich oft zweierlei. „Als Niedergelassener wünsche ich mir zunächst einmal, rechtzeitig über die Entlassung meiner Patienten aus der Klinik informiert zu werden“, sagt Stephan Bernhardt, Allgemeinmediziner mit Praxis in Berlin-Friedenau und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin. „Den Idealfall, dass dies zwei Tage vorher per Anruf oder Fax erfolgt, habe ich leider schon seit Jahren nicht mehr gehabt.“ Erhalte er die Infor-

mation aber wie so häufig erst am Entlassungstag – vielleicht sogar einem Freitag nach Praxisschließung – oder noch später, dann sei das für die Weiterversorgung vieler Patienten alles andere als optimal. Dies betreffe etwa kurzfristig notwendige Medikamentenverordnungen oder eine Umstellung der Medikation oder Therapie. Und gelte natürlich in erster Linie für Patienten mit einem erhöhten medizinischen bzw. pflegerischen Bedarf.

„Wenn zum Beispiel ein Hausbesuch notwendig ist – zur Wundversorgung oder aus anderen Gründen –, dann müssen Niedergelassene auch die Chance haben, diesen entsprechend einzuplanen und sinnvoll mit ihrem Praxisbetrieb koordinieren zu können“, so Bernhardt. Entlassungen ohne rechtzeitige Vorabinformation des Hausarztes führten denn auch immer wieder dazu, dass noch am gleichen Tag abends oder nachts der ärztliche Bereitschaftsdienst zum Patienten gerufen werde, weil Probleme aufgetaucht sind. Auch nach Einschätzung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin wäre es schon eine deutliche Verbesserung, wenn Entlassungsankündigungen bei Praxisinhabern richtig funktionierten und zudem keine Entlassungen mehr am Freitagnachmittag stattfänden.

Mit frisch aus der Klinik entlassenen Patienten hat Dr. Gabriela Stempor, in Berlin-Marzahn niedergelassene Allgemeinmedizinerin, fast täglich zu tun: „Gut funktioniert in aller Regel, dass der Patient gleich seinen Entlassungsbrief mitbekommt – zumindest einen vorläufigen. Sehr positiv bewerte ich auch das Procedere eines bestimmten Krankenhauses, das die betreuenden Hausärzte per Fax nicht nur über den bevorstehenden Entlassungstag, sondern bereits zu Beginn des Klinikaufenthalts über die stationäre Aufnahme des Patienten informiert. Denn von dieser erfährt man bei einer Selbsteinweisung durch den Patienten oder bei Einweisungen durch Kollegen sonst meist erst mal gar nichts.“



Dr. Anja Dippmann



Stephan Bernhardt



Dr. Gabriela Stempor



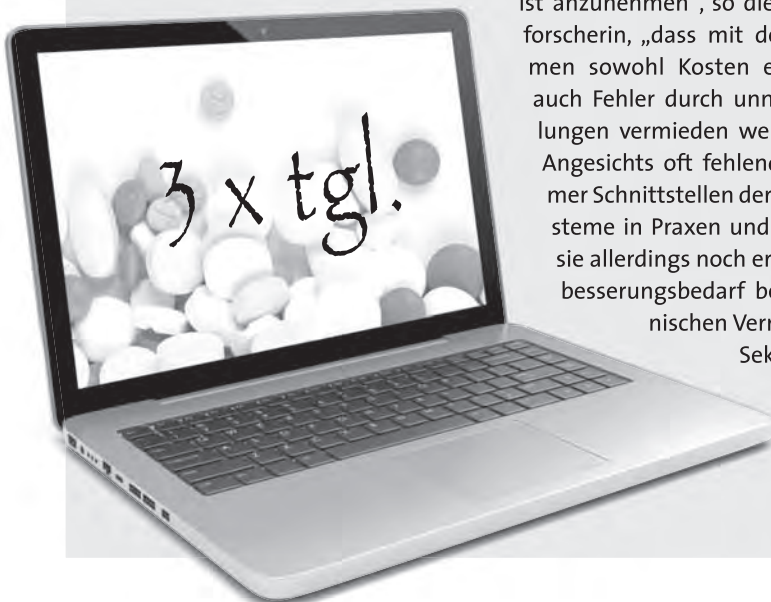
## BESSERE ARZNEIMITTELKOMMUNIKATION PER MAUSKLICK: das Modellprojekt HeiCare®

Medikamentenumstellungen nach stationärer Aufnahme und Entlassung sind oft das Resultat mangelnder Kommunikation zwischen Haus- und Klinikärzten. Mögliche Folgen: Zunahme unerwünschter Arzneimittelwirkungen und -interaktionen, Abnahme der Compliance, bei neuen Medikamenten außerdem höhere Kosten. Ein geeignetes Arzneimittelinformationssystem kann helfen, unnötige Umstellungen zu reduzieren, wie das Heidelberger Modellprojekt HeiCare® ([www.heicare.de](http://www.heicare.de)) gezeigt hat.

Dabei hinterlegten die teilnehmenden Hausärzte den aktuellen Medikationsplan ihrer Patienten in einer Datenbank (AiDPraxis). Das vom Universitätsklinikum Heidelberg entwickelte System ermöglicht, die aktuelle Verordnungsqualität (z.B. im Hinblick auf mögliche Arzneimittelinteraktionen) überprüfen zu lassen und gegebenenfalls Vorschläge zur Optimierung abzurufen. Erfolgte eine Klinikeinweisung, wurden die hinterlegten Medikationsdaten elektronisch an die klinikinterne Datenbank AiDKlinik® übermittelt. Aufnehmende Stationsärzte konnten sich auf diese Weise sofort und umfassend über die aktuelle Medikation des Patienten informieren. Vor der Entlassung wiederum wurde die zu diesem Zeitpunkt aktuelle Medikation (mit Angabe von Wirkstoffen und Alternativen) elektronisch gestützt in einen strukturierten Arztbrief eingefügt und dieser dem Hausarzt per Fax kommuniziert.

An dem Modellprojekt HeiCare® nahmen zwischen 2005 und 2009 insgesamt 1003 chronisch kranke Patienten aus 56 hausärztlichen Praxen teil. „Die Analyse des Projekts zeigte, dass die Zahl der Medikamentenumstellungen beim Sektorenwechsel durch die von Haus- und Klinikärzten gemeinsam genutzte elektronische Verordnungsplattform gesenkt werden konnte“, sagt Dr. Cornelia Mahler vom Universitätsklinikum Heidelberg. Außerdem hätten es die Hausärzte sehr geschätzt, bereits vor der Entlassung ihrer Patienten per Fax über die aktuelle

Medikation informiert zu werden. „Es ist anzunehmen“, so die Versorgungsforscherin, „dass mit derlei Maßnahmen sowohl Kosten eingespart als auch Fehler durch unnötige Umstellungen vermieden werden können.“ Angesichts oft fehlender gemeinsamer Schnittstellen der Datenbanksysteme in Praxen und Kliniken sieht sie allerdings noch erheblichen Verbesserungsbedarf bei der elektronischen Vernetzung dieser Sektoren. *fle*



## Vermeidbare ICD-Nachkodierung

Neben Lob äußert die Hausärztin allerdings auch reichlich Kritik an gängiger Entlassungspraxis. So enthalte schätzungsweise nur jeder zweite an sie gerichtete Arztbrief die ICD-10-Codes der Patientendiagnosen. „Die Codes sind für Niedergelassene aber für die Abrechnung genauso Grundlage wie für die Klinik, und Diagnosen ohne Code müssen dann oft während einer vollen Sprechstunde nachkodiert werden – ein immenser Zeitaufwand, der vermeidbar wäre.“

Häufig ebenso zeitraubend sind für Gabriela Stempor telefonische Rückfragen zur abgelaufenen stationären Behandlung: „Steht wie oft im Entlassungsbrief lediglich die Nummer der Zentrale oder des Chefarztsekretariats, dann muss ich immer wieder mehrfach quer durchs Krankenhaus telefonieren, um den in Frage kommenden Kollegen zu erreichen oder um Rückruf zu bitten. Deshalb wäre es hilfreich, standardmäßig zumindest die Durchwahl des Arztzimmers auf der jeweiligen Station im Brief vorzufinden.“

Bedarf zum Nachhaken hat die Hausärztin regelmäßig, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung noch Labor-, histologische oder sonstige Befunde ausstehen: „Im vorläufigen Arztbrief steht dann zwar, dass diese nachgereicht werden, das ist aber meiner Erfahrung nach kaum der Fall. Dann hilft am besten leider nur, die Patienten in ihrem eigenen Interesse nochmals in die Klinik zu schicken, um die fehlenden Befunde dort selbst abzuholen.“

## Problemfeld Arzneimitteltherapie

Ein besonders sensibler Punkt an der Schnittstelle von stationärem und ambulantem Sektor ist die Arzneimitteltherapie. Entsprechend hoch ist hier auch die Gefahr von Versorgungsbrüchen. Diese können etwa durch nicht oder unzureichend begründete Änderungen der Medikation entstehen: „Was

die in der Klinik verordneten Arzneimittel betrifft, enthält der Arztbrief oft nur eine reine Auflistung derselben. Wie lange etwa eine begonnene Antibiose weiterzuführen ist, bleibt dann unklar. Man erfährt zwar, dass die vor Aufnahme verschriebene Medikation umgestellt wurde, aber welcher Gedanke hinter der Umstellung steckt, bleibt völlig nebulös“, beklagt Jürgen David, der in einer allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxis in Berlin-Buckow tätig ist. Genauso problematisch sei, so der Internist, dass viele Krankenhäuser sehr teure Arzneimitteltherapien mit ihrer Meinung nach vielversprechenden

neuen Präparaten initiierten, ohne Rücksicht auf die Arzneimittelbudgets von Niedergelassenen zu nehmen. „In der Praxis wird der Patient dann unter Umständen auf die zuvor bei ihm bewährte Medikation zurück umgestellt, was natürlich nicht gerade seine Compliance fördert.“ Diesbezügliche Kommunikation zwischen stationär und ambulant tätigen Ärzten könnte helfen, solche Probleme zu vermeiden.

Damit die sektorenübergreifende Arzneimittelversorgung funktioniert, muss eine ganze Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein. Der Sachverständigenrat

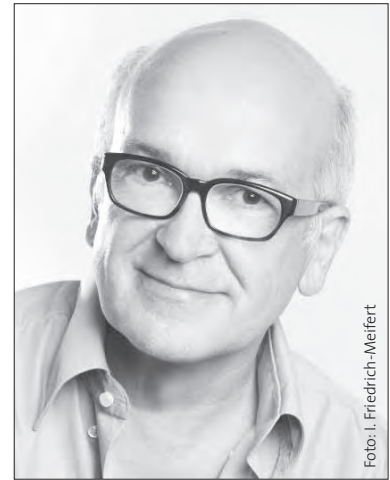


Foto: I. Friedrich-Meifert

Jürgen David



## SCHNITTSTELLENMANAGEMENT IST KEINE EINBAHNSTRASSE: Checklisten für Einweisung, Aufnahme und Entlassung

Versorgungsbrüche können nicht nur bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, sondern genauso in der anderen Richtung, also beim Wechsel eines Patienten von der ambulanten in den stationären Sektor entstehen. An beiden Schnittstellen tragen Ärzte eine zentrale Verantwortung für die kontinuierliche medizinische Versorgung des Patienten. „Deshalb sollte Entlassungsmanagement auch nicht isoliert betrachtet werden, sondern immer im Gesamtzusammenhang sektorenübergreifender Kooperation zwischen ambulant und stationär tätigen Medizinern“, betont Dr. Anja Dippmann vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ, in gemeinsamer Trägerschaft von BÄK und KBV).

Als Optimierungsmöglichkeit für diese Zusammenarbeit hat eine interdisziplinäre Expertengruppe unter Moderation des ÄZQ „Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren“ entwickelt und vor wenigen Monaten veröffentlicht (<http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf>). Sie sollen dazu beitragen, den wechselseitigen Übergang zwischen Praxis und Krankenhaus so zu organisieren, dass eine gute individuelle Patientenversorgung

ohne Hemmnisse im Behandlungsverlauf gewährleistet wird. Die Checklisten sind als Orientierungshilfe für Ärzte gedacht, berücksichtigen gleichzeitig jedoch auch die Sichtweisen weiterer an der Patientenversorgung beteiligter Gesundheitsberufe. Dabei werden Punkt für Punkt Handlungsvorschläge für die Einweisung ins Krankenhaus, die Aufnahme, die Entlassungsvorbereitung und die Entlassung selbst gemacht.

So führt die Checkliste „Einweisung“ z.B. die wichtigsten notwendigen Unterlagen zum Vorstellungsbzw. Einweisungstermin in der Klinik auf – einschließlich gegebenenfalls zu berücksichtigender Informationen über pflegerelevante Besonderheiten des Patienten. Die Checkliste „Entlassungsvorbereitung“ wiederum gibt Empfehlungen für eine möglichst optimale Vorab-Information des Hausarztes bzw. weiterbehandelnden Arztes (mindestens zwei Tage vor der Entlassung). Diese sollte – vor Abschluss des Arztbriefs – bereits auch eventuelle Änderungen der Medikation oder umgehend notwendige Folgemaßnahmen im häuslichen Umfeld berücksichtigen. Wie sich die Verwendung der Checklisten in der täglichen Praxis bewährt, soll durch einen Feldversuch des ÄZQ evaluiert werden, dessen Start für das kommende Jahr geplant ist.

*fle*

zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zählt dazu, dass der behandelnde Arzt einen vollständigen Überblick über die Arzneimittelhistorie des Patienten hat und notwendige Medikamente aufeinander abgestimmt sind. Wichtig sei außerdem, dass Arzneimittelhistorie, Medikationsliste und begleitender Arztbrief für den mit- oder nachbehandelnden Mediziner in standardisierter und übersichtlicher Darstellung zeitnah zur Verfügung stehen. Spürbare Verbesserungen der Kommunikation und Koordination über sektorale Schnittstellen hinweg kann prinzipiell der verstärkte Einsatz elektronischer Informationssysteme bieten. Für die Arzneimittelkommunikation wurde das zum Beispiel im Heidelberger Modellprojekt *HeiCare*<sup>®</sup> gezeigt (s. Kasten S. 18). Im Rahmen elektronischer Fallakten lassen sich aber nicht nur Arzneimittelverordnungen, sondern ebenso Befunde und sonstige therapierelevante Dokumente übermitteln bzw. abrufen. Einige grundlegende Dinge erschweren jedoch bislang die umfangreiche Nutzung dieser Möglichkeiten. „So gibt es alle möglichen Praxis- und Krankenhausinformationssysteme, die aber untereinander oft nicht kompatibel sind und dann auch gar keinen Informationsaustausch zulassen“, sagt Anja Dippmann vom ÄZQ. Darüber hinaus ist der Datenschutz ein sehr großes Thema, wie nicht zuletzt die bereits über Jahre fortgeführte Diskussion zur elektronischen Gesundheitskarte zeigt. Besonders

kritisch wird in diesem Zusammenhang der Datenschutz beim Zugriff auf zentral gespeicherte Patientenakten gesehen.

### Persönliche Kontaktaufnahme lohnt sich

Allerdings lässt sich auch unabhängig von elektronisch gestützter Gesundheitsversorgung einiges für ein besseres Schnittstellen- und Entlassungsmanagement tun. „So hilft es enorm, wenn es einen persönlichen Draht zwischen den Krankenhäusern und Praxen gibt“, betont Internist David. Sehr gute Erfahrungen hätten er und andere niedergelassene Kollegen damit gemacht, gemeinsam das Gespräch mit den Abteilungsleitern der Kliniken zu suchen, in die sie ihre Patienten einweisen. Bei regelmäßigen Treffen wird dann besprochen, was bei der Zusammenarbeit gut läuft und wo es welchen Verbesserungsbedarf gibt. Um Stationsärzten einen schnelle Kontaktaufnahme mit ihm zu ermöglichen, sorgt der Hausarzt dafür, dass alle relevanten Klinikabteilungen über seine direkten Kontaktdaten verfügen.

„Ganz sicher ist zu berücksichtigen, dass Defizite beim Entlassungsmanagement sehr oft mit der personellen Situation in den Krankenhäusern zusammenhängen und die klinischen Kollegen meist unter großem Druck stehen. Allerdings“, so Jürgen David, „erleichtert eine gute Kommunikation zwischen Klinik und Praxis nicht nur die Patientenversorgung im ambulanten Bereich. Denn wenn die Klinik etwa nach Selbsteinweisungen den Hausarzt kontaktiert und so noch wichtige Informationen über Vorgeschichte und Vorbefunde des Patienten erhält, dann kann das auch die Behandlung im Krankenhaus schnell effektiver, zeitsparender und kostengünstiger machen.“

*Verfasser:*

Dr. med. Klaus Fleck  
Medizinjournalist

## INTERVIEW

### Entlassungsplanung als Strategie – und Wettbewerbsvorteil

Interview mit Dr. med. Anne Hinrichs, Ärztliche Leiterin Prozessmanagement beim Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin

**BÄ:** Frau Dr. Hinrichs, wie wird Entlassungsmanagement an den Kliniken Ihres Unternehmens praktiziert?

Dr. Anne Hinrichs: Bereits seit 2004 betreiben wir an allen unseren Standorten Entlassungsmanagement nach einem schriftlich festgelegten Standard. Dabei ist genau definiert, welche Rollen die daran beteiligten Berufsgruppen spielen und auch, welche Dokumente dazu ausgefüllt werden müssen. In unserem Fall gehören zu den relevanten Berufsgruppen die Ärzte und Pflegekräfte der jeweiligen Klinik, der Sozialdienst, die Physiotherapie, aber auch Mitarbeiter von unseren Pflegewohnheimen und ambulanten Krankenpflegediensten.

**Wann beginnen Sie mit der Entlassungsplanung und wie oft gibt es Besprechungen dazu?**

Entlassungsplanung beginnt bei uns am Aufnahmetag. Patienten mit erhöhtem Entlassungsrisiko – also mit Hinweisen auf einen zur Therapie in der Klinik hinzukommenden poststationären Pflege- bzw. Versorgungsbedarf – werden innerhalb von 24 Stunden durch die Pflegeanname-





Foto: Vivantes

se identifiziert. Die Entlassungsplanung wird dann kontinuierlich reevaluiert. Eine Rahmenvereinbarung sieht vor, dass täglich Belegungskonferenzen bzw. die Entlassungsplanung betreffende Absprachen zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal stattfinden sollen. Wir wissen, dass das auf den meisten Stationen bzw. in den meisten Fällen auch funktioniert. Bei besonders problematischen Patienten sollte es zusätzlich vor der Entlassung zumindest noch ein gemeinsames Gespräch zwischen Patient, Angehörigen, Arzt, Pflege- und Sozialdienst geben. Manchmal kommt für die Übergabe des Patienten auch der externe Pflegedienst ins Krankenhaus.

#### Nehmen Sie Erfolgskontrollen vor?

Die allgemeine Qualität der Belegungskonferenzen bzw. des damit verbundenen Entlassungsmanagements überprüfen wir systematisch etwa alle drei Jahre durch eine Umfrage bei den beteiligten Mitarbeitern. Der für einen Patienten vorgesehene Entlassungstermin kann in unser elektronisches Krankenhausinformationssystem eingespeist werden. Momentan arbeiten wir daran, dass in

diesem System jederzeit auch ein Abgleich der Planung mit der Ist-Situation vorgenommen und etwaige Abweichungen überprüft werden können.

#### Welche Vorteile hat effektives Entlassungsmanagement für die Klinik?

Zum einen bedeutet gutes Entlassungsmanagement eine optimale Steuerung der Verweildauer und damit ein Beitrag für die Erlössicherung, zum anderen erleichtert sie das Belegungsmanagement, zum Beispiel auch für Notfälle aus der Rettungsstelle. Darüber hinaus gibt es jedoch noch viele weitere Vorteile – hinsichtlich externer und interner „Kunden“: Gutes Entlassungsmanagement sollte eine entsprechend gute Kommunikation zwischen den Stationsärzten und den Hausärzten beinhalten, und die wiederum fördert die Einweiserbindung. Zufriedene Patienten empfehlen die Klinik weiter, und unter Umständen bringt gutes Entlassungsmanagement der Klinik zusätzliche Wettbewerbsvorteile bei Selektivverträgen mit Kostenträgern. Letztlich steigt aber auch die Mitarbeiterzufriedenheit, wenn Entlassungen gut geplant und nicht ad hoc stattfinden.

**Wodurch versuchen Sie, die Schnittstellensituation zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich günstig zu beeinflussen?**

Insbesondere bei Patienten mit Nachsorgebedarf ist es unser Ziel, die weiterbetreuenden ärztlichen Kollegen, Einrichtungen und/oder Pflegedienste spätestens einen Tag vor der Entlassung ihres Patienten über diese zu informieren – in der Regel durch einen Anruf. Am Entlassungstag bekommt jeder Patient für seinen Hausarzt zumindest einen vorläufigen Arztbrief ausgehändigt, gegebenenfalls ergänzt durch einen Pflegeüberleitungsbogen. Was den Klinikaufenthalt selbst betrifft, so haben wir ein elektronisches Ärzteportal, über das niedergelassene Kollegen direkt auf die bei ihren Patienten erhobenen Befunde zugreifen können – die Einwilligung des Patienten natürlich vorausgesetzt. Das ermöglicht Niedergelassenen einen zeit- und ortsunabhängigen Zugriff auf unsere Behandlungsdokumentation wie etwa auf OP-Berichte.

#### Was sind Voraussetzungen, damit Entlassungsmanagement in der Klinik funktioniert?

Entlassungsmanagement sollte sowohl im Klinikunternehmen als auch in den Fachabteilungen als Strategie verankert sein, so dass sich der zuständige Chefarzt damit identifiziert und es bei den Visiten immer Thema ist, welcher Patient wann die Klinik wieder verlässt und ob die Voraussetzungen für seine Entlassung und poststationäre Versorgung auch wirklich erfüllt sind. Über Entlassungsmanagement nachzudenken ist ein wichtiger Bestandteil des ganzen Behandlungsprozesses und sollte deshalb für alle dafür in Frage kommenden Mitarbeiter verbindlich sein. Die bei uns gemachten Erfahrungen zeigen, dass Entlassungsmanagement dann keine graue Theorie darstellt, sondern tatsächlich auch gelebt wird und in die Routine übergeht.

Mit Dr. Anne Hinrichs sprach  
Dr. Klaus Fleck.

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](http://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](http://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
■ 14.12.2012	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei interventioneller Radiologie</b> (letztmalig 4 Stunden)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 70 €	5 P
■ 14.12.2012	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT</b> (letztmalig 4 Stunden)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 70 €	5 P
■ 07.01.-16.01.2013 (Kursteil C1) 16.01.-25.01.2013 (Kursteil C2)	<b>Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin</b>	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	<b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>	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	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik</b>	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	<b>Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung</b> 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	<b>Verkehrsmmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung</b> (weitere Informationen s. S. 13)	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 beide Kurse: 290 €	16 P
■ 08.04.-10.04.2013	<b>Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G 20 „Lärm“</b>	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

## Neu: Breaking Bad News – Aufbaukurs

Die Übermittlung schlechter Nachrichten in der Medizin gehört zu den größten Herausforderungen und Belastungen in der Interaktion zwischen Ärzten und ihren Patienten sowie deren Angehörigen. Fünf Basis-Kurse zum Überbringen schlechter Nachrichten sind seit 2010 über die Ärztekammer Berlin organisiert und erfolgreich durchgeführt worden.

Viele der damaligen Teilnehmer haben nach einer Fortsetzung bzw. Auffrischung gefragt, die wir Ihnen hiermit anbieten können. **Daher wendet sich dieser Aufbaukurs an ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die bereits einen Basis-Kurs zum „Überbringen schlechter Nachrichten“ oder einen vergleichbaren Kurs für Arzt-Patient-Kommunikation absolviert haben.**

Wünsche und Anregungen aus diesen Kursen gingen dabei in die thematische Planung und Umsetzung ein. Diese sind:

Ein Erfahrungsaustausch zur Anwendung des bisher Gelernten, die Möglichkeit zur Einreichung eigener Fälle und darstellerische Umsetzung als Angebot (s. u.), möglichst viele praktische Übungen im Rollenspiel und mit Simulations-Patienten in individueller thematischer Abstimmung mit den Teilnehmern sowie Copingstrategien für den Arzt – wie geht man mit der eigenen Belastung um?

Inhaltliche Schwerpunkte (je nach Bedarf in Abstimmung mit den Teilnehmern) können sein:

- Gespräche mit Angehörigen,
- Begleitung zum Lebensende,
- Spiritualität,
- ethnische Besonderheiten,
- pränatale Diagnostik und
- Teilnahme an wissenschaftlichen Studien.

Videoaufzeichnung und Auswertung der Arzt-Patient-Gespräche sind möglich.

**Wissenschaftliche Leitung:** Frau Dr. med. Klapp

**Termin:** Freitag 18.01.2013 – Samstag 19.01.2013

**Ort:** Ärztekammer Berlin

**Anmeldung:** Tel.: 40806-1402, E-Mail: s.zippel@aekb.de

(Die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt)

**Inhaltliches:** Dr. med. K. Werner, Abt. Fortbildung / Qualitätssicherung

Tel. 40806-1403, E-Mail: k.werner@aekb.de

290 Euro, 17 Fortbildungspunkte.

## 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

## Berliner Notdienst Kinderschutz – für wen ist er da und wie wird dort gearbeitet?

Eine „vor Ort“-Einführung in die Arbeitsweise des Berliner Notdienstes Kinderschutz

Nach Experteneinschätzung dürfte der Berliner Notdienst Kinderschutz vielen Ärztinnen und Ärzten dem Namen nach bekannt sein. Eine klare Vorstellung und unmittelbare Anschauung von dessen Aufgabenbereich und der praktischen Arbeitsweise haben sie vermutlich jedoch nicht.

Hier setzt das Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin an, das sich an Kinderärzte und Hausärzte richtet, das aber ebenso Angehörigen anderer medizinischer Fachrichtungen offen steht. Das Anliegen besteht darin, interessierte Ärztinnen und Ärzte mit dieser Schülereinrichtung des Kinderschutzes unmittelbar „vor Ort“ bekannt und vertraut zu machen. Im Weiteren zielt die gemeinsame Fachdiskussion anonymisierter Kasuistiken darauf ab, die klinisch-praktische Arbeit und die Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinander zu verschränken.

**Referent/-innen:** Beate Köhn Dipl.-Sozialpädagogin; Supervisorin / Berliner Notdienst Kinderschutz; Dr. med. Matthias Brockstedt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter / Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin

**Datum und Uhrzeit:** Mittwoch, 20. Februar 2013, 15:00 - 16:30 Uhr

**Ort:** Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin

**Anmeldung / Kontakt:** Die Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung ist kostenlos. Zur Wahrung des interaktiven Charakters ist die Teilnehmerzahl auf 20 Personen begrenzt. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich; bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktmöglichkeiten in der Ärztekammer Berlin: Telefon: 030 / 40 80 6-12 07 oder E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

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

# Denken Sie an die pflegenden Angehörigen?

## In Berlin wurden sie jetzt geehrt

Wegen der häufigen Fokussierung auf die Pflegebedürftigen werden die pflegenden Angehörigen unter Umständen auch von ihren Hausärzten nicht als behandlungsbedürftig wahrgenommen oder sogar ausgeklammert“. Stimmt das? So liest man's in der Leitlinie „Pflegerische Angehörige“, die von der DEGAM 2005 herausgegeben wurde, um solche Versäumnisse zu korrigieren. Auch 2012 noch beklagte der Leiter der Berliner „Fachstelle für pflegende Angehörige“, dass nicht nur die Öffentlichkeit, sondern selbst Ärzte die Angehörigen der pflegebedürftigen Patienten oft ignorierten – trotz ihrer teils gravierenden belastungsbedingten Gesundheitsprobleme. An dieser Stelle sei als lobenswerte Ausnahme der Berliner Gesundheitspreis 2010 „Auch Helfer brauchen Hilfe“ genannt, der von der AOK und der Ärztekammer Berlin vergeben wurde. In der ersten „Woche der pflegenden Angehörigen“ standen sie zu Recht endlich wieder einmal im Zentrum.

Der größte Pflegedienst Berlins, das sind die Angehörigen selbst“, sagte Gesundheitsminister Mario Czaja. Als Schirmherr (der ja sonst meist nur auf dem Programm-Papier steht) zeigte er außergewöhnliches Engagement, war von der Pressekonferenz über die Eröffnung bis zur Ehrung einzelner Pflegenden aktiv dabei. Der „größte Pflegedienst“ der Stadt umfasst mehr als 170.000 Personen, die in die Versorgung von Familienmitgliedern, Freunden oder Nachbarn eingebunden sind.

45.000 der rund 100.000 Berliner mit einer Pflegestufe, die zu Hause versorgt werden, vom schwerbehinderten Kind bis zum multimorbiden und dementen Hochbetagten, werden von Angehörigen allein gepflegt, und zwar ohne abzusehendes Ende. Hinzu kommen etwa 25.000 Hilfsbedürftige, die (noch) keine Pflegestufe haben. Die Pflegenden selbst sind im Durchschnitt schon fast 60, manche über 80. Viele übernehmen sich und ruinieren die eigene Gesundheit.

Bundesweit hat diese Herausforderung schon heute enorme Dimensionen. Nach der 2012 erschienenen Pflegestatistik 2009 des Statistischen Bundesamtes waren Ende 2009 2,9 Prozent der Bevölkerung pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Das

sind gut 2,3 Millionen. Wer keine Pflegestufe beantragt hat, wird nicht erfasst. Nach Schätzungen des Sozialverbandes VDK sind das noch einmal etwa zweieinhalb Millionen Menschen, über die Hälfte von ihnen demenzkrank. Sie werden fast durchweg zu Hause versorgt und sind mit all diesen Zahlen gar nicht erfasst.

68 Prozent der Pflegebedürftigen waren 75 Jahre und älter, 35 Prozent 85 und älter, 67 Prozent waren Frauen. Mehr als zwei Drittel – 69 Prozent, das sind 1,62 Millionen – wurden daheim gepflegt, etwa eine Million von ihnen von Angehörigen allein, gut eine halbe Million zusammen mit ambulanten Pflegediensten. Nur 31 Prozent wurden in Heimen versorgt. Die Tendenz zur häuslichen Pflege wächst.

### Selbst Kinder und Greise pflegen Familienmitglieder

Über die pflegenden Angehörigen sagen diese Statistiken im Einzelnen nichts, was symptomatisch ist. Bei der Eröffnung der ihnen gewidmeten Woche erfuhr man, was sie leisten: Sie pflegen pro Woche durchschnittlich 36,6 Stunden lang, viele mit Bereitschaft rund um die Uhr und mehrfach unterbrochenem Schlaf. Pflegenden Töchter sind oft selbst schon

60 oder 70 Jahre alt, pflegende Partner um die 80. Und auf ein schier unglaubliches Faktum wies die Tempelhof-Schöneberger Gesundheitsstadträtin Sibyll Klotz hin:

Etwa 225.000 Kinder und Jugendliche sind in Deutschland an der Pflege eines Familienmitglieds beteiligt oder müssen es sogar allein versorgen. Internationale Daten bestätigten sich durch die Ergebnisse einer vom Bundesforschungsministerium initiierten Studie im Department für Pflegewissenschaften der Universität Witten-Herdecke. Die Recherchen dafür waren schwierig, berichtet Projektleiterin Sabine Metzger in einem Schwerpunktheft (3/2012) der Zeitschrift „Pflegerische Angehörige“. Denn statt Hilfe zu suchen, schweigen die überforderten Kinder lieber, weil sie Angst haben, sonst aus der Familie herausgerissen und ins Heim gesteckt zu werden. Außerdem kennen sie die zahlreichen Unterstützungsmöglichkeiten gar nicht.

Kein Wunder. Wie Frank Schumann berichtete, habe selbst er trotz langer Jahre als Pflegedienstleiter „mit den Ohren geschlackert“, als er erfuhr, was es alles an Informations- und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige gibt. Die von ihm geleitete „Fachstelle Pflegerische Angehörige“ (getragen von der Diakonie und gefördert vom Gesundheitsminister) ist keine der gerade in Berlin zahlreichen Beratungsstellen, sondern soll neue Ideen und Konzepte entwickeln, die Pflegenden zur „Selbstpflege“ anregen und die Öffentlichkeit für ihre Probleme sensibilisieren.

### Endlich einmal Anerkennung

Mit der „Woche der pflegenden Angehörigen“ ist das gelungen. Sie fand sofort viele Unterstützer und Sponsoren. Und hier erfuhren die gestressten Pflegenden auch einmal die sonst meist fehlende öffentliche Anerkennung für ihre physisch und psychisch belastende Arbeit, die auch der Allgemeinheit dient. Denn Professionelle allein könnten schon jetzt und vor allem in Zukunft die immer um-

fangreicher werdenden Aufgaben nicht bewältigen und wären auch nicht bezahlbar.

Stellvertretend für alle wurden nun zehn pflegende Angehörige geehrt: mit dem „Pflegebären“, einer Anstecknadel, die im Sternbild des Kleinen Bären ein Auge zeigt. „Denn wir wollen gesehen werden“, sagte die Schmuckdesignerin Cornelia Stretz (selbst Pflegende). Der Gesundheitssenator hielt die ersten Laudationes: für eine Mutter, die ein von Geburt an hirngeschädigtes Kind pflegt und daneben die Kraft fand, einen Verein für gleich betroffene Eltern zu gründen; für eine Frau, die außer ihrer Schwiegermutter anfangs auch die Tante ihres Mannes pflegte und überdies ein preisgekröntes Wohnprojekt entwarf.

Die Gesundheitsstadträtin ehrte einen Ehemann, der seit zehn Jahren seine demenzkranke Frau versorgt und eine anrührende Dankrede hielt. („Sie ist immer noch eine tolle Frau.... Meine Liebe ist stärker als der Alzheimer....“) Auch eine Neuköllner Gruppe namens „Pflegerische Angehörige reichen sich die Hand“ erhielt die Auszeichnung. Sie lernten sich bei einer Tagespflegeeinrichtung kennen, teilen ihren Kummer, tauschen Pflegetipps und nehmen Rat und Hilfe der Professionellen gern an. Zu den weiteren Geehrten gehören eine Frau, die seit über 30 Jahren ihren bis zur Brust gelähmten und nun auch noch demenzkranken Mann versorgt, alle Hilfsmöglichkeiten nutzt und sagt: „Es hätte auch schlimmer kommen können.“ Eine andere (fast immer sind's Frauen) mit Pflegebären Geehrte sagte: „Humor ist der Knopf, den man manchmal öffnen muss, damit einem nicht der Kragen platzt.“ Und sie dankte Nachbarn und Freunden, „die einen manchmal in den Arm nehmen, wenn die Tränen locker sitzen“. Eine 88-Jährige, die ihre Jugendfreundin und Nachbarin pflegt, konnte ihre Ehrennadel nicht entgegennehmen, weil sie selbst erkrankt ist.

### Ihre vielfachen Belastungen...

Das trifft auch die Jüngeren unverhältnismäßig oft, wie die Forschung seit

mehr als zwei Jahrzehnten immer wieder nachweist, berichtete Adelheid Kuhlmei, Direktorin des Instituts für medizinische Soziologie der Charité. Pflegende sind körperlich, psychisch wie auch sozial stark belastet. Allein mit der reinen Pflege sind sie im Durchschnitt täglich drei bis sechs Stunden beschäftigt, von den Nächten zu schweigen. Sie müssen einen Rollenwechsel (z.B. von der Tochter zur „Mutter“) verkraften und durchsetzen, ihre Berufstätigkeit reduzieren oder ganz aufgeben, und eine Besserung der Lage ist nicht abzusehen. Dank ist ihnen keineswegs gewiss. Für eigene Interessen ist kein Raum. Sie verdrängen oft ihre Bedürfnisse und Gesundheitsprobleme und bitten zu selten um Unterstützung, die sie aber dringend brauchen. Dazu die Professorin: „Man muss ihnen also Mut machen, sich Hilfe zur beschaffen und sich auch selbst zu pflegen. Denn im Vergleich zur Gesamtbevölkerung haben sie auffallend mehr oder ausgeprägtere körperliche Beschwerden, konstatierte die Medizinsoziologin und Gerontologin Kuhlmei.

### ... und Krankheiten

Sie und ihr Team (Andreas Budnick, Stefan Blüher, Dagmar Dräger, Katja Kummer, Corinna Seither) haben die vorhandenen Studien dazu ausgewertet und selbst ein (vom Bundesforschungsministerium gefördertes) Projekt bearbeitet: „Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige“, worüber mehrere Publikationen vorliegen. Ziel war es, ein Assessment zu entwickeln, um Risiken und Ressourcen dieser Pflegenden zu ermitteln. Darauf wurde der individuelle Bedarf an Gesundheitsförderung abgeleitet und den Pflegenden ein Angebot gemacht. In einem selten raschen Transfer der Theorie in die Praxis konnte dieses Angebot zusammen mit einer Krankenkasse erprobt werden.

Die Ausgangslage war der Forschungsstand: Pflegende Angehörige haben einen herabgesetzten Immunstatus. Dreiviertel der pflegenden Frauen leiden an mindestens einer Krankheit: Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfälle,

Osteoporose, Schilddrüsenleiden.... 40 Prozent aller Pflegenden sind von Herz-Kreislauf-Leiden und Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparats betroffen. All dies ist auch durch Studien belegt. Sehr häufig ist allgemeine Erschöpfung, die zu psychosomatischen Beschwerden führt: Schlafstörungen, Nervosität, Kopf- und Magenschmerzen, depressive Verstimmungen.

In dem Berliner Forschungsprojekt wurden 202 pflegende Angehörige befragt, durchschnittlich 64,9 Jahre alt, 79,7 Prozent Frauen. Ihre Ressourcen erwiesen sich meist als sehr gering, die gesundheitlichen Risiken durch übermäßige Belastung als hoch. Trotz aller angegebenen physischen und psychischen Einschränkungen aber gaben 76 Prozent an, sich gesund zu fühlen; ein Paradox, das unter anderem aus der Berliner Altersstudie bekannt ist: Man vergleicht sich mit Gleichaltrigen, denen es schlechter geht und überschätzt den eigenen Gesundheitszustand. Ist dies vielleicht einer der Gründe, warum sich nur eine kleine Minderheit der Studienteilnehmer zu einem gesundheitsfördernden Kurs anmeldete?

### Was tut der Hausarzt?

Auch 44 Hausärzte wurden bei diesem Projekt befragt (über das Institut für Allgemeinmedizin der Charité). Im Unterschied zu den oben zitierten Stimmen

ANZEIGE



hatten sie durchaus die Situation der pflegenden Angehörigen im Blick, auch die Vernachlässigung der eigenen Gesundheit und die Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen. Die – ausgezeichnete – Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) nutzt leider nur jeder dritte der befragten Hausärzte.

Die Charité-Forscherinnen sind realistisch genug, das künftige Pflegepotenzial der Familien skeptisch zu sehen. Immer

noch ist von „Familien“ die Rede, während die Zahl der Ein- und Zweipersonenhaushalte ständig steigt. 2010 lebten (laut Statistischem Bundesamt) in Deutschland 11,7 Millionen Paare ohne Kinder in ihrem Haushalt und es gab 16 Millionen Ein-Personenhaushalte. Im Alter sind dies die häufigsten Haushaltsformen und für Berlin sind sie besonders typisch. Wer wird da künftig noch in den eigenen vier Wänden ohne professionelle Hilfe gepflegt werden können?

Rosemarie Stein

*Infos u. Lit.: DEGAM (Hrsg.): Pflegerische Angehörige. Leitlinie, omicron publishing, Düsseldorf 2005. – Katja Kummer et al.: Pflegerische Angehörige – (k)eine unerschöpfliche Ressource, in: Gesundheit und Sozialpolitik 5-6, 2011, S. 24-27. – Gebührenfreies Telefon der Pflegestützpunkte: 0800/59 500 50. – In den Pflegestützpunkten gibt es die sehr informationsreiche Senats-Broschüre „Was ist, wenn...? 22 Fragen zum Thema Häusliche Pflege“.*

## Wege wissenschaftlicher und politischer Biografien

### Ingeborg und Mitja Rapoport – 100 Jahre

Anlässlich des 100. Geburtstages von Prof. Dr. Ingeborg Rapoport und Prof. Dr. Mitja Rapoport fand im Oktober ein Akademischer Festakt der Charité und Leibniz-Sozietät im überfüllten großen Hörsaal der Luisenstr. 65 statt. Die Jubilarin verfolgte in geistiger Frische und hellwach ehrende Grußworte und Glückwünsche, die Haupt- und wissenschaftlichen Vorträge sowie den biografischen Film von Sissi Hüetlin und Britta Wauer.

Über Ingeborg Rapoport schrieb im Septemberheft dieser Zeitschrift schon Roland R. Wauer. Samuel Mitja Rapoport (27.11.1912-7.7.2004) steht hier im Zentrum. Die doppelte Vertreibung aus Wien/Hamburg 1937/1938 in die USA und erneut 1950 aus den vom McCarthy-Ausschuss geprägten Vereinigten Staaten zurück nach Wien, die Aufnahme der schon erfolgreichen Wissenschaftler mit sozialistischem Standpunkt in der DDR kann in Nachschlagewerken und zahlreichen Würdigungen, am farbigen in Ingeborg Rapoport

Erinnerungen selbst (Meine ersten drei Leben, Berlin 1997), nachgelesen werden. Hier gebe ich eine notgedrungen auszugswise Darstellung von Festakt und Forschung.

Der Charité-Vorstandsvorsitzende und Neurologe Karl Max Einhäupl attestierte den Ärzten, dem Biochemiker wie der Kinderärztin, Nachhaltigkeit in ihrem wissenschaftlichen und klinischen Wirken, sprach vom „Glücksfall“ für die Charité, dass beide in die DDR gehen und sich dort entfalten konnten, hob ihren Kampf gegen die Rassendiskriminierung in den USA, ihre Bereitschaft hervor, den Frieden zu verteidigen sowie in der Wissenschaft ihre Visionen umzusetzen und dabei in der Neonatologie und der Molekularen Biologie an die Grenzen der Erkenntnismöglichkeiten zu gehen.

Der Humboldt Universitäts-Präsident und Erziehungswissenschaftler Jan-Hendrik Olbertz erinnerte an die Verfolgung wegen „ihrer sozialen und politischen Haltung und ihrer jüdischen

Wurzeln“, würdigte sie wegen „ihrer Aufrichtigkeit, Fürsorglichkeit, Gründlichkeit und natürlich auch ihrer wissenschaftlichen Leistungen“ und stellte ihr politisches und wissenschaftliches Leben in die programmatischen Leitbegriffe seiner Universität: des Zukunftskonzeptes der Förderung und Entfaltung von „Persönlichkeit“, der Kultur einer Ermöglichung von „Orientierung“ und einer kooperativen Universität von „Offenheit“.

Die Biochemiker und Schüler Mitja Rapoport den ersten Vornamen Sam(uel) trug er in den zwölf Jahren der zweiten Heimat USA, Gisela Jacobasch und Eberhard Hofmann, würdigten ihn als Berlins herausragenden Biochemiker nach dem Zweiten Weltkrieg mit seinen bleibenden wissenschaftlichen Verdiensten [und 666 Publikationen]: a) der in den vierziger Jahren gemachten Entdeckung des Rapoport-Luebering-Zyklus zur Glykolyse in roten Blutkörperchen, der für Energiegewinnung und Kohlenhydratstoffwechsel der meisten Lebewesen verantwortlich ist und dessen Kenntnis Voraussetzung für die Blutkonservenlagerung war; das mündete unmittelbar in der Rettung tausender amerikanischer GIs, b) der Aufdeckung des Calcium-Mangels bei der japanischen Ekiri-Erkrankung und damit der Rettung tausender Kinder vor der le-

bensbedrohlichen Bakterienruhr, c) der Erforschung der Biochemie der Reifung von Retikulozyten zu Erythrozyten, d) eines gemeinsam mit Schülern entwickelten quantitativen Modells der Erythrozytenglykolyse, die zur Grundlage einer Kontrolltheorie des Stoffwechsels wurde.

Roland Wauer und weitere Schüler stellten das Lebenswerk der Nestorin der Neonatologie dar: Ingeborg Rapoport erhielt 1969 aufgrund ihrer Vorarbeiten den ersten Lehrstuhl des Faches in Deutschland und Europa, richtete an der Charité-Klinik ein eigenes Forschungslabor ein, beeinflusste maßgeblich die Wissenschaftsorganisation der DDR durch Koordinierung neonatologischer Forschung, als Mitbegründerin der Fachgesellschaft und im unermüdlichen Einsatz für eine flächendeckende Qualitätskontrolle, die, auch über die von ihr initiierten Berliner Symposien, zu international mit Bewunderung wahrgenommenen Ergebnissen bei der Senkung der Säuglingssterblichkeit führten.

Tom Rapoport, Harvard-Professor für Zellbiologie, führte seine und die Karrieren vieler Schüler auf zehn Lehrsätze seiner Eltern zurück: Sei streitbar! Sei ungeduldig! Kritisiere (und akzeptiere Kritik)! Man muss den Mut haben, sich zu blamieren! Sei Optimist! Sei originell! Sei neugierig! Professor werden kann jeder! Sei gütig und weise! Gib den Staffelstab weiter.

Die wissenschaftsorganisatorische Tätigkeit Ingeborg Rapoports hatte ihre Stütze in ihrem Ehemann: Zum 150- und 250-jährigen Jubiläum von Humboldt-Universität und Charité veranstaltete er 1960 ein Symposium „Arzt und Philosophie – Humanismus Erkenntnis Praxis“ mit über 50 Beiträgen und gab den Protokollband (Berlin 1961) heraus. „Wenn wir Krankheiten beseitigen, so hat dies seine Grundlage darin, dass sie zufällig, nicht notwendig sind. Dies gilt für jede einzelne Krankheit. Aber die Gesamtheit der Krankheiten ist wiederum eine Notwendigkeit.“

Mit der Leitung der Kommission Molekularbiologie des Forschungsrates war Mitja Rapoport Vorreiter von Wissen-

schaftsprognosen. Mit dem Ergebnis „Biologieprognose“ 1968 erhielten die Biowissenschaften als „prospektiv besonders revolutionierendes Gebiet“ erhöhte Priorität bei der Forschungsförderung. „Das Neue im Denken entsteht immer dort, wo zwei Denkweisen in Konflikt geraten. Das ist der wahre Grund, warum Komplexität, warum Arbeitsgruppen, warum Ideenkonferenzen, warum das alles immer Neues gebiert.“

In den Kühlungsborner Kolloquien zu „Philosophischen und ethischen Problemen der Molekularbiologie“ waren Rapoport und seine Mitveranstalter bereits in den siebziger Jahren vielen heuti-

gen Diskussionen weit voraus. An der „in der Naturwissenschaft wichtigen methodischen Trennung von Tatsachen- und Werturteil“ sei festzuhalten. Aber sie könne „überall dort und speziell im gesellschaftlichen Bereich nicht aufrechterhalten werden, wo der Mensch einen Wert, ein Ziel erreichen will. [...] Das eigentliche Ziel der Wissenschaft, dem Wohle des Menschen zu dienen, könnte dabei verloren gehen, denn die Ziele naturwissenschaftlicher Forschung und die Garantie der sinnvollen Anwendung ihrer Ergebnisse ergeben sich nicht aus der Naturwissenschaft selbst.“

Udo Schagen

ANZEIGE

# Rückschritt in der Medizinethik

## Eine geplante Vereinfachung der Pharmaforschung auf EU-Ebene sorgt in Deutschland für Widerstand

Von Harald Neuber

Fast wäre eine der kontroversesten gesundheitspolitischen Initiativen der Europäischen Kommission im Sommerloch verschwunden. Am 17. Juni, inmitten der Sommerpause, stellte die Kommission den Vorschlag für eine neue Verordnung über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln vor. Was zunächst kaum jemand mitbekam, löste wenige Wochen später unter anderem in Deutschland einen Sturm der Entrüstung aus. Vertreter mehrerer Fachgremien warfen der EU-Kommission vor, die seit Jahrzehnten geltenden Kontrollstandards in der Arzneimittelforschung aushebeln zu wollen. Inzwischen haben sich auch Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Bundestag gegen den EU-Vorstoß ausgesprochen, der Bundesrat formulierte gut ein Dutzend Kritikpunkte. Doch damit ist die Debatte um die Kontrolle klinischer Arzneimitteltests nicht beendet. Die EU-Kommission strebt eine neue Regelung erst für das Jahr 2016 an, bis dahin kann viel geschehen.

Das in der deutschen Version 115 Seiten fassende Dokument zielt nach Meinung der Kritiker auf nicht weniger als die Abschaffung der derzeitigen wissenschaftsethischen Kontrolle von Arzneimitteltests ab. Nicht nur in Deutschland müssen bislang Pharmakonzerne das Votum von Ethikkommissionen abwarten, bevor sie ihre Mittel am Probanden testen. Die Autoren des EU-Vorschlags wollen dieses Procedere beschleunigen und führen dafür in der Einleitung zum Verordnungsvorschlag alarmierende Zahlen an. So heißt es, die Zahl der klinischen Prüfungen sei zwischen 2007 und 2011 im EU-Raum um ein Viertel zurückgegangen. Zudem müssten Arzneientwickler vor Beginn einer Pharmastudie inzwischen fast doppelt so lange warten wie noch vor wenigen Jahren. Die Autoren schlagen vor, die Prüfung einer klinischen Medikamentenstudie auf zehn Tage zu beschränken. In Deutschland liegt diese Frist derzeit bei 30

Tagen für monozentrische Studien von einer Institution und 60 Tagen für Studien, die an mehreren Standorten stattfinden und den Zuständigkeitsbereich verschiedener Ethikkommissionen betreffen. Eine Fachrevision bei so genannten minimalinterventionellen klinischen Prüfungen, bei denen der Proband nach Urteil der EU-Mitarbeiter „nur einem geringfügigen zusätzlichen Risiko“ ausgesetzt ist, soll entfallen.

Dabei wurde eine solche Kontrolle nach den Erkenntnissen aus den Nürnberger Ärzteprozessen (1946-47) in der ersten Revision der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes etabliert. Das 1964 in der finnischen Hauptstadt verfasste und 1975 erstmals überarbeitete Dokument setzt bis heute medizinethische Standards und schützt Patienten vor Entgleisungen von Forschern sowie Profitinteressen der Pharmaindustrie. Seit 2005 verlangt die EU die unbedingte Berücksichtigung der Deklaration von Helsinki, die nicht nur die Beratung und Stellungnahme einer Forschungsethikkommission, sondern explizit auch deren Zustimmung vorschreibt. Der Vorstoß der EU-Kommission droht diese wegweisenden Regeln zu beseitigen.

Der entschiedene Protest deutscher Wissenschaftsvertreter und Medizinethiker findet eine Erklärung sicherlich in der nationalen deutschen Medizingeschichte. Zum anderen aber scheinen die Einwände der hiesigen Ethikkommissionen gegen die geplante Schwächung des medizinwissenschaftlichen Kontrollregimes die EU-Kommission kaum zu beeindrucken. Der aktuelle Vorschlag für eine neue Forschungsverordnung wurde seit der ersten Ankündigung im Dezember 2008 mehrfach diskutiert. Schon in der Debatte über ein Konzeptpapier 2009 übte der Arbeitskreis medizinischer Ethikkommissionen der Bundesrepublik Deutschland unmissverständliche Kritik an den EU-Verantwortlichen. Diese hatten eine ver-

meintlich hohe Zahl von 1.900 Ethikkommissionen in der EU beklagt. Doch alleine 1.065 dieser Kommissionen befinden sich in Italien, wo sie in vielen Fällen weniger als einmal jährlich in eine Prüfung involviert sind, merkte der deutsche Verband damals an.

Ein ähnlich negatives Urteil fällt der Arbeitskreis nach Publikation des Verordnungsvorschlages, der die geltende Richtlinie über klinische Prüfungen (2001/20/EG) ersetzen soll. So zweifeln die Ethikkommissionen den Zusammenhang zwischen Kontrollstandards und Rückgang von Studien an. „Bezeichnenderweise werden Zahlen für den Zeitraum 2005 bis 2006 nicht genannt, obwohl diese in diesem Kontext aussagekräftiger wären“, heißt es in einer ausführlichen Stellungnahme. Der Verband weist auch darauf hin, dass in den betreffenden Jahren Pharmastudien zusammengefasst wurden und dadurch ihre absolute Zahl abnahm. Davon sei auf den über 100 Seiten der EU-Kommission keine Rede. Es sei „bestürzend, wie mit dem Verordnungsvorschlag versucht wird, grundlegende, vom ärztlichen Ethos getragene Prinzipien der Forschung am und mit Menschen auszuhöheln“, urteilt der Bundesarbeitskreis der Ethikkommissionen. Die EU-Kommission gebe offensichtlich „primär fremdnützigen Verwertungsinteressen“ Vorrang.

Vor allem der Versuch, das System der wissenschaftlichen Ethikkommissionen auszuhebeln, provoziert Kritik. Zwar verweist Michael Jennings, einer der wissenschaftspolitischen Sprecher der EU-Kommission, darauf, dass Ethikkommissionen Erwähnung finden. Das bezieht sich jedoch auf einen Passus der Einleitung. Im Haupttext des Verordnungsvorschlags kommen die Begriffe „Ethik“ oder „Ethikkommission“ nicht mehr vor.

Bernd Mühlbauer, Direktor des Instituts für Pharmakologie am Klinikum Bremen Mitte, widerspricht vor allem dem Ansinnen, die Prüfzeit bei klinisch-pharmakologischen Tests zu verkürzen. Zwar dauere die Erprobung mitunter lange, sagt Mühlbauer, der dem Vorstand der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft angehört. „Aber es ist Unsinn, das alleine auf das Genehmigungsverfahren zu

schieben“, denn: „Ein Studienprojekt läuft in der Regel mehrere Jahre und es dauert Monate, häufig ein ganzes Jahr an inhaltlicher Vorbereitung, bevor es starten kann.“ Bisher habe ihm niemand erklären können, weshalb die derzeit geltenden 30 bzw. 60 Tage Genehmigungsfrist für mono- bzw. multizentrische Prüfungen ins Gewicht fallen sollten, so Mühlbauer weiter. Zudem hebt der Pharmakologe hervor, dass in dem Entwurf der EU-Kommission „auf die explizite Nennung einer unabhängigen Ethikkommission verzichtet und die Regelung dieser Frage in die Verantwortung der EU-Mitgliedsstaaten gegeben wird“. Angesichts der unpräzisen Formulierungen in dem EU-Papier sei zu befürchten, dass bei den nationalen Genehmigungsbehörden „irgendein Gremium für die ethische Bewertung eingerichtet wird“. Über dessen Größe, Kompetenz oder Qualifikation könnte dann jeder Staat selbst entscheiden. Auch der Leiter der Geschäftsstelle der Berliner Ethikkommission, Christian von Dewitz, bekräftigt die Bedeutung einer „auch von Standortinteressen weitgehend unabhängigen rechtlichen und medizinisch-wissenschaftlichen Prüfung“. Nach der geltenden GCP-Verordnung müssen in der EU Ethikkommissionen als „unabhängige Gremien aus im Gesundheitswesen und in nichtmedizinischen Bereichen tätigen Personen“ Arzneimittelprüfungen am Menschen zustimmen. Zugleich sei die Bewilligung durch die zuständige Bundesoberbehörde, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder das Paul-Ehrlich-Institut, notwendig.

Nach dem Verordnungsvorschlag der EU-Kommission sei davon auszugehen, dass eine dieser beiden Institutionen die Genehmigungen ohne Einvernehmen mit einer Ethikkommission erteilen könnte. Diese Behörden stünden zugleich aber als Zulassungsbehörden in einem scharfen Wettbewerb mit den übrigen Mitgliedsstaaten und der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA). „Nachdem sie der klinischen Prüfung einmal zugestimmt hat, wird eine Bundesbehörde diese Tests nur dann stoppen, wenn auch die Zulassung nicht mehr erteilt werden könnte oder eine bereits erteilte Zulassung widerrufen werden müsste“, sagte der Leiter der Geschäftsstelle der Berliner Ethikkommission. Die Schwelle, eine Genehmigung zu versagen oder eine bereits laufende klinische Prüfung zu stoppen, sei für die Genehmigungsbehörde daher sehr viel höher als für die von ihr unabhängige Ethikkommission, die vorrangig dem Schutz der Prüfungsteilnehmer verpflichtet ist. Neben der drohenden Aushebelung des bislang bestehenden doppelten Prüfsystems würden geltende Sicherheitsmaßnahmen für besonders schützenswerte Personengruppen wie Minderjährige, Menschen mit geistiger Behinderung und andere erheblich abgeschwächt. So könnten nach dem Vorschlag der EU-Kommission Minderjährige in Notfallsituationen in klinische Tests einbezogen werden, ohne dass sie davon unmittelbar Nutzen haben und ohne dass sie oder ihre gesetzlichen Vertreter zustimmen müssten. „Das heißt im Klartext, dass die Interessen, die Rechte sowie das Wohlergehen schutzbedürftiger

Personen für einen etwas schnelleren Marktzugang von Arzneimitteln hinten angestellt werden sollen“, so von Dewitz. Die Debatte ist längst im politischen Berlin angekommen. Ende September hatten Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Bundestag bereits Bedenken geäußert. Inhaltlich hatte das Gremium aber nicht über den Entwurf der neuen EU-Studienverordnung beraten. Erst wenn die EU eine Entscheidung treffe, werde man sich mit dem Papier befassen, hieß es aus dem Büro des EU-Berichterstatters der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Gesundheitsausschuss, Stephan Stracke. Allerdings sei der Ausschuss schon jetzt „von vielen Seiten auf die Bedenken angesprochen worden“. Auch der Bundesrat sieht Nachbesserungsbedarf. Die Länderkammer forderte die Bundesregierung Mitte Oktober auf, den grundrechtlich gebotenen Schutz von Probanden in dem EU-Regelwerk weiter fortzuschreiben. Dies gelte insbesondere für „ausreichende Berücksichtigung der nationalen Ethikkommissionen und bei der Einbeziehung nicht einwilligungsfähiger Patienten“. In der ersten Stellungnahme formulierte der Bundesrat insgesamt 14 Einwendungen. So solle die Bundesregierung darauf achten, dass auch bei der Ausgliederung von Studienteilen an Drittinstitutionen die strengen Regeln für klinische Prüfungen weiterhin bestehen. Die Fristen zur Kontrolle durch Ethikkommissionen und vergleichbarer Gremien müsse „zumindest verdoppelt werden“.

Verfasser:  
Harald Neuber, Freier Journalist

ANZEIGE

# Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen September bis Oktober 2012 \*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Mariam Al Zaabi	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	20.09.12
Dr. med. Dominik Bach	FA Psychiatrie und Psychotherapie	30.10.12
Juliane Barleben	FA Kinder- und Jugendmedizin	19.09.12
Dr. med. Christian Bauer	FA Neurologie	23.10.12
Tina Behrouzi	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	17.10.12
Dr. med. Katja Beier	FA Kinder- und Jugendmedizin	05.09.12
Dr. med. Skander Bouassida	FA Viszeralchirurgie	16.10.12
Lars Brosius	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	11.09.12
Dr. med. Minh Tung Cao	FA Allgemeine Chirurgie	16.10.12
Dr. med. Nico Charlier	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	24.10.12
Dr. med. Michael Czisch	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	26.09.12
Susanne Dantz	FA Allgemeinmedizin	30.10.12
Dr. med. Brixi Darius	FA Arbeitsmedizin	19.09.12
Dr. med. Julius Dengler	FA Neurochirurgie	18.10.12
Susanne Eva Dirschedl	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.10.12
Dr. med. Felicitas Dörner	FA Innere Medizin	19.09.12
Dr. med. Eike Karl Hoff	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	11.09.12
Dr. med. Jörn Dullinger	FA Neurologie	04.10.12
Dr. med. Tina Eckert	FA Augenheilkunde	26.09.12
Inas El-Shazly	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17.10.12
Kim Ewertz	FA Neurologie	11.09.12
Solveig Friedenberger	FA Psychiatrie und Psychotherapie	09.10.12
Ulrich Füchte	FA Psychiatrie und Psychotherapie	25.09.12
Ulrike Goldmann	FA Pathologie	19.09.12
Priv.-Doz. Dr. med. Jörn Gröne	FA Viszeralchirurgie	16.10.12
Atiye Aysemin Gürcaglar	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17.10.12
Corinna Haas	FA Allgemeinmedizin	30.10.12
Dr. med. Guido Heine	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	20.09.12
Dr. med. Tino Hentrich	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17.10.12
Bettina Herbstleb	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.10.12
Sebastian Herrmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	11.09.12
Marcus Höhn	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	11.09.12
Steffen Hornoff	FA Innere Medizin	26.09.12
Berrin Housein	FA Psychiatrie und Psychotherapie	25.09.12
Dr. med. Henning Hückelheim	FA Anästhesiologie	06.09.12
Michael Hülsmeier	FA Innere Medizin	26.09.12
Jens Humrich	FA Innere Medizin	10.10.12

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
André Ihlenfeld	FA Anästhesiologie	06.09.12
Dr. med. Judith Junge	FA Innere Medizin	17.10.12
Ali Samer Kassab Bachi	FA Innere Medizin	19.09.12
Dr. med. Jan Heinrich Kaufmann	FA Innere Medizin	19.09.12
Dr. med. Malte Kießler	FA Allgemeinmedizin	30.10.12
Sybille Kleinfeldt	FA Neurologie	23.10.12
Maren Kristina Knödler	FA Innere Medizin	17.10.12
Susanne Koch	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	20.09.12
Dr. med. Ruth Körner	FA Diagnostische Radiologie	10.10.12
Elena Krapp	FA Radiologie	10.10.12
Tom Kreft	FA Anästhesiologie	24.09.12
Dr. med. Susann Kreuz	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	19.09.12
Dr. med. Jan Kügler	FA Anästhesiologie	25.10.12
Dr. med. Magdalena Kuhn	FA Anästhesiologie	29.10.12
Dr. med. Heda Kvakan	FA Innere Medizin	10.10.12
Dr. med. Hans Peter Langen	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.10.12
Dr. med. Brigitte Lehmkuhl	FA Innere Medizin und Geriatrie	10.10.12
Kristina Lenz	FA Viszeralchirurgie	16.10.12
Dr. med. Marcus Lorenz	FA Innere Medizin	19.09.12
Dr. med. Susanne Luckert	FA Anästhesiologie	29.10.12
Dr. med. Anke Ludwig	FA Anästhesiologie	24.09.12
Sarah Jasmin Malak	FA Allgemeinmedizin	11.09.12
Darko Markovic	FA Neurochirurgie	18.10.12
Dr. med. Lida Massoudy	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	12.09.12
Thomas Mohr	FA Anästhesiologie	25.10.12
Dr. med. Florian Bela Werner Mutzke	FA Allgemeinmedizin	16.10.12
Dr. med. Cordula Netzer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	11.09.12
Dr. med. Ingo Ochlast	FA Allgemeinmedizin	16.10.12
Anett Okach	FA Anästhesiologie	24.09.12
Dr. med. Annika Opitz	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	10.10.12
Dr. med. Florian Ostendorf	FA Neurologie	04.10.12
Katrin Osterberg	FA Allgemeinmedizin	04.09.12
Jörg Pappe-Voß	FA Nuklearmedizin	22.10.12
Dr. med. Hanna Paul	FA Kinder- und Jugendmedizin	05.09.12
Dr. med. Jutta Pauls	FA Psychiatrie und Psychotherapie	18.09.12
Dr. med. Peter Bobbert	FA Innere Medizin	19.09.12
Dr. med. Annkathrin Pöpel	FA Psychiatrie und Psychotherapie	16.10.12
Christoph Martin Reichelt	FA Augenheilkunde	26.09.12
Eva Rempis	FA Allgemeinmedizin	23.10.12

# P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Matthias Rief	FA Radiologie	10.10.12
Dr. med. Susanne Riekenbrauck	FA Pathologie	19.09.12
Dr. med. Klaus Ulrich Rilling	FA Innere Medizin	19.09.12
Jens Rocktäschel	FA Anästhesiologie	29.10.12
Dr. med. Stephan Ruhla	FA Innere Medizin	19.09.12
Dr. med. Bettina Hedy Schaeffer	FA Psychiatrie und Psychotherapie	09.10.12
Heike Scheffner	FA Neurologie	11.09.12
Dr. med. Katrin Schiemenz	FA Innere Medizin	19.09.12
Dr. med. Anja Schirbel	FA Innere Medizin	26.09.12
Dr. med. Florian Schlagenhaut	FA Psychiatrie und Psychotherapie	30.10.12
Dr. med. Katharina Schmitt	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.10.12
Dr. med. Sabine Schröder	FA Innere Medizin	19.09.12
Anne Schröer	FA Innere Medizin	19.09.12
Carola Schulz-Rienitz	FA Innere Medizin	19.09.12
Melanie Schulze	FA Anästhesiologie	06.09.12
Hajo Schürmann	FA Anästhesiologie	06.09.12
Regine Schwahlen	FA Augenheilkunde	26.09.12
Dr. med. Peggy-Beatrice Schwarz	FA Allgemeinmedizin	30.10.12
Dr. med. Frank Siebenhaar	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	10.10.12
Dr. med. Anne Sonnenstädt	FA Allgemeinmedizin	04.09.12
Dr. med. Juliane Spieker	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.10.12
Dr. med. Vanessa Starke Meyer-Girke	FA Psychiatrie und Psychotherapie	16.10.12
Dr. med. Lars Stelter	FA Diagnostische Radiologie	25.09.12
Dr. med. Susanne Strauß	FA Kinder- und Jugendmedizin	19.09.12
Dr. med. Julia Stuttmann	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	19.09.12

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Teodora Taubert	FA Innere Medizin	19.09.12
Dr. med. Christina Thies	FA Innere Medizin	26.09.12
Dr. med. Konstanze Voigt	FA Allgemeinmedizin	23.10.12
Dr. med. Dorte vom Endt-Wozny	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	19.09.12
Dr. med. Sandra von Hippel	FA Innere Medizin	26.09.12
Dr. med. Inken-Ulrike Wagelaar	FA Kinder- und Jugendmedizin	19.09.12
Birgit Wagner	FA Orthopädie	16.10.12
Dr. med. Sven Walter	FA Diagnostische Radiologie	25.09.12
Anna Weber	FA Innere Medizin	10.10.12
Dipl.-Inform. Heike Weber	FA Innere Medizin	19.09.12
Jan-Moritz Weigeldt	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.10.12
Jana Weingart	FA Anästhesiologie	24.09.12
Dr. med. Katharina Wenzel-Seifert	FA Pharmakologie und Toxikologie	11.09.12
Dr. med. Theresa Wernecke	FA Allgemeinmedizin	23.10.12
Dr. med. Volker Westerbarkey	FA Allgemeinmedizin	16.10.12
Dr. med. Wulf Wunderlich	FA Innere Medizin	17.10.12
Dr. med. Bernd Zetzmann	FA Psychiatrie und Psychotherapie	25.09.12
Yulia Zhuk	FA Psychiatrie und Psychotherapie	30.10.12
Dr. med. Anna Magdalena Zielke	FA Radiologie	25.09.12
Stefanie Zoglauer	FA Augenheilkunde	26.09.12
Dr. med. Alexander Zowodny	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	26.09.12
Dr. med. Franziska Olga Zumbaum-Fischer	FA Psychiatrie und Psychotherapie	25.09.12

\* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert. Das Kürzel FA ist geschlechtsneutral zu verstehen, auf die Ergänzung des geschlechtsspezifischen Kürzels FÄ wurde verzichtet.

ANZEIGE

# CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

## Patienten-kontrollierte Schmerztherapie-Infusion blockiert

### Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

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

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



Eine gut 50-jährige Patientin erhielt nach einem operativen Eingriff im Aufwachraum eine PCA-Pumpe (Patient-Controlled Analgesia) zur postoperativen Schmerztherapie. Als Pumpe wurde ein mechanisch betriebenes Einwegprodukt verwendet. Diese Einwegpumpe verfügt nicht über eine Alarmfunktion. Über die Pumpe kann maximal alle 5 Minuten ein Bolus von 0,5 ml abgefordert werden. Die PCA-Pumpe war mit Piritramid befüllt, ein Bolus hatte, wie hier üblich, die Menge 1,5 mg Piritramid. Bei der üblichen Visite durch den Akutschmerzdienst am ersten postoperativen Tag klagte die Patientin über Schmerzen im OP-Bereich. Sie gab an, sich bereits mehrfach einen Bolus über die Pumpe verabreicht zu haben. Bei der Kontrolle des Geräts fiel auf, dass ein vorgeschalteter Dreiwegehahn verschlossen war. Hierdurch besteht die Gefahr, dass sich mehrere Boli des Opiates im Schlauchsystem stauen – wenn der Dreiwegehahn dann geöffnet wird, kann unbeabsichtigt eine größere Menge des Opiates verabreicht werden.

Das Problem und die Gefahr wurden bei der Schmerzvisite erkannt und behoben.

Der Patient kam nicht zu Schaden. Die Schmerztherapie wurde fortgesetzt. Das Ereignis trat erstmalig auf. Als mögliche Gründe für das Auftreten wurden die fehlende Routine im Umgang mit diesen Pumpen genannt sowie eine Unachtsamkeit im Aufwachraum. Die/der Berichtende weist darauf hin, dass PCA-Pumpen ausschließlich über einen separaten Zugang ohne vorgeschalteten Dreiwegehähne bzw. Verlängerungen verwendet werden dürfen. Das CIRS-Team des Hauses berichtete nach einem Test der Einweg-Pumpe, dass sie keinen großen Druck aufbaut und nach dem Öffnen eines vorgeschalteten Dreiwegehahnes nur wenig Infusionslösung heraustritt. Allerdings führt die Unterbrechung der Opiatgabe bei verschlossenen Dreiwegehähnen unweigerlich zu vermehrten Schmerzen, ohne dass z. B. durch einen Alarm auf das Problem hingewiesen wird.

Es erfolgte eine Vorstellung des Falls in der Stationsleitungskonferenz, in der Anästhesie-Abteilung und eine hausinterne Veröffentlichung im Newsletter sowie Personalschulungen der Mitarbeitenden.

### Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

**Regelmäßige Visiten bei laufender patienten-kontrollierter Analgesie** sind wichtige Sicherheitsbarrieren zur Identifikation von Risiken und Fehlern.

Generell muss eine **Infusion für eine patientenkontrollierte Analgesie über einen separaten intravenösen Zugang** erfolgen, dabei ist die Art der Pumpen, die verwendet werden, unwichtig. Das Schmerzmittel soll dem Patienten jederzeit – bis auf das so genannte Lock-out-Intervall – zur Verfügung stehen und auch immer in der voreingestellten Bolusgröße abgegeben werden. Darüber müssen selbstverständlich auch diejenigen informiert sein, die in der postoperativen Behandlung z. B. Antibiotika- und andere Infusionen verordnen, verabreichen und überwachen.

Sollte die beschriebene Situation dennoch auftreten: **Dreiwege-Hahn erst öffnen, nachdem der Druck aus der Infusionsleitung entlasten wurde.**

# Erich Saling: 60 Jahre im Dienst der Perinatalmedizin

Seit dem 1. September 1952, also nunmehr 60 Jahren arbeitet Professor Erich Saling, der weltweit als „Vater der Perinatalen Medizin“ geschätzt wird, ununterbrochen als Wissenschaftler und Arzt aktiv an einem Ort, der früheren Städtischen Frauenklinik Berlin-Neukölln, heute Vivantes-Klinikum. Diese Kontinuität eines ärztlichen Wirkens zum Wohle von Frauen und Kindern sucht im In- und Ausland ihresgleichen.

Von Jens H. Stupin

In seiner langen Karriere war und ist Professor Erich Saling parallel wissenschaftlich und ärztlich tätig. Unter seiner ärztlichen Verantwortung wurden in der Städtischen Frauenklinik Berlin-Neukölln, einer der renommiertesten und größten Geburtskliniken Europas, mehr als 60.000 Kinder geboren, was der Bevölkerung einer deutschen Kleinstadt entspricht. Zu Recht könnte man ihn daher auch den „Vater Neuköllns“ nennen.

Erich Saling wurde 1925 geboren. Nach seinem Medizinstudium begann er 1952 als Assistenzarzt in Berlin-Neukölln zu arbeiten. Er schloss seine Facharztweiterbildung bei Professor Bracht in Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der dortigen Städtischen Frauenklinik 1958 ab. Und er blieb dem Haus im Mariendorfer Weg treu: Auch nach seiner Habilitation und Ernennung zum außerplanmäßigen Professor der Freien Universität Berlin (FU) im Jahre 1968 und dann ab 1976 als Chefarzt der Abteilung für Geburtsmedizin und gleichzeitig als Professor und Leiter des von der FU neu eingerichteten Instituts für Perinatale Medizin bis zu seiner Emeritierung 1991.

Danach wurde von ihm und einigen seiner Weggefährten 1993 das gemeinnützige Erich Saling-Institut für Perinatale Medizin e.V. gegründet, dessen spiritus rector er noch immer ist. Das weitgehend ohne Unterstützung der öffentlichen Hand existierende und auf Spenden angewiesene Institut widmet sich vor allem der Frage der Vermeidung von Frühgeburten. Hier hat Saling, nun im „Unruhestand“ befindlich, ein entsprechendes „Frühgeburtenvermeidungsprogramm“

mit „Selbstvorsorge-Aktion“ für Schwangere über eine einfache pH-Selbstmessung in der Scheide entwickelt und ist damit immer noch, wie schon vor Jahrzehnten, Anlaufstelle für Frauen mit Risikoschwangerschaften.

Seine gemeinnützige Tätigkeit im Institut stellt die konsequente Fortsetzung des Wirkens von Professor Saling für das Ungeborene (den Feten) und das Neugeborene dar, das 1958 mit ersten Versuchen zur endotrachealen Intubation und zur Katheterisierung der Aorta des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt begann. Doch seine wichtigste Idee war es, einen möglichen Sauerstoffmangel bereits während der Geburt zu entdecken.

So führte er am 21. Juni 1960, lange vor der kontinuierlichen Überwachung durch die Kardiotokographie, die erste sogenannte Mikroblutuntersuchung am Feten (später Fetalblutanalyse, FBA, genannt), die Gewinnung eines kleinen Blutstropfens aus der Kopfhaut zur Untersuchung des Säure-Basen-Haushaltes, durch. Diese Untersuchung wird bis heute weltweit angewandt, um rechtzeitig eine Gefahrensituation des Ungeborenen zu erkennen und gegebenenfalls schnell handeln zu können.

Nach dem ersten Bericht über diese bahnbrechende Technik auf der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie im Jahre 1961, erfolgte die Publikation der genauen Vorgehensweise knapp ein Jahr später in der Zeitschrift „Archiv für Gynäkologie“. Obwohl auf deutsch in einer deutschen Fachzeitschrift erschienen, erreichte dieser

Artikel schon bald die internationale wissenschaftliche Öffentlichkeit. Und er wirkt bis heute nach, ist jedem, der ernsthaft Geburtsmedizin betreibt, ein Begriff und gilt zu recht als „citation classic“ des Institute of Scientific Information, Philadelphia.

Mit der weltweit ersten für die klinische Routine geeigneten direkten Untersuchung am Ungeborenen, der Vorverlegung der Humanmedizin in den Uterus, schrieb Saling Medizingeschichte. Sie wurde zum entscheidenden Meilenstein am Beginn einer neuen Medizin des Ungeborenen. Er hat erstmalig das Kind, neben der Mutter in den Fokus der Betrachtung gerückt, als Patient entdeckt und damit die vorgeburtliche Medizin aus dem Nichts heraus als ein eigenständiges medizinisches Gebiet etabliert.

Mit mehr als 600 wissenschaftlichen Veröffentlichungen und der Gründung der ersten Fachzeitschrift auf diesem Gebiet, des „Journal of Perinatal Medicine“, ist Erich Saling national und international einer der führenden intellektuellen Köpfe und Vordenker der Geburtsmedizin.

Seine Arbeit hat wesentlich zur Verbesserung der Schwangerenvorsorge und zu besserer Überwachung des Ungeborenen unter der Geburt und damit der Senkung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland und weltweit beigetragen. Der wachsende internationale Ruhm und die Anerkennung, die Erich Saling im Ausland gefunden hat, u.a. als erster Präsident der im Jahre 2005 gegründeten „International Academy of Perinatal Medicine“ (IAPM), haben sich positiv auf die Akzeptanz der Perinatalmedizin in Deutschland ausgewirkt und sind so längst auch nach Berlin, der „Wiege“ der Perinatalen Medizin zurückgekehrt.

Weitere Informationen:  
[www.saling-institut.de](http://www.saling-institut.de)

Verfasser:  
Dr. med. Jens H. Stupin  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Kliniken für Geburtsmedizin  
AG „Perinatale Programmierung“  
Charité-Universitätsmedizin Berlin  
E-Mail: [jens.stupin@charite.de](mailto:jens.stupin@charite.de)



# Vom Recht auf ein gesundes Kind

**Dr. med. Matthias Bloechle,**  
Irisiana-Verlag, 208 Seiten, 19,99 EUR

**K**inder sind unser Leben und der Wunsch nach Kindern ist verständlicherweise groß. Doch wie soll man in einer Situation verfahren, bei der der Kinderwunsch auf biologische Grenzen stößt? Der Gynäkologe Dr. med. Matthias Bloechle verarbeitet in dem Buch seine persönliche Erfahrung im Umgang mit potentiellen Eltern, die an einer Erbkrankheit leiden. Dass sie diese nicht auf ihre Kinder übertragen wollen, bedarf keiner Erörterung. Das Erleben der Eltern hinter einem so selbstverständlichen Wunsch wird in diesem Buch, an zentralen Stellen eingestreut, sehr gut zum Ausdruck gebracht und darf jeden nachdenklich machen, der glaubt, sich ein eigenständiges Urteil als

Nichtbetroffener erlauben zu können. Geprägt von diesem Wunsch auf ein „gesundes Kind“ werden die Möglichkeiten und Grenzen der Präimplantationsdiagnostik dargelegt. Ohne allzu sehr in medizinische Details abzuschweifen, berichtet Matthias Bloechle über sein eigenes Engagement, die Regeln der Präimplantationsdiagnostik neu zu schreiben. Beginnend mit einer Selbstanzeige bei der Staatsanwaltschaft und der Ärztekammer Berlin wegen Verstoß gegen das damals geltende Präimplantationsdiagnostikgesetz wurde eine ganze Kette kontroverser Diskussionen in Gang gesetzt, die in schöner Regelmäßigkeit durch jeweils höherinstanzliche Prozesse begleitet wurden. Matthias Bloechle, mit klarem ärztlichen Ethos, seinen Patienten zu helfen und Leid zu ersparen, bekam nicht nur Recht, sondern hat damit eine offene und kon-

troverse, im Ergebnis aber überzeugende Diskussion im Bundestag herbeigeführt. So schreibt ein Arzt Medizin- und Rechtsgeschichte in Deutschland.

Wer immer sich zu ethischen Fragen in der Medizin Gedanken macht oder in welcher Form auch immer mit Behinderungen und Erbkrankheiten zu tun hat, sei eingeladen, dieses Buch zu lesen. Die Perspektive ist individuell, ärztlich begründet, höchst Richterlich entschieden und hat ein Bundesgesetz maßgeblich geändert. Kinder kriegen soll schön und angstfrei sein, auch wenn die Wege manchmal ungewöhnlich sind.

Dr. Günther Jonitz



# Schicksal eines „Euthanasie“-Opfers

**Sigrid Falkenstein: Annas Spuren.**  
Ein Opfer der NS-„Euthanasie“.  
Unter Mitarbeit von  
Prof. Dr. Dr. Frank Schneider  
Herbig-Verlag München 2012,  
192 S., 26 Abb., 17,99 Euro

**P**sychiater haben in der Zeit des Nationalsozialismus Menschen verachtet, die ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten in ihrem Vertrauen getäuscht und belogen, die Angehörigen hingehalten, Patienten zwangssterilisiert und töten lassen und auch selbst getötet. An Patienten wurde nicht zu rechtfertigende Forschung betrieben, Forschung, die Patienten schädigte oder gar tötete...“ Als sich die deutsche

Psychiatrie 2010, nach fast einem dreiviertel Jahrhundert, öffentlich zu ihrer Verantwortung für das Geschehene bekannt hatte, sprach die Nichte einer der als „lebensunwert“ Getöteten, Sigrid Falkenstein, von einem „historischen Meilenstein“.

Nun hat sie ein Buch über ihre Tante vorgelegt, deren Schicksal, ja deren Existenz sogar von der Familie verdrängt und verschwiegen wurde. Geholfen hat ihr Frank Schneider, der 2010 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) war. Auf deren Jahreskongress hielt er die eingangs zitierte Rede. Sigrid Falkenstein hat ein sehr persönliches Erinnerungs-

buch geschrieben, bei aller sorgfältigen Recherchearbeit in den gewissenhaft nachgewiesenen Quellen. Sie redet zum Beispiel ihre wegen angeblich erblichen Schwachsinn sterilisierte

und in Grafeneck vergaste Tante in jedem Kapitel mit „Liebe Anna“ an und erzählt ihr quasi den Buchinhalt. So bekommt die „Aktion T4“, der Massenmord an etwa 300.000 psychisch Kranken und körperlich oder geistig Behinderten, ein Gesicht. Mit diesem Buch lässt sich zum Beispiel heranwachsenden Kindern medizinische Zeitgeschichte nahebringen.

R. Stein



# Pro Woche eine Dosis Medizingeschichte

**Vitalis-Medizinkalender 2013**  
 Hrsg. Harald Salfellner.  
 Vitalis-Verlag Prag 2012, 29,90 Euro

**E**in medizinhistorischer Geburtstagskalender, gute Idee! Ein sinnvolles Kollegengeschenk? Jede Woche ein, zwei Bilder und ein kurzer Text, meist biographisch. Vereinzelt sind auch Erfindungen die Jubilare, zum Beispiel 50 Jahre Computertomographie im nächsten Dezember. Hauptsächlich werden Arztpersönlichkeiten vorgestellt, aber auch ein paar Pharmazeuten und andere medizinnaher Wissenschaftler aus aller Welt. Darunter findet sich eine Leiste der Wochentage mit „Anniversarium“. Links Name und Kurzdaten des besonders Gewürdigten (der Autor fand übrigens keine einzige Frau erwähnenswert), zum Beispiel in Woche 28 Oliver Sacks. Halbrunde Geburtstage reichen auch zur Ehrung, wie etwa der 230. von Friedrich

Sertürner, der als junger Apothekergehilfe im Opium eine Substanz entdeckte, die er „Morphium“ nannte. Außerdem stehen über jedem Datumskästchen in winziger Schrift die Namen und Geburtsjahre zweier Koryphäen, die an diesem Tag geboren sind.

Der Autor ist österreichischer Hochschulmediziner, sein Verlag sitzt in Prag. Von zwei Dingen werden vielleicht nur deutsche Leser irritiert: Erstens sind die Bildquellen nicht einzeln, sondern höchst pauschal genannt. Zweitens widmet der Kalendermacher im November Eduard Pernkopf einen zwei- bis dreimal so langen Text wie allen anderen, samt einem der mit Recht berühmten Bilder aus seinem Anatomieatlas. Erwähnt ist zwar, dass der Nazi der ersten Stunde nach 1938 rasch zum Dekan und dann („Anschluss“ Österreichs) zum Rektor der Universität Wien aufstieg. Verschwiegen wird aber das Problem, nach welchen



Präparaten diese Bilder wohl entstanden sein mögen. (Wir kennen diese Diskussion ja auch aus Deutschland.) In einem Senatsprojekt der Wiener Universität wurde die Entstehungsgeschichte des anatomischen Atlas untersucht. Salfellner aber spricht von „Inquisition“, nachdem über die Causa Pernkopf doch längst Gras gewachsen sei. Und was er nicht erwähnt: Bis 1957 wurden im Wiener anatomischen Institut die Leichen hingerichteter Widerstandskämpfer aufbewahrt.

R. Stein

# Eine fesselnde Doppelbiographie

**Paul U. Unschuld: Die Ärztin und der Maler. Carl Jung-Dörfler und Hedwig Danielewicz.**  
 Cygnus-Verlag Berlin 2011. 252 S., viele Abb., 24,50 Euro

**P**aul Unschuld ist bekannt als bester Kenner der wirklichen „traditionellen chinesischen Medizin.“ (Was hierzulande so genannt wird, ist eine westliche Erfindung.) Der Charité-Professor kennt nicht nur die gedruckten chinesischen Medizinwerke im Original, er hat auch die Berliner Sammlung von 900 medizinischen Handschriften erschlossen. Was veranlasste den Medizinhistoriker und

China-Spezialisten dazu, die Doppelbiographie eines unbekanntes Malers aus Obersdorf im Siegerland und einer Berliner Ärztin zu schreiben? Ganz einfach: Unschuld stammt aus Siegen, und Bilder des Malers Jung (der sich den passenden Künstlernamen Jung-Dörfler gab) kannte er aus seinem Elternhaus.

Nach mühsamen Recherchen konnte Unschuld ein Lebensbild des vergessenen Künstlers aus vielen Mosaiksteinchen zusammensetzen. Erst als das Manuskript fertig war, fielen ihm die Lebenserinnerungen von dessen Frau Hedwig Jung-Danielewicz in die Hand, und so wurde dies die Geschichte eines

ungleichen Paares. Carl Jung (1879 – 1927) entstammte einer kinderreichen und bitterarmen katholischen Bergmannsfamilie, musste schon mit zwölf

ANZEIGE



Jahren arbeiten, zeichnete gern und gut, kam aber erst mit 29 Jahren an die Düsseldorfer Kunstakademie. Der depressiv veranlagte Mann war ein recht guter, aber rückwärtsge-

wandter Maler, der selten ausstellte oder etwas verkaufte. Hedwig Danielewicz (1880 – 1942? Für tot erklärt 1945) war Tochter eines jüdischen assimilier-

ten und atheistischen Geschäftsmanns und wurde zu einer der ersten Medizinstudentinnen und Ärztinnen Deutschlands. Carl zuliebe, den sie nach vier Jahren Bedenkzeit 1915 heiratete, konvertierte sie zum Katholizismus, der ihr (in übersteigerter Form), nach dem frühen Sarkom-Tod ihres Mannes zur Lebenshilfe wurde.

Es ist viel Exemplarisches in dieser lesenswerten Doppelbiographie zweier Unprominenter. Beispiele: Carls Kriegsnervose; Hedwigs frühe Erfahrungen mit dem Antisemitismus und mit der Ablehnung des Frauenstudiums; Konflikte mit den Museumsleuten, die oft

an kaum erfüllbare Bedingungen geknüpfte Schenkungen der (ihre Männer überschätzenden) Künstlerwitwen angeboten bekommen. Vor allem aber: Die Verfolgung jüdischer Ärzte durch die Nazis und Hedwigs Deportation ins Ghetto von Minsk, wo sie als „Engel“ in der Krankenstation gewirkt haben soll. Am erschütterndsten von allen, manchmal seitenlang zitierten Dokumenten: Der Augenzeugenbericht eines deutschen Soldaten, der den Juden unter Lebensgefahr half, wo er konnte und der den grauenhaften Massenmord in Minsk mit ansehen musste.

R. Stein

## „Digitale Demenz“? Überspizert!

**Manfred Spitzer: Digitale Demenz. Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen.**  
Droemer-Verlag München 2012. 368 S., viele Abb., 19,99 Euro

Nach „Vorsicht Bildschirm“ ist dies der zweite medienkritische Bestseller des Hirnforschers und Direktors der Ulmer Psychiatrischen Universitätsklinik Manfred Spitzer, der viel fürs große Publikum schreibt. Vielleicht hat er ja recht mit der Behauptung, digitale Medien entlasteten das Gehirn so, dass es mit der Zeit immer weniger leistungsfähig werde, und vor allem behinderten sie die Entwicklung des kindlichen Gehirns. Viele seiner Warnungen sind sicherlich wohlbegründet, zum Beispiel die, Kinder viele Stunden am Tage dem Fernseher oder dem Computer zu überlassen. Fast 20 Seiten kleingedruckte Literaturangaben (davon eine Seite

Spitzer-Publikationen) sprechen eigentlich für wissenschaftliche Fundiertheit.

Was aber bei der Lektüre ernsthaft nervt, ist erstens die Einseitigkeit – erklärlich vielleicht durch die selektive Sicht eines Psychiaters, der viele der etwa eine Viertelmillion internetabhängigen Jugendlichen behandelt hat; zweitens die eifernde Polemisierung; Leseprobe: „Wenn Sie also wirklich wollen, dass Ihr Kind in der Schule schlechtere Leistungen erbringt und sich künftig weniger um Sie als auch um seine Freunde kümmert, ..., dann schenken Sie ihm doch eine Spielkonsole. Sie leisten damit zugleich einen Beitrag zu mehr Gewalt in der realen Welt.“

Spitzer wettet vor allem gegen die (von der einschlägigen Industrie forcierte) Digitalisierung der Schulen. Denn wer keine ganzen Bücher mehr liest und sich das Wissen nicht selbst erarbeitet, der, so meint er, lerne auch den Stoff nicht mehr richtig, weil die „Verarbei-

tungstiefe“ verringert sei.

Das leuchtet ein. Aber der letzte einer Reihe von Gesundheitstipps am Ende des Buches klingt denn doch einigermaßen fundamentalistisch:

„Meiden Sie die digitalen Medien. Sie machen, wie vielfach hier gezeigt wurde, tatsächlich dick, dumm, aggressiv, einsam, krank und unglücklich.“

Immerhin weiß Spitzer, dass rigorose Verbote nicht durchzusetzen sind, und so rät er Eltern realistischerweise, bei ihren Kindern wenigstens die Dosis zu begrenzen.

R. Stein



# Trichinentempel – wachgeküsst

Lange Zeit konnte man den „Trichinentempel“ nicht von innen sehen. Jetzt aber kann man sich davon überzeugen, dass dieses Herzstück der „Königlichen Thierarzneischule“ (der weltältesten!), die Zootomie, von innen mindestens ebenso schön ist wie von außen. Den alten Veterinär-campus, heute lebenswissenschaftlicher Campus Nord der Humboldt-Universität, betritt man von der Luisenstraße aus durch ein unauffälliges Tor, auch von der Philippstraße oder der Claire Waldorff-Straße aus kann man diese Großstadtoase mit den alten Bäumen erreichen. Dort lag Dornröschen, als Aschenputtel gewandet, lange unbeachtet in tiefem Schlummer. Nun ist es wachgeküsst.

„Wachgeküsst“ heißt ein Video in der Eröffnungsausstellung, das diesen langen Kuss eindrucksvoll nachzeichnet. Magische sieben Jahre dauerte die Restaurierung dieser architektonischen Preziose, und sieben Millionen Euro kostete sie. (Das ging nur dank großzügiger Sponsoren.) Fürs Bauen brauchte Carl Gotthard Langhans (1732-1803) damals nur zwei Jahre, 1789/90. Und der beschäftigte sich da keineswegs nur mit diesem, laut Dehio, wichtigen Frühwerk des strengen Berliner Klassizismus, einem der seltenen erhaltenen Anatomischen Theater.

Der 1786 aus Schlesien nach Berlin berufene Architekt (der bald Direktor des Oberhofbauamtes wurde) baute um 1790 herum außerdem zum Beispiel: Schloss-theater und Belvedere im Schlosspark Charlottenburg, den Festsaal im Schloss Bellevue, den Turmhelm der Marienkirche (laut Dehio „in neugotischen Formen, leicht verzopft“); er vollendete das von Gontard begonnene Potsdamer Marmorpalais, und, dies vor allem: Er baute, in Anlehnung an die Akropolis-Propyläen, das Brandenburger Tor. Einer der Pferdeköpfe von Schadows Quadriga ist als Abguss in der Ausstellung zu bewundern.

Die kleine, feine Ausstellung im Bau selbst illustriert jetzt seine Geschichte einschließlich der komplizierten Sanierung und Restaurierung.

So musste die hölzerne Flachkuppel, die früheste Berliner Bohlenbinderkonstruktion, wegen des Schwamms völlig auseinandergenommen werden. Nun erstrahlt der alte Hörsaal mit seinen im Dreiviertelkreis stehenden Bänken, den Geländern und Treppchen wieder in lichtem Weiß. Noch oder wieder gut sichtbar sind sogar die mythologischen Kuppel-Grisailen – Tiere mit ihren Hirten – von Christian Bernhard Rode.

Die Anmut dieses ältesten erhaltenen Lehrgebäudes in Berlin lässt seinen martialischen Ursprung nicht ahnen. Der Auftraggeber, König Friedrich Wilhelm II., wollte eine starke Kavallerie, also gesunde Pferde, und gegen Tierseuchen wie die Rinderpest musste auch dringend etwas getan werden. Zur Sektion wurden die Tierkörper auf einem runden Hubtisch aus dem Untergeschoss in den Hörsaal heraufgewunden. An einem nagelneuen Nachbau kann man den Mechanismus bewundern.

Die Ausbildung der Tierärzte hatte (wie die der Chirurgen) lange vorwiegend handwerklichen Charakter. Erst hundert Jahre nach Gründung der Tierarzneischule, 1887, wurde sie zur Hochschule und erst 1934 der Universität einverleibt. Da war die Langhans-Zootomie trotz eines (noch nicht restaurierten) Anbaus von 1887 längst zu klein geworden, und man hatte auf dem Campus neu gebaut. In die alte Tieranatomie zog die Lebensmittelhygiene ein. Hier wurde auch geforscht, zum Beispiel klärte man die Entwicklungszyklen der Trichinen auf, daher der Nickname Trichinentempel. Die Ausstellung zeigt Objekte zum Nachweis von Trichinen nach der Kompressionsmethode. Noch bis 1992 war das Institut für Fleischhygiene und –

technologie der FU des danach leerstehenden Hauses letzter Nutzer – nach der Fusion der beiden veterinärmedizinischen Fakultäten unter dem Dach der FU.

In den alten Vitrinen ist auch ein Teil der Sammlung ganz verschiedener Hufeisen ausgestellt (es gab hier auch eine Lehrschieme), ferner Feuchtpräparate diverser Tiere. Und natürlich sieht man auch Grundrisse, Aufrisse und alte Ansichten wie eine „vue de la Zootomie“ (um 1800). Die schwierige Restaurierung ist ebenfalls anschaulich dargestellt.

Langhans befolgte die Prinzipien Vitruvs für Architektur aufs Wort: Er vereinte firmitas, utilitas und venustas – Festigkeit, Nutzbarkeit und Schönheit. Nun ist die Schöne also wachgeküsst, nachdem sie stabilisiert wurde. Und die Nutzbarkeit? Die ist groß, auch dank der Nebenräume des tieranatomischen Theaters. Das Helmholtz-Zentrum für Kulturtechnik der HU (das auch deren Sammlungen bearbeitet) will daraus ein „Wissenstheater“ machen, eine öffentliche Veranstaltungs- und Ausstellungsstätte. Der Anfang ist gelungen...

R. Stein

*Die Ausstellung und das gesamte Gebäude sind bis zum 14. April 2013 frei zugänglich, Di – Sa 14-18 Uhr. E-Mail: langhans@hu-berlin.de*



Foto Copyright: Humboldt-Universität zu Berlin/CC BY-NC-ND 3.0

# BERLINER ÄRZTE

12/2012 49. JAHRGANG

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

**Herausgeber:**

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

**Redaktion:**

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)  
Michaela Peeters, M. A.  
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)  
**Redaktionsbeirat:**  
Dr. med. Svea Keller  
Univ. Prof. Dr. Harald Mau  
Dr. med. Bernd Müller  
Dr. med. Gabriela Stempor  
Dr. med. Kilian Tegethoff  
Julian Veelken  
Dr. med. Elmar Wille  
**Anschrift der Redaktion:**  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199  
Titelbild © Sehstern unter Verwendung von  
Fotolia: yosew, contrastwerkstatt, Manuel Tennert  
Istock: Dieter Spears  
Titelthema – Fotolia: Tsiumpa, Falk, Rainer Claus  
Photocase: jala, Istock: Baris Onal

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

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

**Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:**

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

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

ISSN: 0939-5784