

BERLINER



ÄRZTE

6/2013 50. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin



Mit Vorbildlichen und freundschaftlichen Grüßen von R.M. an G. Seyfried.

Masernwelle hätte nicht sein müssen



Foto: privat

Dr. med. Ulrich Fegeler
ist niedergelassener Arzt für Kinder- und Jugendmedizin in Berlin-Spandau

Manchmal könnte man denken, die großen „Kinder“-Krankheiten mit ihren früher gefürchteten Komplikationen seien der Vergessenheit anheim gegeben, aber dann schrecken immer wieder solche Meldungen auf: 137 Masernerkrankungen in Berlin seit dem 1.1.2013 bis heute (6.5.2013). Darunter: 10 Säuglinge, 50 Kinder und Jugendliche im Alter von 1-16 Jahren und 77 Erkrankte im Alter von 17-58 Jahren. Fünf der erkrankten Säuglinge, 9 Jugendliche und 33 der Erwachsenen mussten stationär behandelt werden. Nahezu alle (bis auf 2) waren entweder nicht oder nur unzureichend geimpft (Informationen freundlicherweise von Dr. Jörg Baetzing-Feigenbaum, LaGeSo). Alle Zahlen werden sich sicher in noch nicht abzuschätzender Dynamik bis zur Drucklegung des Artikels erhöhen.

Nur, damit wir uns recht verstehen: Masern gehören zu den schweren viralen, epi- und endemisch auftretenden Infektionserkrankungen weltweit. Noch im Jahre 2000 starben nach Angabe der WHO 542.000 Menschen an Masern, im Jahr 2011 nur noch 158.000. Die WHO führt den Abfall der Letalitätssrate auf die großen Impfkampagnen weltweit zurück.

Masern beginnen nach einem kurzen unspezifischen Prodromum mit einem plötzlichen Temperaturanstieg auf teilweise über 40°C, gleichzeitig entsteht das typische Exanthem mit kranio-caudaler Ausbreitung. Der Allgemeinzustand verschlechtert sich massiv, es besteht ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl. Masern gehen fast immer mit Komplikationen vor allem im Bereich der Atemwege (Otitis media, Krupp, Bronchitis/Pneumonie) einher, aber auch mit dem Risiko einer Enzephalitis, die – wenn nicht zum Tode –

dann in der Regel zu Defektheilungen führt. Nun mag man sich über die Häufigkeit dieser Komplikation streiten (etwa 1 bis auf 1000 Infektionen), auch über die Häufigkeit der Letalverläufe: Sicher ist, dass allein die Schwere des Verlaufes mit der über lange Zeit anhaltenden Hyperpyrexie und den Atemwegskomplikationen vor allem bei Säuglingen und Erwachsenen eine besondere Gefährdung darstellt; im Erwachsenenalter vor allem, weil hier häufig schon Komorbiditäten vorliegen. Auch in der vorliegenden Berliner (Klein)Epidemie waren es bis jetzt vor allem Säuglinge und Erwachsene, die hospitalisiert werden mussten. Über das Ausmaß der Komplikationen und eventuell bleibender Schäden gibt es noch keine statistischen Daten. In diesem Zusammenhang soll das besondere Risiko von Maserninfektionen im Säuglingsalter und dem erst Jahre bis (sogar) Jahrzehnte späteren Auftreten einer subakut sklerosierenden Pan-Enzephalitis (SSPE), einer anfangs mit dem Verlust der mentalen Fähigkeiten und später auch motorischen Funktionen einhergehenden, immer zum Tode führenden entzündlichen Hirnerkrankung, nicht unerwähnt bleiben. Auch wenn diese slow-virus-infection mit Masern-Viren glücklicherweise sehr selten ist, ist sie für die Eltern der im Säuglingsalter erkrankten Kinder eine schwere Belastung.

Der größte Teil der gegenwärtigen Infektionswelle – bis auf die zwei Impfversager – hätte nicht auftreten müssen: alle Erkrankten waren entweder gar nicht oder

nur unzureichend geimpft. Die Säuglinge wurden durch infektiöse Erwachsene (die auch nicht geimpft waren) im Alter vor der ersten Masern-Impfung infiziert, die frühestens ab dem 10. Lebensmonat möglich ist. Die Erwachsenen waren entweder gar nicht oder allenfalls einmal geimpft. Ab 1991 besteht die Empfehlung zur zweimaligen Masern-Impfung, da bei nur einer Impfung immer wieder Erkrankungsdurchbrüche gesehen wurden: zunächst bis spätestens zum Schuleintritt, seit Anfang des neuen Jahrtausends nach einem deutlich kürzeren Intervall. Sie (und überhaupt die gesamte Grundimmunisierung nach StIKo) sollte spätestens mit dem 2. Geburtstag durchgeführt sein. Wären also die jetzt erkrankten Jugendlichen und zumindest ein Teil der Erwachsenen wie empfohlen zweifach immunisiert gewesen, wäre nur ein kleiner Personenkreis erkrankt und es hätten wahrscheinlich weniger Weitergaben des Erregers – insbesondere an die Säuglinge – stattgefunden.

Gegenwärtig wird seitens der StIKo für alle Personen, die ab 1970 geboren sind, empfohlen, ihren Impfstatus auf eine durchgeführte Zweitimpfung hin zu untersuchen und diese gegebenenfalls nachzuholen. Bei allen vor 1970 Geborenen entfällt diese Empfehlung, da offenbar von damals noch durchgemachten Wildvirus-erkrankungen ausgegangen wird und die dadurch erfolgte Immunisierung als lebenslanger Schutz gesehen wird. Das Beispiel des jetzt erkrankten 58-Jährigen zeigt, dass diese Auffassung Löcher hat. Ich würde der StIKo empfehlen, auch für die vor 1970 Geborenen Masernimpfungen anzuraten, wenn keine sichere Erinnerung an eine durchgemachte Infektion besteht oder nur eine Masernimpfung stattgefunden hat.

Erforschen wir Berliner Ärzte also den Immunschutz unserer Patienten gegen Masern. Und sorgen wir insbesondere als Kinder- und Jugendärzte für eine lückenlose Impfung nach StIKo. Deutschland hat eines der besten Impfschemata weltweit.



EDITORIAL.....

Masern-Welle hätte nicht sein müssen

Von Ulrich Fegeler3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

Bei Erbrechen, Durchfall und Kälteschmerz nach Fischverzehr an Ciguatera denken

Informationen des Bundesinstituts für Risikobewertung11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Delegierte beschäftigen sich mit Folgen der Kinderarmut

Bericht von der Delegiertenversammlung vom 17. April 2013
Von Sascha Rudat21

„Gute Medizin braucht Freiheit und angemessene Finanzierung!“

Von Svea Keller24

Anonyme Geburt und Babyklappe

Von Rosemarie Stein26

Hertha-Nathorff-Preis 2013: Praxisnahe Masterarbeiten

Von Sascha Rudat28



TITELTHEMA.....16

Stadt, Land, Medicus

Ärztedemografie zwischen Mangel und Überfluss

Von Adelheid Müller-Lissner

Was, wenn keiner mehr nachschaut?

Nachwuchsmangel im Öffentlichen Gesundheitsdienst
Von Michaela Peeters29

„TCM“: Mythos und Realität

Von Rosemarie Stein30

Auf dem neuesten Stand der Diskussion

Novellierung der Deklaration von Helsinki
Von Domen Podnar34

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin22

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall35

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen März/April 201332

Martin Molzahn zum 75.36

FEUILLETON.....

Musik in Brandenburg36

»Berlin, Berlin ... wo führste mir noch hin?«

Von Rosemarie Stein37

Hauptstadtkongress 2013

Schwerpunkt für Niedergelassene

Der diesjährige Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, der vom 5. bis 7. Juni im ICC-Berlin stattfindet, hat einen Schwerpunkt für niedergelassene Ärzte. Beim so genannten „Tag der Niedergelassenen“ am 5. Juni im Rahmen des Deutschen Ärzteforums laden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu einem Forum speziell für die Anliegen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten ein. Höhepunkt ist eine politische Diskussionsveranstaltung um 14 Uhr. Dann debattiert der KBV-Vorstand mit Vertretern gesellschaftlich relevanter Gruppen das Thema „Eine Frage an die Gesellschaft: Wie viel Gesundheit wollen wir uns künftig leisten?“

Ein Workshop zum Thema „Regress – Was tun? Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Praxis“ wird geleitet vom Vizepräsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Elmar Wille. Gesprächspartner ist unter anderem KV-Vorstand Burkhard Bratzke. Der Workshop findet am 5. Juni von 16.00 bis 17.30 Uhr statt. Zum Tag der Niedergelassenen erhalten Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal sowie Medizinstudenten und PJ-ler freien Eintritt.

Anmeldungen und weitere Informationen unter: www.tag-der-niedergelassenen.de

Im Rahmen des Deutschen Ärzteforums finden zwei weitere Veranstaltungen unter maßgeblicher Beteiligung der Ärztekammer Berlin statt:

Am 5. Juni von 14.00 bis 15.30 Uhr leitet Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz zusammen mit Professor Dr. Walter Schaffartzik die Veranstaltung „Patientensicherheit nach dem Patientenrechtegesetz“. Dr. Jonitz führt dabei in die „Politische Bedeutung des Themas für die Ärzteschaft“ ein. Direkt im Anschluss (16.00 bis 17.30 Uhr) leitet der Berliner Kammerpräsident zusammen mit Dr. Michael O. R. Kröher die Veranstaltung „Im Brennpunkt – Die Leadership-Rolle des Arztes“. Dabei geht es um das Thema „Ärztliche Führung“, über das BERLINER ÄRZTE ausführlich in Heft 1/2013 berichtete. Außerdem bietet die Ärztekammer Berlin dazu regelmäßig Kurse an (s. S. 14).

Weitere Informationen finden Sie unter www.hauptstadtkongress.de

Buch zur Ausstellung in der Ärztekammer Berlin

KATALOG-BESTELLUNG



BERLINER ÄRZTE BILDr. BUCH

Katalog, 128 Seiten,
Hardcover, mit Abbildungen
aller 300 Titel seit 1988

Bestellungen an:
info@sehstern.de

oder telefonisch unter:
030. 217 60 99

Einzelpreis 19,80 EUR
zuzüglich Versand

www.sehstern.de



ANZEIGE

„Wir arbeiten für Ihr Leben gern“

KBV und KVen starten mehrjährige Imagekampagne

„Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ – unter diesem Slogan haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen am 26. April ihre auf fünf Jahre angelegte Imagekampagne gestartet. Durch die großflächige angelegte Kampagne mit einem Gesamtvolumen von 15 Millionen Euro soll das Image der Ärzteschaft in der Bevölkerung nachhaltig verbessert werden.

Gleichzeitig sollen junge Ärztinnen und Ärzte für die Niederlassung geworben werden. „Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland leisten einen unersetzbar wertvollen Beitrag für die gesamte Gesellschaft. Sie engagieren sich tagtäglich im hohen Maße für ihre Patienten. Dabei werden die Rahmenbedingungen immer schwieriger“, erklärte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler bei der Vorstellung der Kampagne.

Die Vertreterversammlung der KBV hatte den Auftrag zur Durchführung der Kampagne erteilt. Dies war vor dem Hintergrund von Befragungen mit tausenden Ärzten und Psychotherapeuten geschehen. Dabei hatte sich gezeigt, dass unter der Ärzteschaft inzwischen der Eindruck weit verbreitet ist, ärztliche und psychotherapeutische Arbeit findet in Gesellschaft und Politik immer weniger Wertschätzung.

Mit der Kampagne, die ausdrücklich keine politische Ausrichtung hat, will die KBV auch ein Zeichen gegen die zunehmende Polemisierung der Krankenkassen setzen.

Den Auftakt der Kampagne bildete am 26. April ein einminütiger TV-Spot unmittelbar vor der ARD-Tagesschau, gefolgt von weiteren Fernseh-Spots. In den Spots und Anzeigen treten echte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf, die von der Kommunikationsagentur

„ressourcenmangel“ über mehrere Wochen hinweg für die Kampagne gecastet worden waren – darunter auch Berliner Kollegen. Ziel war es dabei, einen möglichst breiten Querschnitt der niedergelassenen Ärzteschaft zu zeigen. Gleiches gilt für die Großflächenplakate mit Ärzteporträts, die in rund 250 deutschen Städten aufgehängt werden.

Daneben wird es Anzeigen in Print- und Online-Medien geben.

Interessierte können sich auf der Webpräsenz der Kampagne näher informieren: www.ihre-aerzte.de.

Dort kann auch Material wie Patientenbroschüren, Poster und Aufkleber für die eigene Praxis bestellt werden.



Pro Quote Medizin – Wir bewegen die Quote

„Frauen an die Spitze in Medizin und Gesundheitswesen“, haben der Deutsche Ärztinnenbund e.V. und die Aktion „Pro Quote Medizin“ anlässlich des Equal Pay Day am 21. März gefordert. An diesem Tag wurde darauf aufmerksam gemacht, wie weit die Einkommensschere in Deutschland zwischen Männern und Frauen auseinander geht: Zur Zeit beträgt der Unterschied ganze 22 Prozent. Das heißt, dass Frauen, um das gleiche Einkommen zu erhalten, fast drei Monate auf ein Jahr gerechnet mehr als Männer arbeiten müssen.

„Auch in der Medizin verdienen Männer besser als Frauen“, sagte Dr. med. Regine Rapp-

Engels, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, mit Bezug auf Zahlen des Statistischen Bundesamtes. In der Verdienststrukturerhebung 2010 wird eine Differenz von 1.900 Euro zwischen den Arzteinkommen von Männern und Frauen verzeichnet, das sind mehr als 20 Prozent.

Und das, obwohl schon lange feststeht: Die Zukunft der Medizin ist weiblich. Mehr als 60 Prozent der Studierenden im Fach Medizin sind Frauen. In Führungspositionen in Medizin und Forschung sind sie dennoch viel zu selten. Aktuell sind nur 10 Prozent der Führungspositionen von Frauen besetzt. Daher wollen Wissenschaftlerinnen,

Medizinstudentinnen und Frauen aus den unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens die Quote.

In einem offenen Brief an über 600 Adressaten fordert die Initiative „Pro Quote Medizin“ eine Frauenquote für Führungspositionen in der Medizin. Ihre Botschaft an alle Krankenhausträger, Fachgesellschaften und Berufsverbände, an die Bundesärztekammer, an Landesärztekammern und den Bundesminister für Gesundheit, an Hartmannbund und Marburger Bund: „Wir wollen die Quote, jetzt!“ Ihr Ziel: In den nächsten fünf Jahren sollen 40 Prozent der Spitzenjobs von Frauen besetzt werden, so

der Wunsch von Initiatorinnen der Aktion, Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk von der Charité und der Sozialwissenschaftlerin und Coach Dr. Ulrike Ley. Seit dem 4. März ist die Aktion mit der Website www.pro-quote-medizin.de online.

In den nächsten Wochen wird das Netzwerk mit den Kooperationspartnerinnen und -partnern und Sponsoren noch enger werden. Eine gemeinsame „Pro Quote-Konferenz“ ist geplant und am Ende des Jahres sollen mit ausgezeichneten Best-Practice-Modellen für quotenfreundliche Krankenhäuser oder engagierte Universitäten vorbildliche Beispiele vorgegeben werden. U. Hempel

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau Seit 1. März ist Prof. Dr. Rudolf Ott Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie. Prof. Ott war zuvor Ärztlicher Leiter der Chirurgischen Klinik II am Alfred Krupp Krankenhaus Essen-Steele. Er trat die Nachfolge von Prof. Dr. Jan Michael Langrehr, der seine Chefarztstätigkeit im Martin Luther-Krankenhaus weiterführt, an.

Augenklinik Berlin-Marzahn GmbH Priv.-Doz. Dr. Christopher Wirbelauer ist seit März neuer Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Augenklinik Berlin-Marzahn. Der Facharzt für Augenheilkunde war zuletzt als Chefarzt der Klinik für Augenheilkunde, Klinikum Frankfurt (Oder) tätig. Wirbelauer trat die Nachfolge von Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ulrich Dietze an, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

HELIOS Klinikum Emil von Behring Prof. Dr. Joachim Pfannenschmidt übernahm zum 1. Mai die Leitung der Klinik für Thoraxchirurgie im HELIOS Klinikum Emil von Behring, Lungenklinik Heckeshorn. Er trat damit die Nachfolge von Prof. Dr. Dirk Kaiser an, der Ende April in den Ruhestand verabschiedet wurde. Der neue Chefarzt kommt aus der Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg, dem größten Lungenkrebszentrum Deutschlands.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199, E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

Donepezil

Malignes neuroleptisches Syndrom

Unsere Arzneimittelüberwachungsbehörde BfArM hat ein Stufenplanverfahren zu Donepezil-haltigen Arzneimitteln (Aricept®) eingeleitet: in Zukunft muss in den Fachinformationen und der Packungsbeilage auf ein mögliches Auftreten eines malignen neuroleptischen Syndroms hingewiesen werden. Dieses potentiell lebensbedrohliche Syndrom ist charakterisiert durch Hyperthermie, Muskelsteifigkeit, vegetative Instabilität, Bewusstseinsveränderungen und Erhöhung der Kreatinkinase, sowie nachfolgend Rhabdomyolyse und akutes Nierenversagen. Bereits bei Auftreten von unklarem hohem Fieber muss die Therapie mit Donepezil abgebrochen werden. Der Cholinesterasehemmer wird als Antidementivum eingesetzt und ist von umstrittener Wirksamkeit, vor allem von Kombinationen mit Antipsychotika ist abzuraten.

Quelle: Pharm. Ztg. 2013; 158 (9): 99

Neue Arzneistoffe 2012

Kritische Einschätzungen

In Gegensatz zu oft überschwänglichen Werbeaussagen über die Wirksamkeit neuer Arzneistoffe bleibt eine französische, kritische, medizinische Zeitschrift bei ihrer Einschätzung, dass seit 2008 (!) kein neuer Arzneistoff einen Preis für einen generellen größeren therapeutischen Fortschritt verdient hat. 82 neue Wirkstoffe bzw. neue Indikationen alter Wirkstoffe wurden bewertet. Boceprevir (Victrelis®) bei chronischer Hepatitis C wurde ein wirklicher Vorteil attestiert, ebenso scheinen Abirateron (Zytiga®) nach Therapieversagen anderer Arzneistoffe bei Prostatakarzinom, Telaprevir (Incivo®) bei chronischer Hepatitis C und Trastuzumab (Abraxane®) zur adjuvanten Therapie bei Brustkrebs vorteilhaft zu sein.

Nachdenklich stimmen Einschätzungen wie „nichts Neues“ für 42 und „nicht akzeptierbar“ für 15 neue Arzneistoffe oder Indikationen. In letztere Gruppe fallen u.a. Asenapin (Sycrest®) bei manischen Episoden bipolarer Störungen, Bevacizumab (Avastin®) bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom, Domperidon (Motilium®, Generika) bei gastrointestinalen Störungen, zwei Gliptine zur Therapie eines Diabetes Typ 2.

Wenn auch die Beurteilungen etwas streng erscheinen, sie sind vergleichbar mit der Nutzenbewertung des IQWiG, deutlich z.B. bei der Einschätzung von Gliptinen. Ob es bei der ersten Reaktion des Herstellers von Linagliptin (Trajenta®), das Präparat in Deutschland nicht anzubieten, bleiben wird?

Quellen: Prescr. Internat. 2013; 22 (136 und 137): 79 und 105-107

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht. Tel.: 0211/4302-2272, Fax: 0211/4302-2279, E-Mail: dr.hopf@aekno.de, Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Bei Erbrechen, Durchfall und Kälteschmerz nach Fischverzehr an Ciguatera denken

Es beginnt in der Regel mit Übelkeit, Erbrechen und Durchfall. Bei den meisten Betroffenen kommen etwas später äußerst unangenehme Missempfindungen wie Brennen, Kribbeln und Schmerzen beim Kontakt mit Kälte hinzu, die wochen- oder sogar monatelang andauern können. Treten derartige Symptome nach dem Genuss einer Fischmahlzeit auf, dann liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Ciguatera vor, eine Vergiftung mit Ciguatoxinen. Vierzehn Fälle solcher Vergiftungen nach dem Verzehr von Red Snapper-Filets wurden dem Nationalen Referenzlabor für Marine Biotoxine und der Dokumentations- und Bewertungsstelle für Vergiftungen im Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) von amtlichen Überwachungslaboren, vom Giftinformationszentrum Nord und anderen Gesundheits- und Veterinärbehörden bereits Ende 2012 gemeldet. Auslöser sind Stoffwechselprodukte von Algen, die zu den sogenannten Dinoflagellaten gehören und auf Korallenriffen subtropischer und tropischer Meeresgebiete der Karibik, des Indischen Ozeans und des Pazifiks vorkommen. Diese Algen dienen pflanzenfressenden Fischen als Nahrung. Werden diese kleinen Fische wiederum von Raubfischen gefressen, können sich die Toxine anreichern und so in die Nahrungskette des Menschen gelangen. Ciguatoxin-Vergiftungen gehören zu den häufigsten Fischvergiftungen weltweit. Sie waren bisher aber auf bestimmte Regionen der Welt begrenzt. Bedingt durch den weltweiten Handel mit tropischem und subtropischem Fisch muss auch in Deutschland mit einem vermehrten Auftreten solcher Vergiftungen gerechnet werden.

Jährlich treten nach Schätzungen weltweit zwischen 50 bis 500 Tausend Fälle von Ciguatoxinvergiftungen auf. In Deutschland waren diese Fischvergiftungen bisher nur sehr selten als Reiseerkrankungen bei Touristen bekannt, die

ihren Urlaub in tropischen und subtropischen Ländern verbrachten und dort Fischgerichte zu sich genommen hatten. Der jetzt beobachtete Ausbruch ist der erste, der auf dem Verzehr von Fisch beruht, der in Deutschland gekauft wurde. Dabei handelte es sich laut Auslobung um Filets vom Red Snapper, die von einem Deutschen Importeur über einen indischen Zwischenhändler bezogen wurden. Die betroffene Lieferung wurde sofort nach Bekanntwerden zurückgerufen.



Ob Fische Ciguatoxine enthalten oder nicht, kann der Verbraucher nicht erkennen. Belastungen mit Ciguatoxinen können nicht durch Braten oder Kochen reduziert werden. Eine Minimierung des Risikos ist folglich nur möglich, wenn aus subtropischen bzw. tropischen Gewässern nur Fisch in Verkehr gebracht wird, dessen Fanggebiete weit von Korallenriffen entfernt liegen oder wenn ganz auf den Verzehr von Raubfischen aus diesen Gewässern verzichtet wird. Auch muss die Herkunft der Fischprodukte lückenlos dokumentiert und rückverfolgbar sein.

Nach einer Vergiftung mit Ciguatoxinen treten innerhalb weniger Stunden erste Symptome wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen und Durchfall auf, die auch typisch für andere Lebensmittelinfektionen sein können. Diese Symptome werden schon bald begleitet bzw. abgelöst von den charakteristischen neurologischen Empfindungsstörungen an der Haut, wie Taubheitsgefühl an Händen und Füßen, Muskelschmerzen, körperlicher Schwäche und vor allem einer Störung des Warm-Kalt-Empfindens. Die letztgenannten Symptome können zum Teil über Wochen bis Monate anhalten. Eine spezifische Therapie gibt es bislang nicht.

Das BfR empfiehlt zur Sicherstellung der Diagnose die Konsultation eines Giftinformationszentrums.

Personalien

Rudolf Fitzner führt weiter Hartmannbund Berlin



Kammervorstandsmitglied Dr. Rudolf G. Fitzner (Allianz Berliner Ärzte) ist für vier weitere Jahre zum Vorsitzenden des Hartmannbundes Berlin wiedergewählt worden. Der an der Charité tätige Laborarzt leitet den Berliner Landesverband seit 1997. Bei den Vorstandswahlen, die im Rahmen der Landesdelegiertenversammlung stattfanden, wurden Dr. Bernhard Meyfeldt und PD Dr. Uwe Torsten zum 1. und 2. stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.

Ehrung für Reinhard Büchsel

Für „außerordentliche Verdienste um die innere Medizin“, vor allem um die Weiter- und Fortbildung, wurde der Chefarzt der Med. Klinik des DRK-Klinikums Westend und Leiter des Darmkrebszentrums mit der selten verliehenen Günther Budelmann-Medaille des Berufsverbandes Deutscher Internisten geehrt. R. St.

Information zu Mod Helmy gesucht

Der Berliner Chirurg Dr. Karsten Müller sucht für einen Artikel über den Internisten Dr. Mod Helmy weitere Informationen zu dessen Person sowie Fotos von ihm. Helmy war ein Berliner Arzt, der in der Nazi-Zeit ungeheuren Mut bewies und jüdische Verfolgte versteckte – bis zur Befreiung 1945. Gleichzeitig läuft ein Antrag, Helmy in Israel in der Holocaust-Gedenkstätte Yad Vashem zu ehren. Helmy (Jg. 1901) war bis zu seinem Tod 1982 Kassenarzt in der Kastanienallee 26 in Charlottenburg. Wer Dr. Müller weiterhelfen kann, möge ihn unter Tel. 030/434 77 82 oder per Mail unter karsten.muelder@t-online.de kontaktieren.

Arzneimittel

4. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie tagt in Berlin

Der 4. Deutsche Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie, den die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) veranstaltet, wird am 13. und 14. Juni in Berlin stattfinden. Wie Kongresspräsident Professor Daniel Grandt erklärte, ist seit dem 1. Deutschen Kongress für Patientensicherheit bei

medikamentöser Therapie im Jahre 2005 die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) zu einer festen Bezugsgröße für die Arzneimitteltherapie geworden.

Verdeutlicht werde dies durch den „Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland“ des Bundesministeriums für

International

45. Internationaler Seminarkongress in Grado/Italien

Collegium Medicinae Italo-Germanicum in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer vom 25. bis 30. August 2013

Die Veranstaltung wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit insgesamt 33 Fortbildungspunkten zertifiziert, pro Tag gibt es 6 Fortbildungspunkte.

Sonntag: 25. August 2013, 16:00 Uhr
Eröffnungsvortrag: „Wie entsteht die Lyrik?“
William Carlos Williams – Dichter und Arzt
(Prof. Dr. Reinhard Büchsel, Berlin)

Schwerpunktthemen der Seminare (26.08. – 30.08.2013):

- Angiologie (Prof. Dr. Malte Ludwig, Tutzing)
- Gastroenterologie (Prof. Dr. Reinhard Büchsel, Berlin)
- Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld-Bethel)
- Notfallmedizin – Theorie (Prof. Dr. Peter Sefrin, Würzburg)
- Sportmedizin (Prof. Dr. Herbert Löllgen, Freiburg)
- Interdisziplinäre Gespräche, Themen täglich wechselnd

Kurse (mit Zusatzgebühr):

- Balint-Gruppe (Dr. Hanna Ziegert, München)
- Notfallmedizin – Praxis (Prof. Dr. Peter Sefrin, Rainer Schmitt, Würzburg)

Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

Programmanforderung:

Bundesärztekammer, Frau Del Bove, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Tel.: 030/400 456-415, Fax: 030/400 456-429, E-Mail: cme@baek.de

Im Internet finden Sie das Programm mit dem Anmeldeformular unter www.bundesaerztekammer.de (Rubrik Termine).

Gesundheit (BMG) und aktuell durch die Berücksichtigung des Themas AMTS im Rahmenforschungsprogramm der Bundesregierung und somit auch in der damit verbundenen Ausschreibung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) zur Förderung von Studien in der Versorgungsforschung von September 2012.

Eine Bestandsaufnahme des Erreichten, ein Überblick über laufende Projekte und ein Blick in die nahe Zukunft durch Vorstellung des „Aktionsplans für Arzneimitteltherapiesicherheit

für Deutschland“ durch das BMG sind Thema des 4. Kongresses. Vor allem durch die Änderung der EU-Richtlinie zur Pharmakovigilanz wird eine spannende Diskussion zum Thema Erfassung, Bewertung und Vermeidung von Medikationsfehlern erwartet.

Der Kongress ist mit 12 Fortbildungspunkten durch die Ärztekammer Berlin zertifiziert.

Umfassende Informationen finden Sie unter: www.patientensicherheit2013.de

Kurs

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm 2013-2014 nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Wegen der hohen Nachfrage nach unserem Kurs haben wir in diesem Jahr einen zusätzlichen Kurs eingerichtet, der schon im August beginnt.

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

Wie können ärztliche Überzeugungen und organisationsrelevante Anforderungen miteinander in Einklang gebracht und die eigenen Ansprüche als Führungskraft wirkungsvoll umgesetzt werden?

Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem Punkt an: Im Mittelpunkt steht die Führungsperson selbst. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen.

Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln. In 2013 wird das Führungsseminar der

Ärztekammer Berlin bereits im vierten Jahr durchgeführt. Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz.

Bei abendlichen Kamingesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm aktuelle Fragestellungen der Führung aus ungewöhnlichen Blickwinkeln diskutiert.

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

Termine:

Modul 1

Die Praxis des Führens
Do. 22.08. – 24.08.2013

Modul 2

Führen als interaktiver Prozess
Do. 24.10. – 26.10.2013

Modul 3

- Veränderungsprozesse managen
- Gesundheitspolitischer Rahmen
- Betriebswirtschaftliche Steuerung

Do. 21.11. – 23.11.2013

Modul 4

Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts
Fr. 28.02.2014

Veranstalter:

Ärztekammer Berlin

Kursleitung:

Priv.-Doz. Dr. Peter Berchtold
Ort: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder/Berlin

Ansprechpartnerinnen:

Andresen-Langholz,
Tel.: 030 - 40806 1301
Organisation und Unterlagen

Angelika Mindel-Hennies,

Tel.: 030 - 40806 1405
Fragen zum Inhalt

E-Mail: aertzliche-fuehrung2013@aekb.de

Kurs I

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

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

Laufe eines Arztlebens auf viele Tausende. Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient/Patientin hat eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen. Die Investition in eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation ist aber nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern auch für uns Ärzte und das Team.

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

An Hand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten SimulationpatientInnen geübt und bearbeitet.

Wissenschaftliche Leitung:

Frau Dr. med. Klapp

Termin:

Freitag 16.08.2013 –
Samstag 17.08.2013

Ort:

Ärztekammer Berlin

Anmeldung:

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

Maximal 15 Teilnehmer,
290€, 17 Fortbildungspunkte.

Kurs II

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

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 Aufbau-Kurs an ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die bereits einen Basis-Kurs zum „Überbrin-

gen schlechter Nachrichten“ oder einen vergleichbaren Kurs für Arzt-Patient-Kommunikation absolviert haben. Wünsche und Anregungen aus den Basiskursen gingen dabei in die thematische Planung und Umsetzung ein, z.B. Erfahrungsaustausch zur Anwendung des bisher Gelernten, Einreichung eigener Fälle, praktische Übungen im Rollenspiel und mit Simulations-Patienten sowie Copingstrategi-

en 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 06.09.2013 –
Samstag 07.09.2013

Ort: Ärztekammer Berlin

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

Max. 15 Personen, 290€,
17 Fortbildungspunkte.

Seminar

Impfungen in der Praxis

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

Termin: Sonnabend,
30. November 2013,
9.00 - 17.30 Uhr

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

Kursgebühr:
100 € (inkl. Verpflegung),
8 Fortbildungspunkte

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

Anmeldung: Ärztekammer
Berlin (Tel.: 030-40806 1215
Fax: 030-40806 55-1399
E-Mail: fb-aag@aekb.de)

Fortbildungen

Neue Regelung zum Fortbildungspunkteübertrag

In 2006 wurde zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Ärztekammer Berlin vereinbart, dass diejenigen Berliner Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die aus einem Fortbildungszertifikatszeitraum mehr als die für die Ausstellung eines Fortbildungszertifikates der Ärztekammer Berlin vorgeschriebene Mindestanzahl von 250 Fortbildungspunkte erworben haben, grundsätzlich bis maximal 50 „überzählig“ erworbene Fortbildungspunkte in den nachfolgenden Zertifikatszeitraum übertra-

gen lassen können. Die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Ärztekammer Berlin haben Einvernehmen darüber hergestellt, diese Regelung ab 2013 außer Kraft zu setzen. Die gängige Praxis, dass eine vorfristige Zertifikatsausstellung erfolgen kann, sobald 250 Fortbildungspunkte erreicht sind, wird beibehalten. Für die fortbildungsnachweispflichtigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gemäß der Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Ver-

tragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGBV kommt damit in Berlin ab 2013 folgende Regelung bei der Punktekostenverwaltung und Ausstellung der Fortbildungszertifikate durch die Ärztekammer Berlin zur Anwendung:

Für alle Zertifikatszeiträume, die ab dem 01.07.2013 beginnen, gilt: Bei der Ausstellung eines Erst- oder Folgezertifikates erfolgt kein Übertrag von überzähligen Fortbildungspunkten in den nachfolgenden Zertifikatszeitraum.

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden- Kurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 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: 09.09. – 14.09.2013

Woche 2: 21.10. – 26.10.2013

Woche 3: 09.12. – 14.12.2013

(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.: 030-40806-1402
(Organisation), Tel.: 40806-1207 (Inhalte) oder
per E-Mail: QM-Kurs2013@aekb.de

Stadt, Land, Medicus

Zwischen Ärztemangel und hoher Arztdichte:
Die Zukunft der Versorgung in Zeiten des demografischen
Wandels ist ein weites Feld

Von Adelheid Müller-Lissner



Sagt die Susi zur Helga: „Weißt Du, dass Sabine zwei Hausärzte hat?“ „Ne, wusste ich nicht. Aber warum denn?“ „Sie hat einen alten, den lässt sie kommen, wenn sie krank ist, und einen jungen, der kommt, wenn ihr etwas fehlt.“

Ein Witz von gestern. Man merkt es schon daran, dass es Ärzte im Überfluss zugeben scheint. Zumindest in vielen ländlichen Regionen sind bekanntlich schon heute Kassensitze verwaist. „Summa summarum kann festgestellt werden, dass die deutsche Ärzteschaft überaltert und zugleich ein Nachwuchsproblem hat“, so schließt die fünfte Auflage der „Studie zur Altersstruktur und Arztszahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends“, in der Kassenzentrale Bundesvereinigung und Bundesärztekammer gemeinsam Zahlen

ermitteln und Prognosen wagen. Als alarmierend werten die Autoren um KBV-Statistiker Thomas Kopetsch vor allem, dass der altersbedingte Berufsausstieg von Vertragsärzten aus den geburtenstarken Jahrgängen in den nächsten Jahren noch ansteigen dürfte. Waren es im Jahr 2002 noch 3.800 Haus- und Fachärzte, die ihre Praxis aufgaben, so stieg deren Zahl schon im Jahr 2006 auf über 5.000. Facharzt-Versorgungsentpässe drohen nach Ansicht der KBV in den nächsten Jahren vor allem in der Augen- und Frauenheilkunde, bei Haut- und Nervenärzten. Besonders in den ländlichen Regionen der neuen Bundesländer werden aber in dramatischem Umfang Hausärzte fehlen. Waren im Jahr 1995 noch 9,2 Prozent der Vertragsärzte über 60, so stieg ihr Anteil im Jahr

2009 schon auf 19,6 Prozent. Unter 35 waren im Jahr 1993 noch mehr als ein Viertel der Ärzte in Klinik und Praxis, im Jahr 2009 nur noch 16,6 Prozent. Auch in den Krankenhäusern stieg der Altersdurchschnitt, von 38 Jahren im Jahr 1993 auf 41 Jahre im Jahr 2009.

Dem Papier zufolge werden Ärzte in den nächsten Jahren und Jahrzehnten auch dort vermehrt fehlen. Laut dem Krankenhaus-Barometer 2009 gaben 80 Prozent der Kliniken im Lande an, zeitweise in mehr oder weniger großem Umfang offene Stellen nicht besetzen zu können. Schon heute gebe es 6.000 unbesetzte Arztstellen in Kliniken, so die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). So wirkt es folgerichtig, wenn die DKG fordert, mehr Studienplätze zu schaffen und mehr Ärzte auszubilden.

Bedarfsplanung 2013



Hausärztliche Versorgung

	HAUSÄRZTE			MORBIDITÄT	
	ist	mindestens	optimal	mindestens	optimal
Mitte	256,55	139,7	186,3	139,0	185,4
Friedrichshain-Kreuzberg	189,80	105,6	140,8	96,1	128,1
Pankow	248,75	156,5	208,6	163,7	218,2
Charlottenburg-Wilmersdorf	301,10	146,1	194,8	171,5	228,6
Spandau	149,35	102,5	136,7	96,6	128,8
Steglitz-Zehlendorf	196,65	139,1	185,4	166,2	221,6
Tempelhof-Schöneberg	263,55	146,9	195,9	158,7	211,5
Neukölln	192,30	137,3	183,0	119,2	159,0
Treptow-Köpenick	141,00	113,8	151,7	101,1	134,9
Marzahn-Hellersdorf	166,80	108,2	144,3	104,5	139,3
Lichtenberg	152,25	116,3	155,0	102,9	137,2
Reinickendorf	165,00	115,4	153,8	111,6	148,8

Stand Arzt- und Einwohnerzahlen: 31.12.2012 Stand Morbidität: 1. Quartal 2012

Alle Zahlen absolut

Inzwischen werben schon Spezialvermittlungen für Aspiranten auf einen Studienplatz in Humanmedizin wie die StudiMed GmbH für ihre Vermittlungsdienste nach Rumänien, Bulgarien und Kroatien mit dem Argument: „Die Nachfrage ist groß, da es hierzulande nicht genügend Plätze gibt, obwohl die Kliniken händeringend Nachwuchs suchen.“ Angesichts der derzeit extrem geringen Arbeitslosenquote deutscher Mediziner formulieren die Autoren der Studie zu Altersstruktur und Arztlentwicklung ähnlich dramatisch: „Zur Zeit ist ein Zustand erreicht, bei dem man von ‚Überbeschäftigung‘ bei Ärzten sprechen kann.“

Import – Export: auch bei Ärzten

Und das, obwohl in jedem Jahr mehr Ärzte aus dem Ausland, vor allem aus osteuropäischen Ländern, nach Deutschland zuwandern. Im Jahr 2011 lag die Zahl der bei den Ärztekammern gemeldeten Ärzte aus dem Ausland bei stattlichen 28.355. 1000 bis 2000 neue Kollegen kommen in jedem Jahr aus dem Ausland, so berichtet die KBV. Vom „Importland“ Deutschland ist in der Studie zu Altersstruktur und Arztlentwicklung die Rede. Die Bundesrepublik ist in Sachen Ärzte jedoch zugleich „Exportland“: Fast 17.000 deutsche Mediziner arbeiten in anderen Ländern, die meisten von ihnen in der Schweiz. Im Jahr 2011 war die „Handelsbilanz“ für die Bundesrepublik nach Informationen des Deutschen Ärzteblatts negativ: 3.410 Ärzte wanderten ab, 3.039 kamen hinzu.

Um Abwanderungswillige zu halten, zugleich aber auch all jene, die der kurativen Medizin den Rücken gekehrt haben, für die stationäre und ambulante Versorgung wiederzugewinnen, werden von Krankenhäusern und KVen inzwischen einige Anstrengungen unternommen. Beispielsweise die aktuell angelaufene Image-Kampagne der KBV und der KVen mit dem Titel „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“. In Fernsehspots und auf Plakaten lernt man engagier-

niedergelassene Ärzte kennen. Auf die Frage, was damit erreicht werden soll, antwortet Angelika Prehn, Vorstandsvorsitzende der KV Berlin: „Natürlich möchten wir viele Menschen für unseren schönen Beruf gewinnen, ihn für junge Menschen attraktiv machen.“ Für die Krankenhausärzte fordert der Marburger Bund Arbeitszeitmodelle, die dem Wunsch der Ärzte nach weniger Stress Rechnung tragen. Eine Online-Befragung von über 3.000 Krankenhausärzten („MB-Monitor“) hatte Anfang des Jahres ergeben, dass drei Viertel von ihnen sich durch die Arbeitszeiten gesundheitlich beeinträchtigt fühlen. Jeder fünfte erklärte, seine Überstunden würden nicht vergütet oder durch Freizeit ausgeglichen. Von „überproportionaler Arbeitsdichte in Deutschland“ sprach MB-Vorsitzender Rudolf Henke bei der Präsentation der Ergebnisse – und forderte mehr Stellen für die Krankenhäuser. Schon seit Jahren wird ein Teufelskreis der stationären Medizin diskutiert: In „ausgeblutete“ Krankenhäuser bewirbt sich angesichts der zu erwartenden Belastung durch Nacht- und Wochenenddienste kaum einer gern.

Eine Befragung aller Vertragsärzte und Psychologischen Psychotherapeuten seitens der KBV, auf die rund 80.000 von ihnen antworteten, ergab wiederum, dass die Niedergelassenen sich um ihre sichere wirtschaftliche Situation und ihre Therapiefreiheit sorgen. „Die Kollegen wollen sichere Rahmenbedingungen, weniger Bürokratie und mehr Selbstbestimmung im ärztlichen Handeln“, so KBV-Vorstandsvorsitzender Andreas Köhler im Gespräch mit dem Deutschen Ärzteblatt.

Kliniken und KVen rühren inzwischen so eifrig wie nie zuvor die Werbetrommel, um angehenden Ärzten eine berufliche Perspektive vor allem in ländlicher Umgebung schmackhaft zu machen. Angelika Prehn macht dazu einen pragmatischen Vorschlag: „Ich denke, wir müssen beim Auswahlver-

fahren für Medizinstudenten neben dem Notendurchschnitt andere Kriterien stärker berücksichtigen. 1,0 ist nicht alles! Man könnte zum Beispiel in Aufnahmegesprächen gezielt erfragen, ob die Bewerber sich eine Tätigkeit als Landarzt vorstellen können.“ Stationärer und ambulanter Sektor präsentieren sich zum Beispiel beim Nachwuchs-Kongress des Deutschen Ärzteblatts „Operation Karriere“, der ein- bis zweimal jährlich in mehreren Städten stattfindet, unter anderem auch in Berlin. Für Niederlassungswillige organisieren die KVen Veranstaltungen, in denen sie Beratung in betriebswirtschaftlichen Belangen anbieten, darüber hinaus bieten sie konkrete Betreuung auf dem Weg in die Niederlassung.

Wird das Ärztenetz doch dichter?

Ärzte verzweifelt gesucht? Das Bild ist, zumindest im ambulanten Sektor, verwirrend. Betrachtet man Haus- und Fachärzte gemeinsam, so hat die Zahl der Mediziner, die in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind, in den letzten Jahren nämlich kontinuierlich zugenommen, von 132.895 im Jahr 2006 auf 138.472 im Jahr 2010. Selbst die Hausärztlzahlen konnten sich geringfügig steigern. Auf diese Aufwärtsbewegung, die die Erhebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ergeben, weisen vor allem die Vertreter der Hochschulen immer wieder hin. „Die Entwicklung kontinuierlich steigender Arztlzahlen ist in Deutschland ungebrochen“, so die Deutsche Hochschulmedizin e.V. in einer aktuellen Pressemitteilung. Dazu, so argumentieren die Hochschulmediziner, komme die kontinuierliche Abnahme der Bevölkerung. „In der Summe nimmt damit die Ärztl-dichte in Deutschland weiter stark zu.“

Drohender Ärztlmangel oder wachsende Ärztl-dichte? Zumindest auf den ersten Blick sind das unvereinbare Befunde. Nach Ansicht von Rüdiger Strehl, Generalsekretär des Verbandes der Universitätskliniken, liegt eine Erklärung

Von Ärzteschwemme keine Spur (BERLINER ÄRZTE 10/2001)



in einem zeitlichen Intervall, das seiner Einschätzung zufolge inzwischen hinter uns liegt: „Die Schere, die sich vor einigen Jahren aufgetan hat, ist darauf zurückzuführen, dass es einen Zeitraum von fünf bis acht Jahren gab, in dem Ärzte sich neuen Tätigkeitsfeldern außerhalb der kurativen Medizin zuwandten, vor allem in Krankenkassen, in der Wirtschaftsprüfung und auch im Bereich PR.“ Das seien Bereiche, die

zuvor nicht als Alternative zu stationärer und ambulanter Tätigkeit lockten, als Mediziner sich allenfalls in Richtung pharmazeutische Industrie von ihrem „Kerngeschäft“ verabschiedeten. Strehl geht davon aus, dass die neuen Betätigungsfelder, die durch Umstrukturierungen des Gesundheitssektors hinzukamen, inzwischen gut mit Medizinern versorgt sind. „Dieses Problem wird sich also entschärfen.“ Was er durchaus sieht,

ist aber die Herausforderung, die es heute bedeutet, genügend angehende Ärzte für ein Leben als Hausarzt auf dem Land zu begeistern. Den Studiengängen der medizinischen Fakultäten selbst, ob sie nun eher klassisch, mit dem Etikett „Reform“ oder „Modell“ einher kommen, sei dafür allerdings kein Vorwurf zu machen: „Die These, dass die Studenten zu schnell auf Hochleistungsmedizin spezialisiert würden, kann ich nicht nachvollziehen.“ Nicht das „Zuviel“, sondern das „Zuwenig“ ist in seinen Augen das Problem: Den Studierenden werde allzu selten wissenschaftliche Qualifikation und praktische Begeisterung in einem Atemzug vermittelt. Zum Beispiel für das Fach Allgemeinmedizin, nach wie vor ein Stiefkind der Hochschulmedizin: „Die medizinischen Fakultäten haben Schwierigkeiten, die Lehrstühle zu besetzen, dem Fach fehlen vielfach auch noch scharfe Konturen und wissenschaftlich ausgewiesener Nachwuchs.“

Das zweite Problemfeld sieht er in der Weiterbildung. In einem Papier vom Januar dieses Jahres definiert die Deutsche Hochschulmedizin e.V. sie als „Systemaufgabe“. Eine praktische Idee, vor allem für die Weiterbildung von Hausärzten und Kinderärzten sind Tandem-Lösungen: Der weiterbildungswillige Jungmediziner sattelt hinter einem erfahrenen Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätigen Internisten auf, begleitet ihn in seinem Alltag – und das bei angemessener Vergütung des erfahrenen Kollegen, der hier Lehrer und Mentor tätig wird. „Für die Mehrkosten müsste das System der Kassenärzte aufkommen.“

„Derzeit fördert die KV die Weiterbildung von 197 Kollegen in Berlin, die Facharzt für Allgemeinmedizin werden wollen, mit 3.500 Euro pro voller Stelle. Längst nicht alle, die hier abschließen, bleiben allerdings in der Stadt und nicht alle lassen sich dann auch wirklich nieder. Das ist für uns ein spürbarer Verlust“, so Prehn.

Mehr Studienplätze im Fach Humanmedizin in Deutschland – das ist dagegen nach Ansicht des Verbandes Deutscher Universitätsklinika nicht die Lösung. „Die 1000 neuen Absolventen landen ja nicht dort, wo sie fehlen“, gibt Strehl zu bedenken. Von der Großstadt aufs Land zu ziehen, müsse in den Lebensentwurf der Fachärztinnen und Fachärzte passen, die sich während des Studiums und der Weiterbildung meist schon sehr an die strukturellen Vorzüge des Stadtlebens gewöhnt haben.

Welche Versorgung wollen wir?

Ob Mangel oder weitere Verdichtung: Das ist zum guten Teil eine Frage der Region, eine Frage von Stadt oder Land. Folgt man dem Gesundheitswissenschaftler Norbert Schmacke vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, so reichen Kurven, die über steigende oder fallende Arztlzahlen Auskunft geben, zudem längst nicht aus. Schmacke hat im Auftrag des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherungen ein umfangreiches Gutachten erstellt, dessen Ergebnisse kürzlich in der Schriftenreihe seines Instituts veröffentlicht wurden: „Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Potenziale für eine angemessene Versorgung“. Er plädiert dafür, zunächst eine umfassende Bestandaufnahme zu machen und dabei nach Qualität statt Quantität zu fragen: Wie gut ist die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung in eng umschriebenen Regionen? Welche Bedürfnisse haben die Patienten dort wirklich? Wie sollte sich das Verhältnis zwischen „Generalisten“ und „Spezialisten“ gestalten? Was die Versorgung von Städten und Regionen mit Ärzten betrifft, so solle man damit beginnen, vorhandene Potenziale auszuschöpfen, durch gendergerechte Gestaltung der Weiterbildung, „verlässliche Weiterbildungsverbände“ und familiengerechte Arbeitsbedingungen in Kliniken und Arztpraxen, die kein „Frauenthema“ seien, weil Ärztinnen wie

Ärzte dies gleichermaßen wünschten. „Ich glaube, dass hier ein wirklicher Wechsel stattfindet“, meint Angelika Prehn dazu. „Männer nehmen mehr Elternzeit, arbeiten verstärkt in Teilzeit. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist inzwischen für beide Geschlechter ein Thema.“ Auch die Idee, Bewerber aus ländlichen und strukturschwachen Regionen bei der Zulassung zum Medizinstudium zu bevorzugen, da bei ihnen am ehesten eine innere Affinität zum Leben auf dem Land zu vermuten sei, greift Schmacke auf. Sie war zuerst im amerikanischen Bundesstaat Pennsylvania Mitte der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts entstanden. Schmackes Fazit: Die Diskussion um den Ärztemangel könne nicht sinnvoll geführt werden, ohne vermeintlich selbstverständliche Grundannahmen und den Ist-Zustand der Versorgung zu reflektieren. „Die Debatte um die Bedarfsplanung muss mit der Debatte um wünschenswerte Ziele der Versorgung und deren Erreichbarkeit verknüpft bzw. um sie ergänzt werden.“

Mangel trotz steigender Zahlen?

Abgesehen von einer solchen Debatte um die medizinische Versorgung der Zukunft, die eine gesellschaftliche und politische Aufgabe ist, und auch abgesehen von der notorischen Unsicherheit jeder Prognostik: Rein logisch ist es kein Widerspruch, trotz steigender Arztlzahlen einen Ärztemangel zu prognostizieren. Das machen die Autoren der gemeinsamen KBV- und Bundesärztekammer-Studie zu Altersstruktur und Arztlzahlentwicklung ausdrücklich klar. Sie führen im Wesentlichen drei Argumente dafür ins Feld, dass in Zukunft in Deutschland mehr kurativ tätige Mediziner gebraucht werden könnten: Da ist zunächst der vielzitierte demografische Wandel, der zwar insgesamt eher eine Abnahme der Bevölkerung, sicher aber auch deren „Alterung“ mit sich bringen wird, mitsamt der unvermeidlichen Folge erhöhter (Multi-) Morbidität. Und das vor allem, weil die

„Explosion des Machbaren“ in vielen Bereichen der Medizin zur Nachfrage nach neuen, früher nicht denkbaren Angeboten führen werde, von Reproduktionsmedizin bis zu komplizierten Herz-OPs bei Hochaltrigen. Drittens führen die Autoren den Trend zur Arbeitszeitverkürzung und Teilzeitarbeit ins Feld, der dazu führe, dass „ceteris paribus das gegebene Arbeitsvolumen auf mehrere Köpfe verteilt werden muss“. Ihr Resümee: „All diese Gründe führen dazu, dass, obwohl noch niemals so viele Ärzte in Deutschland berufstätig waren wie heute, dennoch händleringend Ärzte in großer Zahl gesucht werden.“

Die Großstädte sind dabei in einer privilegierten Situation. Neben rund 3.900 Fachärzten sind in Berlin rund 2.800 Haus- und Kinderärzte ambulant tätig. Der Bedarfsplan Berlin, der im Februar dieses Jahres der Presse vorgestellt wurde, zeigt deutlich: Die Bezirke sind mit Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten gut versorgt, einige liegen sogar deutlich über der als optimal angesehenen Anzahl. Bei der Planung darf der Zulassungsausschuss in Zukunft auch einen Altersfaktor berücksichtigen, der angibt, wie viele Kollegen in absehbarer Zeit ihren Kassensitz aufgeben werden. Neue Arztsitze darf er bevorzugt in Gebieten der Stadt besetzen, die schlechter versorgt (und meist auch weniger lukrativ) sind. „Viele ältere Kollegen werden in den nächsten Jahren aufhören, einige auch vor dem normalen Rentenalter“, stellt Angelika Prehn fest. „Wer in einen unterversorgten Bezirk geht, wird von uns deshalb ganz bewusst hofiert.“ Eines ist sicher: So weit, wie der Komiker Dieter Hallervorden das prognostizierte, wird es nicht kommen. „Die Wartezeit, die man bei Ärzten verbringt, würde in den meisten Fällen ausreichen, um selbst Medizin zu studieren“, hatte der einmal gewitzelt.

Verfasserin:

Dr. Adelheid Müller-Lissner
Medizinjournalistin

Delegierte beschäftigen sich mit Folgen der Kinderarmut

Bericht von der Delegiertenversammlung am 17. April 2013

Die Delegiertenversammlung hat sich in ihrer April-Sitzung intensiv mit den Folgen der Kinderarmut in Berlin beschäftigt. Weitere Themen waren die Vorbereitung des diesjährigen Deutschen Ärztetages und die Nachwahl von Weiterbildungsprüfern.

Von Sascha Rudat

Der Delegierte Rolf-Jürgen Kühnelt (Fraktion Gesundheit), der seit 35 Jahren als Kinder- und Jugendarzt im Wedding arbeitet, brachte den Delegierten das Thema Kinderarmut und ihre Folgen aus ärztlicher Sicht näher. Unter dem Titel „Berlin – Hauptstadt der Kinderarmut“ trug Kühnelt einige aufschreckende Daten vor. So beträgt die Kinderarmut ihm zufolge über ganz Berlin hinweg 37,4 Prozent. In den so genannten Planungsräumen der Gruppe 4 (Monitoring „Soziale Stadtentwicklung 2010“) sogar 71,3%. „Diese Zahlen geben aber die Realität nur ungenügend wieder“, erklärte Kühnelt. Nach seinen Erfahrungen würden die Kinder, die in Armut leben, mehr oder weniger allein gelassen. Die Folgen seien vielfältige gesundheitliche und entwicklungspsychologische Defizite. Der Sprachförderbedarf sei enorm. Außerdem hätten Berliner Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozialem Status zu 23,2 Prozent psychische Probleme – solche mit hohem sozialen Status dagegen nur zu 8,1 Prozent. Um diesen Problemen zu begegnen, hat

Kühnelt vor einigen Jahren zusammen mit anderen das „Büro gegen Kinderarmut“ im Wedding gegründet. Das Büro führt konkrete Unterstützungsangebote für von Armut betroffene Kinder durch und informiert über die Problematik. Kühnelt bat am Ende seines Vortrages um Unterstützung für das Büro durch die Kammer. Vizepräsident Elmar Wille (Allianz), der die Versammlung leitete, kündigte an, dass sich der Vorstand damit beschäftigen werde.

Im Anschluss stellte Henning Schaefer, Leiter der Abteilung 2 (Fortbildung/Qualitätssicherung) die Felder vor, in denen die Ärztekammer Berlin sich schon heute intensiv um das Thema Kinder- und Jugendgesundheit kümmert. Dazu gehört die Unterstützung der Landesprogramme für eine gute gesunde Kita und für eine gute gesunde Schule ebenso wie für das Migranten-Mütter-Projekt. Dieses Projekt widmet sich im Rahmen einer Ärztinnenstunde für Mütter nicht-deutscher Herkunft der interkulturellen Gesundheitserziehung und der Prävention in der Sexualerziehung. Seit 1995 unterstützt die Ärztekammer Berlin außerdem maßgeblich den jährlich stattfindenden Kongress Armut und Gesundheit, bei dem das Thema Kinderarmut und die Folgen für die Gesundheit und Entwicklung immer wieder eine wichtige Rolle spielen. Darüber hinaus ist die Ärztekammer Berlin durch ihren Präsidenten Günther Jonitz in der Landesgesundheitskonferenz vertreten, wo der Fokus auf der gesundheitlichen Lage der Berliner Bevölkerung liegt. In themenbezogenen Arbeitsgruppen werden detaillierte Aktivitäten für einzelne Bereiche erarbeitet, wie Schaefer weiter ausführte.



Die Beratungen der Delegierten über die Tagesordnung des nächsten Deutschen Ärztetages in Hannover fokussierten sich schnell auf das Thema Novelle der Musterweiterbildungsordnung. Matthias David (Marburger Bund) zeigte sich erstaunt darüber, dass es eine komplette Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnung geben soll. Dietrich Bodenstein (Allianz), Vorsitzender des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses, erklärte, dass es vor dem Ärztetag noch Informationen von Seiten der Bundesärztekammer über den weiteren Zeitplan der Novelle geben werde. Auf dem diesjährigen Ärztetag sei aber nicht mit einer Verabschiedung zu rechnen. Klaus Thierse (Marburger Bund) ergänzte, dass die Fachgesellschaften noch bis zum 30. April Gelegenheit zur Stellungnahme hätten. „Das Problem, das ich sehe ist, dass die Fachgesellschaften jetzt aufgeschreckt sind. Es wird deshalb auf dem Ärztetag zahlreiche Anträge geben, zu denen die Delegierten keine Informationen haben. Ich warne deshalb davor, über zu viel abzustimmen.“ Vizepräsident Wille ergänzte, dass der Zeitplan sehr eng gefasst sei: „Das ganze Verfahren ist nicht sehr demokratiefreundlich.“

Demokratisch eindeutig wurde im Anschluss die Nachwahl der Weiterbildungsprüfer durchgeführt. Das Votum der Delegierten für die Prüferliste fiel einstimmig aus. srd

Weitere Informationen zum Büro gegen Kinderarmut unter:
www.buero-gegen-kinderarmut.de

Die nächste Delegiertenversammlung findet am **12. Juni 2013**, 20 Uhr im Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin statt.

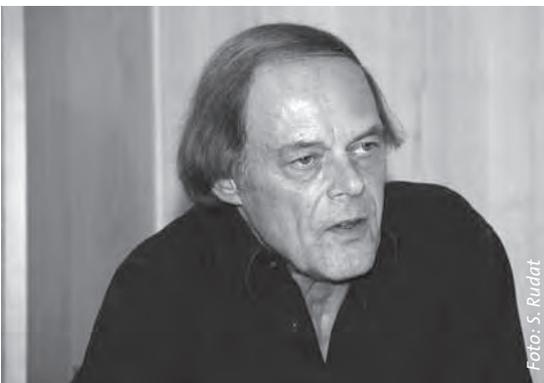


Foto: S. Rudat

Dr. med. Rolf-Jürgen Kühnelt engagiert sich im Wedding gegen Kinderarmut.

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Einen vollständigen Überblick über unsere Veranstaltungen erhalten Sie auf unserer Homepage www.aerztekammer-berlin.de ▶ **Ärzte** ▶ **Fortbildung** ▶ **Fortbildungsgen der ÄKB**. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die von der ÄKB zertifiziert wurden und Fortbildungspunkte erhalten haben,

können im **Online-Fortbildungskalender** unter www.aerztekammer-berlin.de ▶ **Ärzte** ▶ **Fortbildung** ▶ **Fortbildungskalender** recherchiert werden. Der Fortbildungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachgebieten oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen in Berlin als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 19.06.2013 (Beginn jeweils 16:00 Uhr)	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz Die geprüften 12 Fachgebiete bitte bei Frau Zippel erfragen (siehe Spalte Information / Gebühr)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Wissenskontrolle kostenfrei	
■ 16.08.-17.08.2013	Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen Breaking Bad News – Basiskurs (weitere Informationen s. S. xxx)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P
■ 22.08.-24.08.2013 (Modul 1) 24.10.-26.10.2013 (Modul 2) 21.11.-23.11.2013 (Modul 3) 28.02.2014 (Modul 4)	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm (weitere Informationen s. S. xxx)	Module 2-4: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: 40806 -1405 / -1301 E-Mail: aertzliche-fuehrung2013@aekb.de	80 P
■ 06.09.-07.09.2013	Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen Neu: Breaking Bad News – Aufbaukurs (weitere Informationen s. S. xxx)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P
■ 02.09.-11.09.2013 (Kursteil A1) 11.09.-20.09.2013 (Kursteil A2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs A: 990 € Kursteile A1, A2: 495 €	60 P pro Kursteil
■ 09.09. – 14.09.2013 21.10. – 26.10.2013 09.12. – 14.12.2013	Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.) nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S. xxx)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 Anmeldung: Tel.: 40806-1402 E-Mail: QM-Kurs2013@aekb.de	150 P
■ 18.10.-19.10.2013	Qualifikation als Transfusionsverantwortlicher /-beauftragter gemäß Curriculum der BÄK (16-Stunden Kurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de, Tel: 030/80681-126 Teilnehmergebühr: 150 €	8 P / Tag
■ 26.10.2013	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
■ 04.11.-13.11.2013 (Kursteil B1) 13.11.-22.11.2013 (Kursteil B2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs B: 990 € Kursteile B1, B2: 495 €	60 P pro Kursteil

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

„Burnout“ in den Gesundheitsberufen – Erkennen, vorbeugen, helfen

Das Phänomen „Burnout“ erweist sich anhaltend als ein Thema mit großer Popularität. Gleichwohl steht die Selbstverständlichkeit, mit der der Begriff „Burnout“ verwendet wird, in einem Kontrast zum wissenschaftlichen Kenntnisstand. Bisher gibt es keinen Konsens, was unter „Burnout“ überhaupt zu verstehen ist. Weder die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) noch das Diagnostische und Statistische Handbuch psychischer Störungen (DSM-IV) beinhaltet „Burnout“ als eigenständiges Krankheitsbild. Dennoch wird die Diagnose anhand bestimmter Symptome gestellt und behandelt, oft auch unter anderem Namen, z.B. Depression. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde empfiehlt in einem eigens verfassten Positionspapier, derzeit von einer Verwendung des Begriffs „Burnout“ als Diagnose und Grundlage für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Berentungen abzusehen. Stattdessen wird empfohlen, vorerst auf die allgemein akzeptierten und besser definierten Kategorien der ICD-10 beziehungsweise des DSM-IV zurückzugreifen. Mit Blick auf die Herausforderungen der modernen Arbeitswelt erscheint Wachsamkeit in Bezug auf Erkrankungsrisiken gleichwohl naheliegend. Die Ärztekammer Berlin und die Apothekerkammer Berlin möchten die im Jahr 2012 aufgenommene kritisch-konstruktive Auseinandersetzung mit der Thematik fortsetzen. Die Veranstaltung wird beleuchten, welche psychischen Störungen sich hinter der plakativen Diagnose „Burnout“ verbergen und neben differenzialdiagnostischen Aspekten differenzialtherapeutische Ansätze skizzieren. Darüber hinaus werden präventive Verhaltenstechniken dargestellt, die zum Schutz vor Erschöpfungssphänomenen anwendbar sind.

Referent: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden, Rehasentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung und Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Moderator: Dr. med. Matthias Brockstedt / Vorsitzender der Kommission Arzt/Apotheker der Ärztekammer Berlin

Termin: 12.06.2013, 19:30 – 21:15 Uhr

Ort: BITTE BEACHTEN

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

Anerkannt mit 2 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Patentsicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche beitragenden Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden?

Gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit bietet die Ärztekammer Berlin dieses Seminar an. Dessen Ziel ist es, ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln.

Die theoretischen Grundlagen werden in Kurzvorträgen dargestellt. Über Fallbeispiele wird das relevante Wissen konkretisiert und in praktischen Übungen zur Fallanalyse vertieft. Konzepte der Fehlerentstehung, Sicherheitskultur und Systemanalyse werden praxisnah diskutiert.

Das Intensivseminar richtet sich an Angehörige aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen und ist spezifisch auf den Krankenhausbereich ausgerichtet.

Termin: Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: zwischen 15.08.-19.09.2013

Präsenzseminare: 20.-21.09.2013 und 25.-26.10.2013

(jeweils Freitag 12-18 Uhr und Samstag 9-14 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt.

Anmeldung erforderlich: Ärztekammer Berlin, Tel. 40806-1206, Dörte Bünning
E-Mail: d.buenning@aekb.de

Teilnehmergebühr: 550 EUR, 37 Fortbildungspunkte

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

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

Der *Berliner Notdienst Kinderschutz* dürfte 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. Interessierte Ärztinnen und Ärzte werden mit dieser Schülereinrichtung des Kinderschutzes unmittelbar „vor Ort“ bekannt gemacht. 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/-in: 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, 12. Juni 2013; 15:00 - 16:30 Uhr

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

Anmeldung / Kontakt: Die Teilnahme ist kostenlos. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich; **Anmeldung per Telefon:** 030 / 40806-12 07 oder per E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

Qualifikation Hygienebeauftragter Arzt / Krankenhaushygieniker

Das neugefasste Infektionsschutzgesetz fordert, dass Inhalt der Hygiene-Verordnungen der Bundesländer u.a. die Sicherstellung geeigneter personeller Voraussetzungen und Qualifikationsanforderungen im Bereich Hygiene in medizinischen Einrichtungen sein sollen. Die Ärztekammern Berlin, Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt bieten die Qualifikationsmaßnahmen **Hygienebeauftragter Arzt/Krankenhaushygieniker** gemäß der *Strukturierten curricularen Fortbildung „Krankenhaushygiene“* der Bundesärztekammer (6 Module, 200 h) im Rahmen eines Verbundsystems an. Teilnehmer, die das Modul I des Curriculums durchlaufen, erwerben die Qualifikation eines **Hygienebeauftragten Arztes**. Die Teilnehmer, die die Qualifikation **Krankenhaushygieniker** anstreben, absolvieren alle sechs Kursmodule des Curriculums.

Wichtige Informationen zu den weiteren Voraussetzungen für den Erwerb der Qualifikationen „Hygienebeauftragter Arzt“ bzw. „Krankenhaushygieniker“ finden Sie auf der Homepage der ÄKB oder erfragen diese bitte telefonisch bei der unten benannten Ansprechpartnerin der ÄKB.

In Berlin wird Modul I vom 26.08.-30.08.13 vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin angeboten. Im Weiteren werden von der Sächsischen Landesärztekammer die Module II und V, von der Landesärztekammer Thüringen Modul III, von der Ärztekammer Sachsen-Anhalt Modul IV und das Modul VI vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité in Kooperation mit der ÄKB angeboten.

Die Teilnehmerzahl je Modul ist auf 40 begrenzt.

Kursleitung: Prof. Dr. med. Petra Gastmeier

Termin: Modul I Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ 26.08.-30.08.2013
Modul VI - qualitätssichernde Maßnahmen; Ausbruchmanagement voraussichtlich 1. Quartal 2014

Veranstaltungsort: Charité - Universitätsmed. Berlin, Camp. Benjamin Franklin

Kursgebühr: je 600 EUR pro Modul

Fortbildungspunkte: 41 Punkte (Modul I), 33 Punkte (Modul VI)

Anmeld. u. Info: Sandra Zippel, Tel.: 030/40806-1209, E-Mail: s.zippel@aekb.de

„Gute Medizin braucht Freiheit und angemessene Finanzierung!“

Am 13. April 2013 hatte die Freie Ärzteschaft zum Kongress nach Berlin eingeladen. Das Thema: „Ärzte zwischen Rationierung und individueller Therapie – Gute Medizin braucht Freiheit und angemessene Finanzierung!“

Wieland Dietrich, der Vorsitzende der Freien Ärzteschaft, beklagte in seiner Einführung, die Politik liefere trotz des anstehenden Bundestagswahlkampfes derzeit „nichts Substantielles“ zum Thema Gesundheitspolitik. Substantielles war dann von drei exzellenten Rednern und sechs hochkarätigen Teilnehmern der anschließenden Diskussion zu hören – ob die schönen Worte mehr Folgen haben, als die fehlenden Aussagen der Politik, bleibt allerdings abzuwarten.

Der erste Redner, Dr. Axel Brunngraber aus dem Vorstand der Freien Ärzteschaft, erläuterte zunächst den Begriff „Freie Ärzte“ und dessen Bedeutung für die Patienten. Die hippokratischen Grundpfeiler Loyalität, Handeln im Interesse des Patienten, Unterordnung der eigenen wirtschaftlichen Interessen und Bewahrung des Arztgeheimnisses gelten zwar nach wie vor, würden aber von den nicht-ärztlichen „Playern“ im Gesundheitswesen gewaltig attackiert. Diese Grundpfeiler seien aber Voraussetzung für die primäre Vertrauenssituation im Arzt-Patienten-Verhältnis – Kontrolle kann dieses Vertrauen nicht ersetzen. Wenn die Freiheit des Ärztlichen Handelns verloren gehe, gehe im Laufe der Zeit auch Sicherheit (Sicherstellung) verloren. Ökonomisierung führe zu Austauschbarkeit der Akteure, damit geriete die Wahlfreiheit des Patienten zur Farce. Die prospektive Finanzierung in der GKV („Flatrates“) führe zu versteckter Rationierung und damit ginge das Loyalitätsprinzip verloren. Dies alles führe zur inneren Kündigung bei vielen Ärzten. Korrumpierend sei dabei das Gebaren der Kassen gegenüber den Ärzten zu sehen, indem ihnen nämlich eine ausreichende Bezahlung vorenthalten bliebe. Er beklagte weiter die Versuche, die Ärzteschaft verzichtbar zu machen und durch Schwes-

ter AGNES im Osten und Schwester MONI im Westen zu ersetzen. Pferdefleisch in der Lasagne erzeuge größere öffentliche Aufregung als die Frage, ob Pflegekräfte ärztliche Aufgaben übernehmen dürften, obwohl es sich dabei um einen viel schwerwiegenderen Etikettenschwindel handele.

Brunngrabers Forderungen:

- Es muss öffentlich über Geld geredet werden, kostendeckende Preise statt Fallpauschalen sind Voraussetzung.
- Die Mengensteuerung muss in die Hände der Patienten gehen. Das Sachleistungssystem entmündigt den Patienten. Ein verantwortungsvoller Umgang mit den Ressourcen ist nur über Kostenerstattung möglich!
- Die freie Arztwahl für Kranke ohne Beeinflussung ist eine Grundvoraussetzung.
- Die diagnostische und therapeutische Freiheit muss wiederhergestellt werden.
- Die ärztliche Schweigepflicht muss geschützt werden.

Nach Brunngraber, der wie immer mit seinem feinen Humor das Publikum zu fesseln verstand, hatte es Dr. Markus Schneider, Geschäftsführer des BASYS Instituts, Augsburg, mit seinem Vortrag „Kostenerstattung in Europa – Solidarität und Effizienz“ etwas schwerer.

Schneider erörterte zunächst die Grundprinzipien der Kostenerstattung, deren Rahmenbedingungen und Sicherungsregelungen. In unterschiedlichen Gesellschaften gebe es unterschiedliche Umgangsweisen mit dieser Option. Meist existierten gemischte Systeme. In Deutschland sei die Bezahlung im Sachleistungssystem (GKV) nicht kosten-

deckend, was zu einem Investitionsstau und einer Quersubventionierung durch die PKV geführt habe. Schneider stellte die verschiedenen Mischformen vor, wobei sich bestimmte Leistungen oder Leistungserbringer für das eine oder andere System besser eigneten. In den verschiedenen europäischen Ländern gebe es sehr unterschiedliche Systeme. Schneider stellte die Kostenerstattungssysteme in Belgien, der Schweiz und Frankreich vor, auch in den Niederlanden und in Luxemburg spiele die Kostenerstattung eine wachsende Rolle. Auch in Österreich würden immer mehr Ärzte ins Kostenerstattungs- (Wahlarzt-)System wechseln. Die Patienten hätten wie in Frankreich oft Zusatzversicherungen. Gemischte Systeme gebe es neben Deutschland auch in Finnland oder Griechenland. Schneider fragte provozierend: „Ist Kostenerstattung ineffizient und unsozial?“ Einen kleinen Anteil von Geringverdienern, die sich medizinische Versorgung nicht leisten könnten, gebe es in allen Systemen. Insgesamt führe Kostenerstattung zu höheren Erwartungen, höheren Preisen und höherer Zahlungsbereitschaft mit den entsprechenden positiven Effekten auf das Arzteinkommen. Sein Fazit: Kostenerstattung als Wahlmöglichkeit kann den Wunsch großer Teile der Bevölkerung nach einem Sachleistungssystem nicht ersetzen. Für Kostenerstattung und Sachleistungssystem sind unterschiedliche Tarifsysteme erforderlich, die Effekte der Kostenerstattung hängen stark von den jeweiligen Tarifen ab. Lernprozesse in Zusammenarbeit mit den Versicherungen und die Entwicklung europaweiter Modelle seien notwendig.

Als letzter Redner sprach Prof. Giovanni Maio, Arzt und Professor für Medizinethik in Freiburg, zur „Dominanz der Ökonomie über die Medizin“. „Freiheit ist kein Privileg, sondern eine Verpflichtung und Voraussetzung für eine Vertrauensbeziehung“ war die These, mit der er seinen Vortrag begann und eine gewisse Nähe zu den Thesen Brunngrabers bewies, auch wenn die Sprache des Philosophen eine andere war.

Maio stellte die Besonderheit des Arztberufes heraus, der sich von allen anderen

Berufen abhebe: „Es geht um Leib und Leben!“ und „Wie verändert sich die Medizin durch die Ökonomisierung?“, fragte Maio. Seine Einschätzung: Die moderne Medizin verändere sich so, dass wir das Vertrauensverhältnis kaum noch wiederfinden. Ökonomie helfe nicht mehr der Medizin, sondern die Medizin werde zu einem Mittel, um der Ökonomie zu helfen. Die Gewinnmaximierung trete in den Vordergrund.

Dazu formulierte er sieben Thesen:

1. Von der Sorge hin zum Management – das soziale System entwickelt sich zum wirtschaftlichen Management. Dies sei politisch gewollt.
2. Schematisierung des Patienten.
3. Hilfe als Output-Effektivität. Der Wert des Bemühens um den anderen werde verkannt.
4. Ausblendung der psychosozialen Dimension.
5. Abwertung und Absage der vertrauensvollen, mitmenschlichen Beziehung. Das sei der größte Denkfehler der rationalisierten Medizin. Der Helfer wird zum Leistungserbringer und verrichtet Kundendienst am Menschen.
6. Entsolidarisierung mit den Schwächsten. Der aufwändige Patient bedrohe die Existenz des Leistungserbringers.
7. Sinnentleerung des Arztberufes bzw. Entfremdung. Es entstehe eine ganz neue Umgangskultur mit Patienten. Der gewissenhafte Arzt, der sich besonders engagiert, werde nicht mehr belohnt, sondern der schnelle Arzt.

Je mehr der Arzt seine äußere und innere Freiheit verliere, desto schwerer werde es für ihn, seine Prinzipien zu wahren – das Vertrauen werde gefährdet. Vertrauen sei jedoch ein öffentliches Gut, das nicht geopfert werden darf. Enthusiasmus, Liebe und Freude am Beruf seien nicht ohne Freiräume möglich. Die Forderung des Philosophen war kurz und zwar: „Eine neue Kultur der Sorge!“

Die folgende Diskussion begann Wieland Dietrich mit einem Köhler-Zitat, das leider auch als Fazit der Veranstaltung dienen könnte: „Ich denke, wir haben einen klaren Konsens, er muss nur umgesetzt werden!“. Später stellt er die praktische Forde-

rung auf, Kostenerstattung für Leistungen, die im Sachleistungssystem nicht möglich seien, müssten so, wie es bei den Psychotherapeuten offensichtlich schon üblich ist, auch bei ärztlichen Leistungen von den Kassen übernommen werden können. Dr. Silke Lüder aus dem Vorstand der Freien Ärzteschaft konkretisierte die theoretischen Ausführungen der Redner mit erschreckenden, praktischen Beispielen. Sie äußerte klare Bedenken an einer vereinheitlichten Gebührenordnung, die Flexibilität der alten GOÄ sei unverzichtbar für eine gute Behandlung. Lüder fand sehr klare Worte für die Kritik an den Umverteilungsmaßnahmen des KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Köhler. Dieser schilderte seine bekannten Pläne und positionierte sich aber ganz klar gegen die Bürgerversicherung und für den Erhalt der GOÄ. Kostenerstattung im Kollektivvertrag funktioniere seiner Meinung allerdings nicht. Sein Vorschlag, wirtschaftliche, ausreichende, notwendige, zweckmäßige Leistungen verbleiben im Sachleistungssystem, für alles andere sei Kostenerstattung die bessere Lösung, findet allgemeinen Konsens.

Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, prangerte Systemfehler und klare Ungerechtigkeiten der Bezahlung an. Da das vorhandene System der Selbstverwaltung nicht abgeschafft werden könne, werde es einfach kaputtgemacht – durch Rufschädigung der Ärzteschaft und Unterfinanzierung. Die Zeit sei reif für eine sachlichere Debatte, man müsse andere Modelle ausprobieren. Die Kritik vieler Politiker an der Zwei-Klassen-Medizin sei unhaltbar, solange wie das Gesetz durch unterschiedliche Vorschriften im SGB V und SGB VII eine Zwei-Klassen-Medizin vorschreibe. Die Gesundheitspolitik sei tot, weil sie nur auf die Kosten schaue, aber nicht auf den Nutzen.

Dr. Timm Genett, Geschäftsführer des PKV-Verbandes brachte das Thema der Rationierung bei begrenzten Mitteln in die Diskussion. Eine transparente, offene



Auf dem Podium: (v.l.n.r.) Dr. Timm Genett, Prof. Giovanni Maio, Dr. Andreas Köhler, Dr. Günther Jonitz, Dr. Silke Lüder, Wieland Dietrich und Jan Scholz

Rationierung sei fairer als die derzeitige versteckte Rationierung. Was er sich wünsche, sei eine Stärkung von Zuwendung und sprechender Medizin. Er warnte vor der Gefahr der Bürgerversicherung, die möglicherweise auch unter anderem Namen eingeführt werden solle.

Insgesamt brachte der Nachmittag hervorragende Vorträge, bei denen sich zeigte, dass die Ideen des kritischen Arztes, des Systemforschers, die des Ethikers und die von diversen anderen Akteuren im System durchaus eine beachtliche Schnittmenge haben. Bis zu dem Schritt, dass aus diesen Ideen auch Konsequenzen gezogen werden, scheint es im Moment jedoch sehr weit zu sein.

Dr. med. Svea Keller

Anonyme Geburt und Babyklappe

Senator und Geburtshelfer dafür

Zwei getötete Neugeborene wurden binnen fünf Tagen in Berlin gefunden. Aber lebensrettende Babyklappen und anonyme Geburten werden nach einem umstrittenen Gesetzentwurf auf Initiative der Bundesfamilienministerin Kristine Schröder (CDU) abgelehnt. Die Mütter sollen dem Krankenhaus ihre Daten preisgeben, damit die Kinder später ihre Herkunft erfahren können. Berlins Gesundheits- und Sozialsenator (gleichfalls CDU) ist ebenso strikt gegen diese lebensgefährdende Erschwerung wie der Chefarzt der Gynäkologischen und Geburtshilfeklinik des St. Joseph-Krankenhauses. Beide, Mario Czaja und Michael Abou-Dakn, sprachen auf dem 42. Symposium für Juristen und Ärzte, das diesmal unter dem Motto „Medizin und Recht in Kindheit und Alter“ stand.

Berlin ist Avantgarde: Im Zehldorfer Krankenhaus „Waldfriede“ wurde schon 2001 - zum ersten Mal in einer deutschen Klinik – eine Babyklappe eingerichtet, hier liebevoll „Babywiege“ genannt (Argentinische Allee 40, Nebeneingang). Inzwischen, so berichtete Senator Czaja, können Kinder noch in drei anderen Berliner Kliniken anonym in solche Wärmebetten gelegt werden: Krankenhaus Neukölln (Kinder- und Frauenklinik, Rudower Straße 48), St. Joseph-Krankenhaus in Tempelhof (Eingang Gotermannstraße 41) und

Waldkrankenhaus Spandau (Stadtrandstraße 555).

Auch im Ostteil der Stadt hätte der Senator gern eine solche Möglichkeit, ein Kind in die sichere Obhut von Ärzten und Schwestern zu geben. Dass Babyklappen und anonyme Entbindung nicht die Lösung für alle verzweifelten, überforderten Mütter im psychischen Ausnahmezustand sind, weiß er sehr wohl. Unwillkommene Neugeborene werden auch weiter ausgesetzt oder gar getötet. Aber anonyme Geburt und Wärmebetten sind eine Lebenschance!

Findelkinderbettchen seit 800 Jahren

Früher war die Babyklappe“ eine „Drehlade“. Sie war meist an der Pforte der vielen, in der Regel von geistlichen Orden betriebenen Findelhäuser angebracht. Laut Meyers Lexikon war sie „ein um seine Längsachse leicht drehbarer Halbzylinder, in den Kinder unbemerkt hineingelegt und nach Umdrehung der Lade vom Pflegepersonal herausgenommen werden konnten“. Bis 1875 war zum Beispiel im „Spedale degli Innocenti“ die Abgabe von Kindern anonym möglich, in jenem berühmten Florentiner Findelhaus, also das im 15. Jahrhundert von Brunelleschi gebaut und von Andrea della Robbia mit Wickelkind-Medaillons aus Terrakotta geschmückt worden ist.

Was während des Symposiums behauptet wurde, ist aber falsch: Nicht erst das Florentiner Findelhaus hatte die erste Drehlade. Vielmehr soll schon um 1204 kein Geringerer als (Achtung, CDU-Politiker!) Papst Innozenz III. das Anbringen des ersten verschwiegenen Babybettchens angeordnet haben, und zwar an einem römischen Findelhaus. – Übrigens gab es in Italien vor einem Jahrhundert noch über 400 Findelhäuser.

R. St.



Zwei der berühmten (Ent-)Wickelkinder vom Florentiner Spedale degli Innocenti

Czaja unterstützt zwar die Bundesregierung, wenn sie die Angebote zur Beratung und Hilfe für Schwangere in Not besser bekannt machen will. Viele Frauen in extremen Ausnahmesituationen scheuen den Kontakt zu den Schwangerschaftsberatungsstellen (in Berlin sind es zwanzig). Deshalb ist nach Überzeugung des Senators die anonyme Geburt und Abgabe des Kindes in sichere Obhut die bestmögliche Lösung für solche Schwangeren. Auch diese Möglichkeiten müssten besser öffentlich bekannt gemacht werden, meint er.

Nur jede Vierte bleibt anonym

Die Berliner Erfahrungen decken sich mit den Resultaten der Erhebungen des Deutschen Jugendinstituts bei den Jugendämtern und den Trägern dieser Hilfsangebote: Nur ein Viertel der Mütter, die zunächst um eine anonyme Geburt oder Kindesübergabe bitten oder die ihr Neugeborenes in eine Babyklappe legen, bleibt endgültig anonym. Die meisten lassen sich durch Klinikseelsorger, Sozialarbeiterinnen oder Psychologen davon überzeugen, dass sie besser fahren, wenn sie ihre Anonymität aufgeben und die verschiedenen Hilfsangebote in Anspruch nehmen, sagte der Senator.

Selbst von den 14 Müttern, die bisher ihr Kind in die „Babywiege“ des „Waldfriede“ legten, blieben nur neun anonym. (Im Wärmebettchen finden sie einen an sie gerichteten Brief, der sie ermutigt, sich vertraulich zu offenbaren und Hilfe anzunehmen.) Von selbst hätten sie die Schwelle zu den offiziellen Einrichtungen nie überschritten. Deshalb sprach sich Czaja für die Erhaltung der niedrigschwelligen Möglichkeiten aus. Sonst würden bestimmte

„Schwangere und Neugeborene einem hohen und unnötigen Risiko ausgesetzt“. Er wünscht sich aber vom Gesetzgeber eine rechtliche Klärung und die Definition einheitlicher Qualitätsstandards, damit die unsichere, unbefriedigende Lage der professionellen Helfer und der Träger ein Ende findet.

Eine rechtliche sowie eine Kostenklärung forderte auch Michael Abou-Dakn vom St. Joseph-Krankenhaus in Tempelhof, wo er die geburtenstärkste Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe leitet. In deren Babyklappe wurden bisher 22 Kinder gefunden. Ermöglicht wird dort auch die anonyme Entbindung. Dass sie im Krankenhaus stattfinden kann, ist besonders wichtig, denn oft handelt es sich um Risikoschwangere, die vorher kein Arzt gesehen hat. So können vielleicht doch noch Gefahren für Mutter und Kind vermieden werden.

Leben wichtiger als Daten

Ein Konflikt entsteht vor allem für die leitenden Ärzte: Nach dem Personalstandsgesetz müssen sie Daten der Mütter erheben, um dem Kind später

das Wissen von seiner Herkunft zu ermöglichen. Aber was ist mit den „Kuckuckskindern“? Zwar nicht immer, aber oft ist „Pater incertus“. Abou-Dakn weiß sogar von „Müttern“, die gar nicht die leiblichen Mütter „ihrer“ Kinder sind. Der Geburtshilfe-Professor konnte aber aus eigener Erfahrung bestätigen, was der Senator gesagt hatte: „Dass nahezu alle Frauen, die ursprünglich ihre Daten nicht angeben wollten, nach einfühlsamer Beratung, insbesondere durch unsere sehr engagierten Sozialarbeiterinnen, bereit waren, ihre Daten anzugeben“ (wobei gelegentlich für die Akten ein Pseudonym gewählt wird).

Aus der anonymen wird dann eine „vertrauliche“ Geburt, die allein in Zukunft möglich sein soll, wenn es nach der Familienministerin geht. Aber auch Abou-Dakn sieht, wie Czaja, die Notwendigkeit, den niedrigschwelligen Zugang den Müttern in Not zu erhalten. Damit ihnen und ihren Säuglingen auch künftig fachlich kompetent geholfen werden kann.

Rosemarie Stein

Hertha-Nathorff-Preis 2013: Praxisnahe Masterarbeiten

Drei Preisträgerinnen und Preisträger hat die Ärztekammer Berlin in diesem Jahr mit dem Hertha-Nathorff-Preis für die besten Berliner Masterarbeiten im Bereich Public Health ausgezeichnet. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, lobte bei der Verleihung am 30. April auf dem Campus Virchow-Klinikum der Charité das hohe Niveau der ausgezeichneten Arbeiten. Das Spektrum der drei prämierten Abschlussarbeiten reicht von der klassischen Public-Health-Fragestellung nach dem Zusammenhang von Lebensstil und Gesundheit über die Frage, welche Lebenszufriedenheit chronisch Kranke besitzen, bis hin zu der bislang wenig untersuchten Frage, welche Bedeutung die sexuelle Gesundheit bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen einnimmt.

Von Sascha Rudat

Bereits seit 1995 würdigt die Ärztekammer Berlin jährlich die besten Berliner Masterarbeiten im Bereich Public Health. Eine unabhängige, von der Ärztekammer Berlin berufene Jury wählte in diesem Jahr die besten aus 39 höchstbepunkteten Magisterarbeiten von Absolventen der gesundheitswissenschaftlichen Aufbaustudiengänge der Berlin School of Public Health (BSPH) an der Charité und des Studiengangs „Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung“ der FU Berlin aus. Der mit insgesamt 2.500 Euro dotierte Preis ist nach der jüdischen Ärztin Hertha Nathorff benannt, die in den 30er Jahren von den Nationalsozialisten verfolgt wurde und in die USA emigrieren musste. Kammerpräsident Jonitz betonte in seiner Rede die Bedeutung von Public Health für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung: „Die zentralen Fragen sind immer: Was macht gesund? Was schützt uns vor

Krankheit?“ Jeder Arzt habe auch einen epidemiologischen Auftrag, der nicht in der Berufsordnung festgeschrieben sei, erklärte Jonitz, denn Gesundheit sei mehr als medizinische Versorgung. Gleichzeitig hob er hervor, dass das Public Health-Studium immer durch seine Praxisrelevanz an Bedeutung gewinne. „Die Politik sollte anstatt in fehlgesteuerte Projekte wie ‚Personalisierte Medizin‘ lieber in Public Health investieren“, sagte Jonitz unter Beifall der Absolventinnen und Absolventen. Damit könne wesentlich mehr für die Gesundheit der Bevölkerung bewegt werden. Die prämierten Abschlussarbeiten seien ein gutes Beispiel dafür. Dass in das Thema Public Health in Berlin wieder mehr Bewegung kommt, zeigt sich unter anderem daran, dass der so genannte Amtsarztkurs für den Öffentlichen Gesundheitsdienst seit vergangem Jahr an der BSPH angesiedelt ist – unter starker Mitwirkung der Ärztekammer Berlin (s. auch S. 29).

Die Preisträger

1. Preis

Der mit 1.250 Euro dotierte 1. Preis ging an Silke Feller für ihre Arbeit mit dem Titel: „Wie geht Zufriedenheit unter die Haut?“ Sie hat ihrer Arbeit die Frage zugrunde gelegt „Wir zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, heute in Ihrem Leben?“, die im Rahmen der EPIC-Studie („European Prospective Investigation into cancer and Nutrition“) an über 50.000 chronisch Erkrankte gestellt wurde. Sie konnte so die einfache Frage nach der Lebenszufriedenheit in ein komplexes Wissenschaftsgerüst wie das der chronischen Krankheiten einbauen und ihre Ergebnisse in einer verständlichen Art und Weise, aber auf einem sehr hohen wissenschaftlichen Niveau darlegen.

2. Preis

Für seine Arbeit mit dem Titel „Der Beitrag von Lebensstil- und Milieuanätzen zur Erklärung und Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit“ erhielt Ralph Schilling den 2. Preis, der mit 750 Euro dotiert ist. Er untersuchte in seiner Arbeit die Frage, welchen Beitrag Lebensstil- und Milieuansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit leisten können. „Diese Arbeit behandelt die Kernthemen des Gesundheitswesens – das begrüße ich ausdrücklich!“, erklärte Kammerpräsident Jonitz.

3. Preis

Den 3. Preis (500 Euro) bekam die Arbeit mit dem Titel „Sexuality of People with Severe Mental Illness: A Human Right? Perspectives of Mental Health Care Professionals in two Social Psychiatric Organizations in Berlin, Germany“ von Mariana Carreiro da Costa Faria e Melo Höfle. Sie hat sich ihrer Arbeit mit der Sicht von Experten auf die Bedeutung der sexuellen Gesundheit in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen beschäftigt. Die durchgeführten Interviews bestätigten die bisher ungenügende Förderung der sexuellen Gesundheit als einen wichtigen Baustein in der Versorgung und Behandlung psychisch Erkrankter. „Das ist eine wichtige, richtige und spannende Frage“, zeigte sich Jonitz begeistert. srd



Mariana Carreiro da Costa Faria (3. Preis), Jacqueline Müller-Nordhorn (BS&H), Ralph Schilling (2. Preis), Silke Feller (1. Preis), Dieter Kleiber (FU Berlin) v. l.

Was, wenn keiner mehr nachschaut?

Nachwuchsmangel im Öffentlichen Gesundheitsdienst gefährdet langfristig die Aufsichtspflicht der Gesundheitsämter

Der Hilferuf ist nicht zum ersten Mal zu hören: Bundesweit suchen die Gesundheitsämter seit Jahren händeringend, so auch in Berlin nach ärztlichem Personal. Einer gemeinsamen Umfrage des Marburger Bundes und des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im letzten Jahr zufolge ist jede siebte Facharztstelle im Bundesgebiet länger als 6 Monate nicht besetzt. 222 Stellen blieben in dieser Zeit vakant. Für Berlin bedeutet das laut Auswertung der Senatsverwaltung für Gesundheit (Stand: 30.06.2012) 81,79 unbesetzte Vollzeitäquivalente-Facharztstellen, verteilt auf alle 12 Gesundheitsämter der Stadt.

Der 63. Kongress der Bundesverbände der Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärzte des Öffentlichen Dienstes, der vom 25.–27.04.2013 unter dem Motto „Der ÖGD – stark für die Schwachen“ in Berlin stattfand, war willkommener Anlass, auf diesen Engpass aufmerksam zu machen. Immerhin, so wurde den Teilnehmern der Eröffnungs-Pressekonferenz klar, steht nichts minder als die Leistungsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf dem Spiel. „Stark für die Schwachen“, aber wie „stark“ ist der ÖGD wirklich noch? BERLINER ÄRZTE machte bereits im letzten Jahr auf die kritische Personalsituation aufmerksam. Ursachen dafür, so die Gastgeber auf dem Podium, gibt es zuhauf. An erster Stelle ist hier wohl das Tarifgefälle, d.h. die deutlich niedrigere Bezahlung der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst gegenüber Kolleginnen und Kollegen in kommunalen Kliniken zu nennen. Die Rede ist von rund 1.000 Euro weniger Verdienst pro Monat – ungeachtet der in Berlin geltenden schlechteren Beamtenbesoldung im Vergleich zum restlichen Bundesgebiet. Ein wahrlich unattraktives Angebot

für mögliche interessierte Nachwuchskräfte. Wundern muss man sich da nicht, wenn nicht allein der demographische Wandel für eine Schieflage der Altersstruktur im Öffentlichen Gesundheitsdienst sorgt: Ohne nachwachsende junge Generation steigt das Durchschnittsalter der Belegschaft von ganz alleine. Allarmierend, 2011 gab es bundesweit nur 11 Fachärztinnen und Fachärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, die unter 40 Jahren alt waren. Schaut man sich die offiziellen Statistiken der Bundesärztekammer an, so ist die Zahl der Fachärzte im Öffentlichen Gesundheitswesen zwischen 2000 und 2011 bundesweit um ca. 20% zurückgegangen, hingegen die Zahl aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte um 16% im gleichen Zeitraum zuge-

nommen hat. Der Sparzwang der Politik, den auch der Öffentliche Gesundheitsdienst zu spüren bekommt, wenn vorhandene Stellen abgebaut werden, trägt sein Übriges dazu bei. Dabei rückt der ÖGD immer dann verstärkt in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses, wenn Gefahr durch Pandemien droht oder unter öffentlichem Druck mehr Kontrollen bei Hygienemängeln in Krankenhäusern, Heimen oder Arztpraxen gefordert wird. In solchen Fällen ist der ÖGD die erste Anlaufstelle. Der Ruf nach der sogenannten „Dritten Säule im Gesundheitswesen“ wird dann immer lauter. Beispiel Masern: Eigentlich hätten Masern laut Infektionsschutzgesetz längst eingedämmt werden müssen. Doch die Zahlen zeigen, dass es anders ist. Im letzten Jahr wurden berlinweit im ersten Quartal noch 6 Fälle beim ÖGD registriert, heute sind es im gleichen Zeitraum 60. Hier sieht sich der Öffentliche Gesundheitsdienst in der Pflicht. Denn in der präventiven Versorgung von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen kommt ihm eine Schlüssel-funktion innerhalb der „System-Verzahnung“ zu. Frühzeitig Impflücken bei

Facharzt im ÖGD: Mehr als Medizin, auch eine soziale Aufgabe

Facharzt im ÖGD zu sein, bedeutet sich einem breiten Spektrum an vielschichtigen und vor allem sozialkompensatorischen Aufgaben zu widmen. Fachärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst sind in erster Linie für die Bürger da, sie sind zugleich unabhängige Patientenberater und Gesundheitsmanager und erste Anlaufstelle bei Fragen und Anzeigen rund um Prävention und Gesundheitsschutz. Die Bandbreite der Aufgaben reicht u.a. von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Menschen mit Behinderung oder Migrationshintergrund, für Familien mit Kleinkindern, wozu auch zahnärztliche Kita- und Einschulungsuntersuchungen gehören, Schwangerenberatung, Überwachung in der Krankenhaus-, Umwelt- und Seuchenhygiene bis hin zur Erstellung amtsärztlicher Gutachten und anderer Dokumentationen. Die Weiterbildung für die Facharztqualifikation Öffentliches Gesundheitswesen dauert mindestens 5 Jahre. Erforderlich sind 36 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung, davon 6 Monate in Psychiatrie und Psychotherapie. Darüber hinaus sind 18 Monate an einer Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens, davon 9 Monate an einem Gesundheitsamt sowie 6 Monate (720 Stunden) Kurs-Weiterbildung für Öffentliches Gesundheitswesen – der sogenannte „Amtsarztkurs“ – zu absolvieren. Dieser findet nach vielen Jahren seit Ende 2012 auch wieder in Berlin statt. Er wird von der Berlin School of Public Health an der Charité durchgeführt. Dauer insgesamt 2 Jahre, aufgeteilt in verschiedene Module, eine Reihenfolge für die Ableistung der Module ist nicht vorgeschrieben. Die Facharztprüfung findet schließlich nach Absolvierung der vorgeschriebenen Zeiten nach Abschluss der Weiterbildung an der Ärztekammer Berlin statt.

Schulkindern festzustellen oder zu gesundheitlichen Fragen zu beraten, also unabhängige, frühzeitige fachliche Aufklärung mit dem Ziel der Förderung eines gesundheitsbewussten Lebensstils zählt zu den Kernaufgaben des ÖGD. Das Aufgabenspektrum ist groß und wird immer größer. Besonders in Berlin kommt für die Fachärzte und das Fachpersonal im Gesundheitsamt außerdem eine stark sozialkompensatorische Ausrichtung ihrer Tätigkeit hinzu. Beispielsweise durch den hohen Migrationsanteil und die wachsende Zahl nichtversicherter Menschen, mangelnde deutsche Sprachkenntnisse und die interkulturelle Verständigung stellen die Gesundheitsämter vor große Herausforderungen.

Angesichts all dessen scheint selbstredend, dass nur ausreichend personell ausgestattete Gesundheitsämter funktions-

fähig bleiben können. Doch was tun, wenn keiner mehr zur Stelle ist oder nachschaut? Eine zugegebenermaßen für Deutschland sicherlich undenkbare, zu düstere Vorstellung. Hört man aber, dass früher der Amtsarzt noch bei jedem Neugeborenen einen Hausbesuch abstattete und dies heute aufgrund von Personalmangel nicht mehr möglich ist.... Eins ist sicher, „sollte es zu einer Masern-Epidemie oder einer anderen Erkrankungswelle kommen, stellt dies die Gesundheitsversorgung durch den ÖGD vor erhebliche Probleme“, so die Bundesvorsitzende des BVÖGD, Dr. Ute Teichert-Barthel. Ein deutlicher Appell.

Für weitere Informationen:

Dr. Claudia Kaufhold
Vorsitzende für Berlin
des Verbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder

Brandenburg und Berlin e.V.
Amtsärztin
Leiterin des Gesundheitsamtes
Charlottenburg-Wilmersdorf
Hohenzollerndamm 174
10713 Berlin
Tel.: 030 902916046
Fax: 030 902916049
amtsaerztin@charlottenburg-wilmersdorf.de

Zum Weiterlesen:

„Die Arbeit im ÖGD lohnt sich“, Dr. C. Wein (Amtsärztin Berlin-Lichtenberg), Editorial, BERLINER ÄRZTE 04/2012

„Der Öffentliche Gesundheitsdienst – arm, aber attraktiv“, A. Müller-Lissner, Titelthema, BERLINER ÄRZTE 10/2012

Michaela Peeters

„TCM“: Mythos und Realität

Die „Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)“ ist auch nicht mehr, was sie mal war. Denn Paul Unschuld, Sinologe, Medizinhistoriker, Pharmazeut und Master of Public Health, wies auf Grund seiner profunden Kenntnisse der chinesischen Medizingeschichte durch Studium der Originalmanuskripte nach: Die im Westen bei vielen Patienten und sogar Ärzten populäre „TCM“ ist ein Kunstprodukt des 20. Jahrhunderts. Beim diesjährigen interdisziplinären Berliner BÄK-Forum „Forschung und Fortbildung in der Medizin“ hat der Charité-Professor und Direktor des „Horst Görtz-Stiftungsinstituts für Theorie, Geschichte und Ethik chinesischer Lebenswissenschaften“ seine Erkenntnisse zusammengefasst.¹

Es gibt sie gar nicht, die traditionelle chinesische Medizin, denn die Medizingeschichte im Reich der Mitte ist sehr vielfältig. Die prähistorische – vormedizinische – Heilkunde war zum einen Magie (wie z.B. Vertreibung krankmachender Dämonen aus dem Körper), zum anderen entstand schon erstaunlich früh

eine empirische Arzneitherapie, wie aus Schriften hervorgeht, die man in Gräbern fand.

Die eigentliche, naturwissenschaftlich begründete Medizin begann, wie Unschuld ausführte, in China etwa im 2. Jahrhundert v. Chr. (also 300 Jahre

später als im antiken Griechenland). Ihre drei Botschaften:

1. Es gibt Naturgesetze. (Der „relationistischen“ chinesischen Naturwissenschaft kam es auf das Verhältnis aller Dinge zueinander an, nicht auf deren Analyse.)
2. Die Befolgung dieser Gesetze garantiert ein gesundes und langes Leben. Der Mensch ist also Herr über seine Existenz.
3. Niemand muss sich mehr vor Dämonen, Ahnen und Göttern fürchten.

Krankheit galt nun als Strafe für Verstöße gegen Gesetz und Moral. Für seine Gesundheit ist durch seine Lebensführung jeder selbst verantwortlich, lehrten Konfuzianer und Legisten. Dagegen fanden Daoisten, erkranken könnten auch die Naturgesetzestreuen. Sie entwickelten ganz theoriefrei die Arzneikunde weiter. Sie war in China der Rückhalt der Therapie. Unbedeutend war dagegen die Rolle der Akupunktur, die von Konfuzia-

¹ Näheres in Unschulds Publikationen. Die neuesten (aus denen auch dieser Tagungsbericht ergänzt wurde): „Die ungeplante Wiederkehr der Traditionellen Chinesischen Medizin“, in „Spektrum der Wissenschaft“ März 2013, und die überarbeitete Neuauflage seines Buches „Traditionelle Chinesische Medizin – Herkunft und Anpassung an die Moderne“...

nen und Legisten zur Behandlung leichter Befindlichkeitsstörungen eingeführt wurde, ursprünglich als eine Art Aderlass, der mit dem Blut Pathogene entfernen sollte. Die Akupunktur wurde 1828 offiziell abgeschafft.

China will westliche Medizin

Die „neue“ chinesische Medizin der letzten zwei Jahrtausende bot eine große Vielfalt therapeutischer Ideen und Praktiken. Überliefert sind sie in einer äußerst reichen Literatur. Erhalten sind rund 15.000 bis 1911 gedruckte Publikationen und zahllose Handschriften. Diese Medizin, so betonte Unschuld, war aber lange nur Sache einer Elite. Die mächtige magische Unterströmung mit Dämonenfurcht und Exorzismus blieb bis heute lebendig. Aber nicht nur die magische, sondern die gesamte überlieferte chinesische Medizin wollte das offizielle China seit dem frühen 20. Jahrhundert durch die moderne westliche Medizin ersetzen.

„Ich habe entschieden, die chinesische Medizin zukünftig auszulöschen und auch die chinesischen Arzneimittel nicht mehr zu verwenden“, beschied 1914 der zuständige Minister eine Delegation, die sich für die Erhaltung der traditionellen Medizin einsetzte. Die leidvollen Erfahrungen mit chinesischen Traditionsärzten wurden sogar in der schönen Literatur und im Film verarbeitet, wie Unschuld berichtete. Reformer schmähten die traditionelle Medizin als den „gesammelten Abfall mehrerer tausend Jahre.“ Gegner der westlichen Medizin schimpften indes auf die „kolonialistische Zumutung“.

Dann kam Mao. In der 1949 gegründeten Volksrepublik schien es nicht möglich, die im Volk verankerte chinesische Medizin einfach zu verbieten. Mao Tse-tung be-

auftragte eine Kommission, der vor allem Ärzte der westlichen Medizin angehörten, Sinnvolles und Nützlich aus der „Schatztruhe“ der chinesischen Medizin zu bergen. Nach mehr als einem Jahrzehnt, Mitte der sechziger Jahre, formulierte die Kommission schließlich Empfehlungen, die, so Unschuld, „zu der Konstruktion einer ‚Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)‘ führten – einem ideologisch motivierten Kunstprodukt mit Versatzstücken der Geschichte“.

TCM – Konstrukt für den Westen...

Nach dem Willen der chinesischen Reformer sollte „TCM“ allmählich in die moderne westliche Medizin integriert werden. Sie hatten aber die Rechnung ohne den Westen gemacht. Nach der Öffnung Chinas Anfang der siebziger Jahre strömten Politiker, Heilpraktiker und auch Ärzte ins Reich der Mitte, angezogen von dessen alternativer alter Heilkunde, vor allem der Akupunktur. Zurück in Europa oder Amerika, schrieben die Kurzbesucher Bestseller und füllten Vortragsäle, ohne Chinesisch zu verstehen und ohne die Kultur- und Medizingeschichte des Landes zu kennen.

Sie hielten die „TCM“ für „das getreue Abbild einer mehrtausendjährigen Tradition“, stellt Unschuld fest. „Sie projizierten alle ihre Erwartungen an eine ganzheitliche, natürliche, sanfte Heilkunde in den dürrtigen Rahmen, den ihnen die kurzen Begegnungen mit den chinesischen Informanten boten.“ (Warum TCM alles andere als natürlich, sanft, ganzheitlich und Jahrtausende alt ist, erläutert Unschuld am Ende seine Buchs „Traditionelle Chinesische Medizin – Herkunft und Anpassung an die Moderne“.)

Die Chinesen wunderten sich sehr, und sie sahen den eigenen medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt durch den rückwärtsgewandten Westen bedroht. „Wir können einfach nicht verstehen, wieso die Westler, die vor vielen Jahrhunderten die Renaissance und Aufklärung hatten und der Wissenschaft verpflichtet sind, sich für diese alten Dinge interessieren“, sagte einmal Chinas stellvertretender Forschungsminister zu Unschuld. Der jedoch zeigt ein gewisses Verständnis: „Diese Projektionen angeblicher Eigenschaften der TCM sind nichts anderes als Hinweise auf Schwächen und Defizite der westlichen Medizin, die zu denken geben sollten.“

... und Einnahmequelle

Zu denken geben die vielfachen Fluchten der Westler ins alternativ Exotische, ob Ayurveda, ob TCM, auch kommerziell interessierten Chinesen. Kostspielige Kurse in der „richtigen“ Akupunktur bringen auch noch Geld ins Land, nachdem in berühmten gewordenen deutschen Studien nachgewiesen wurde, dass Schein-Akupunktur genauso wirkt (ein Super-Placebo). Der angestrebte massenhafte Export von TCM-Fertigarzneien soll ebenfalls viel Gewinn bringen.

Die chinesischen Behörden aber fürchten, so Unschuld, durch den westlichen TCM-Boom einen Rückfall in die vorwissenschaftliche Medizin auch im eigenen Land. Sie deuten deshalb die TCM um, wenigstens verbal: Sie sei in den biologischen Wissenschaften verankert, und die Zukunft der TCM liege in der Molekularbiologie.

Rosemarie Stein

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen März und April 2013 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Salehaddin Abdulla	FA Innere Medizin	13.03.13
Katrin Abel	FA Augenheilkunde	20.03.13
Dr. med. Sandra Akanbi	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.04.13
Dr. med. Minouche Alai-Omid	FA Radiologie	29.04.13
Simon Aliaga Weber	FA Innere Medizin	13.03.13
Noor Bawadekji	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	19.03.13
Ines Becker	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	24.04.13
Melissa Beirau	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.03.13
Beatrix Biesel	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	14.03.13
Dr. med. Maren Blumstengel	FA Orthopädie	26.03.13
Boris Bronisch	FA Neurologie	05.03.13
Andreas Brysch	FA Innere Medizin	17.04.13
Yevgeniy Buchshinskiy	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.03.13
Dr. med. Philipp Caffier	FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	10.04.13
Dr. med. Maren Carbon-Correll	FA Neurologie	12.03.13
Dr. med. Argyrios Chronopoulos	FA Augenheilkunde	20.03.13
Dr. med. Helmut Josef Deister	FA Innere Medizin und Endokrino- logie und Diabetologie	27.03.13
Dr. med. Esther Dingeldey	FA Orthopädie	16.04.13
Dr. med. Oliver Sacha Döbler	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	19.03.13
Dr. med. Adel Sammain	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	20.03.13
Dr. med. Daniela Drauz	FA Innere Medizin	10.04.13
Dr. med. Katharina Dunkel-Lüdtke	FA Allgemeinmedizin	16.04.13
Dr. med. Heike Ebeling	FA Psychiatrie und Psychotherapie	12.03.13
Dr. med. Almut Ebersbach	FA Neurologie	09.04.13
Katrin Eiling	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.03.13
Dr. med. Elisabeth Engelmann	FA Laboratoriumsmedizin	05.03.13
Dr. med. univ. Katharina Erb- Eigner	FA Radiologie	29.04.13
Erhan Erdogan	FA Allgemeinmedizin	16.04.13
Anna Lena Fey	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	24.04.13
Julia Elisabeth Flechsenhar	FA Neurologie	09.04.13
Dr. med. Stefanie Freund	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	17.04.13

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Inna Funk	FA Allgemeinmedizin	23.04.13
Dr. med. Vesna Furundzija	FA Innere Medizin	13.03.13
Juliane Sieglinde Gonzaga Silveira	FA Innere Medizin	17.04.13
Dr. med. Ulrich-Albert Graefe	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	17.04.13
Peter Jochen Grünholz	FA Innere Medizin	27.03.13
Dr. med. Ulrike Gurr	FA Innere Medizin	13.03.13
Dr. med. Achim Hammer	FA Viszeralchirurgie	05.03.13
Franziska Heinicke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.03.13
Dr. med. Konrad Henze	FA Arbeitsmedizin	19.03.13
Dr. med. Isabel Herrmann	FA Neurologie	05.03.13
Dr. med. Uwe Hoff	FA Innere Medizin	17.04.13
Sven Holleck-Weithmann	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	13.03.13
Dr. med. Christoph Holmer	FA Chirurgie	20.03.13
Dr. med. Barbara Ingold Heppner	FA Pathologie	12.03.13
Daniel Janowitz	FA Neurologie	12.03.13
Meike Joepgen-Riecke	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	30.04.13
Tanoa Maria Junge	FA Innere Medizin	06.03.13
Dr. med. Franziska Kaiser	FA Kinder- und Jugendmedizin	24.04.13
René Kalbhenn	FA Anästhesiologie	01.03.13
Priv.-Doz. Dr. med. Philipp Kalk	FA Innere Medizin	13.03.13
Dr. med. Carola Kalz-Tosberg	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	19.03.13
Eleftherios Kariotis	FA Augenheilkunde	20.03.13
Birte-Katrina Keim	FA Nervenheilkunde	26.03.13
Adam Kilimnik	FA Innere Medizin	10.04.13
Dr. med. Volker Kleining	FA Anästhesiologie	23.04.13
Sebastian Klemstein	FA Anästhesiologie	11.03.13
Patricia Kollow	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	13.03.13
Christine Konzen	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.04.13
Thomas Krepel	FA Anästhesiologie	08.04.13
Stefanie Kröschel	FA Innere Medizin	13.03.13
Dr. med. Angelika Kuhn	FA Augenheilkunde	17.04.13
Dr. med. Christian Kuhn	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.03.13
Dr. med. Bernhard Kunte	FA Neurologie	23.04.13
Dr. med. Barbara Kurzidim	FA Innere Medizin	27.03.13
Dr. med. Dipl.-Chem. Marion Lautenschlager	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.03.13

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Christoph Lemke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.03.13
Jan Lippert	FA Allgemeinmedizin	23.04.13
Dr. med. Rebekka Löber	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.04.13
Dr. med. univ. Gernot Lorber	FA Anästhesiologie	01.03.13
Dr. med. Thomas Lüdke	FA Anästhesiologie	23.04.13
Dr. med. Johannes Meier	FA Innere Medizin	10.04.13
Henriette Mentz	FA Anästhesiologie	23.04.13
Ihlayle Meqdad	FA Viszeralchirurgie	05.03.13
Dr. med. Astrid Motzkus	FA Diagnostische Radiologie	04.03.13
Dr. med. Philip Müller	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	20.03.13
Monika Myburgh	FA Allgemeinmedizin	16.04.13
Dr. med. Jens Nee	FA Innere Medizin	13.03.13
Priv.-Doz. Dr. med. Jens Neudecker	FA Viszeralchirurgie	30.04.13
Dr. med. Simone Niemann	FA Allgemeine Chirurgie	30.04.13
Dr. med. Sebastian Ochsenreither	FA Innere Medizin	06.03.13
Dr. med. Robert Ohlrich	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	23.04.13
Wiebke Pantos ou Vlachogeorgis	FA Psychiatrie und Psychotherapie	12.03.13
Dr. med. Marco Paul	FA Anästhesiologie	01.03.13
Dr. med. Tilman Pfitzner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	30.04.13
Dr. med. Oliver Polley	FA Kinder- und Jugendmedizin	13.03.13
Paul Polster	FA Anästhesiologie	11.03.13
Dr. med. Eike Quehl	FA Innere Medizin	17.04.13
Dr. med. Matthias Raubach	FA Innere Medizin	27.03.13
Dr. med. Cora Rauscher	FA Radiologie	09.04.13
Dr. med. Antonia Rechenberg	FA Allgemeinmedizin	16.04.13
Anya Reinhardt	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	10.04.13
Kathrin Repp	FA Innere Medizin	13.03.13
Dr. med. Hayo Rieger	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.04.13
Dr. med. Tina Rieger	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.03.13
Dorothea Rietz	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	24.04.13
Dr. med. Alexander Ringk	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.04.13
Viola Roller	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	27.03.13
Gerborg Ritzow	FA Kinder- und Jugendmedizin	24.04.13
Sabine Schlesinger	FA Innere Medizin	06.03.13
Dr. med. Ben Schacher	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.04.13
Dr. med. Nora Schellert	FA Augenheilkunde	17.04.13
Dr. med. Christian Schild	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	13.03.13
Klaus Schimpf	FA Innere Medizin	13.03.13

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Alegra Schiefers	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.03.13
Dr. med. Anna Schloss	FA Anästhesiologie	08.04.13
Eila Schönheit	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17.04.13
Silja Schwencke	FA Allgemeinmedizin	23.04.13
Dr. med. Jan Schwendowius	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	24.04.13
Dr. med. Manuela Seiferheld	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	14.03.13
Dr. med. Marion Sengelaub	FA Nervenheilkunde	19.03.13
Dr. med. Juliane Siebert	FA Anästhesiologie	23.04.13
Dr. med. Nina Schirin Siedentopf	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.03.13
Dr. med. Maximilian Sohn	FA Allgemeine Chirurgie	20.03.13
Barbara Stecher	FA Psychiatrie und Psychotherapie	19.03.13
Jasmin Steier	FA Anästhesiologie	08.04.13
Dr. med. Marcus Steinbach	FA Chirurgie	20.03.13
Dr. med. Philipp Stumpf	FA Anästhesiologie	01.03.13
Dr. med. Franziska Thele	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.03.13
Dr. med. Frank Traub	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.03.13
Dr. med. Daniel Ulrich	FA Radiologie	09.04.13
Andrea Viertler	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	24.04.13
Dr. Dimitrios Vlachakis	FA Innere Medizin	13.03.13
Dr. med. Katrin Wanner	FA Innere Medizin	27.03.13
Anna Weblus	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17.04.13
Dr. med. Erik Weise	FA Viszeralchirurgie	30.04.13
Dr. med. Meike Wendlandt	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	19.03.13
Dr. med. Thomas Werncke	FA Radiologie	04.03.13
Dr. med. Juliane Wettengel	FA Innere Medizin	27.02.13**
Carla Wickborn	FA Innere Medizin	17.04.13
Carla Wieseke	FA Anästhesiologie	11.03.13
Anne Willems	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.03.13
Adam Witzing	FA Allgemeine Chirurgie	05.03.13
Dr. med. Susann Wrede	FA Augenheilkunde	20.03.13
Ilya Yampolskiy	FA Chirurgie	30.04.13

* 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.

** Facharztprüfung im Februar (ohne Veröffentlichung in BERLINER ÄRZTE 04/2013)

Auf dem neuesten Stand der Diskussion –

Die Deklaration von Helsinki in der öffentlichen Konsultation

Die Deklaration von Helsinki ist nicht nur der Fachwelt ein Begriff. Sie definiert die ethischen Prinzipien der medizinischen Forschung am Menschen. Weniger bekannt ist, dass es sich bei dieser Deklaration um ein Dokument des Weltärztebundes (World Medical Association, WMA) handelt. In einem ständigen Prozess der Überarbeitung und regelmäßigen Anpassung, soll es so den aktuellen Stand der Diskussion widerspiegeln. Es steht nunmehr ein neuer überarbeiteter Entwurf des Dokuments zur öffentlichen Diskussion. Das Ziel ist, zu ihrem 50-jährigen Bestehen im Jahr 2014 eine neue Version der Deklaration von Helsinki präsentieren zu können.

Von Domen Podnar

Mit der Entscheidung der WMA die erarbeitete Version der Öffentlichkeit zugänglich zu machen und mit ihr zu diskutieren, wird ein Weg beschritten, der eine breite öffentliche Basis an der Ausarbeitung einbezieht. Er wurde bis dahin und wird auch weiterhin von der Bundesärztekammer maßgeblich mitgestaltet werden.

Schwerpunkte und Hauptmerkmale der vorgeschlagenen Version

Zu Beginn des Revisionsprozesses hat sich die beauftragte WMA-Arbeitsgruppe unter BÄK-Vorsitz darauf verständigt, den einmaligen Charakter der Deklaration von Helsinki unter Vorsitz der Bundesärztekammer erhalten zu wollen.

Die Diskussion während des Revisionsprozesses wurde von verschiedenen Schwerpunkten geprägt und führte zur Festlegung auf einige wichtige Hauptmerkmale.

- Es gab Vorschläge, vulnerable Gruppen in der Deklaration explizit zu benennen und spezifische Regelungen für diese zu formulieren, insbesondere bei Kindern bzw. Minderjährigen. Interne Beratung der Arbeitsgruppe mit Teilnehmern von drei Expertenkonferenzen führten zu dem Ergebnis, dass einzelne vulnerable Gruppen nicht ausdrücklich in der Deklaration erwähnt werden sollen, um Fehlinterpretation zu vermeiden.

- Der Text richtet sich ausdrücklich an Ärztinnen und Ärzte. Es erschien als nicht angemessen, Gruppen, die nicht vom Weltärztebund vertreten werden, bindende Grundsätze zu diktieren, wenn klare und grundsätzliche Erwartungen an andere Berufsgruppen bestehen.
- Dem sensiblen Thema Placebo wurde durch die Verfeinerung der Wortwahl und die Einführung eines systematischeren Ansatzes entsprochen, ohne inhaltlich Änderungen vorzunehmen.
- In Bezug auf Maßnahmen nach Abschluss einer Studie, wurden die jeweiligen Vorteile und Nachteile von fairem Benefit und angemessener Verfügbarkeit ausführlich diskutiert und die Wortwahl angemessen geändert.
- Die Qualifikationen und Verantwortlichkeiten von Ethikkommissionen in der Forschung waren ebenfalls zentrale Erwägungspunkte.
- Der Themenbereich Biobanken wurde als wichtig erachtet. Diese sollen in der neuen Deklarationsversion Erwähnung finden.

Zusammenfassend lässt sich das Ergebnis der Arbeitsgruppe wie folgt charakterisieren:

- Eine bessere Lesbarkeit durch Reorganisation und Restrukturierung des Dokuments und Verwendung von Unterüberschriften

- Ein größerer Schutz der vulnerablen Gruppen
- Ein größerer Schutz der Studienteilnehmer mit der erstmaligen Einbeziehung des Aspekts von Kompensation
- Präzisere und spezifischere Anforderungen für Maßnahmen nach Abschluss einer Studie
- Ein systematischerer Ansatz beim Gebrauch von Placebos, ohne den ethischen Einsatz von Placebos zu schwächen

Die öffentliche Konsultation – eine Einladung

Die öffentliche Konsultation stellt vorläufig den Höhepunkt des Revisionsprozesses der Deklaration von Helsinki dar und ist ein wesentlicher Bestandteil der Diskussion um die ethischen Prinzipien bei der medizinischen Forschung am Menschen weltweit.

Der Weltärztebund lädt alle Experten und von der Deklaration von Helsinki betroffenen Gruppen dazu ein, ihre Kommentare zum Versionsentwurf zum 15. Juni 2013 per Email an das Sekretariat des Weltärztebundes, an: doh@wma.net, zu senden. Der neue Versionsentwurf der Deklaration von Helsinki ist auf der Internetseite des WMA als Text oder kommentierte Version zu finden (www.wma.net). Leider können nur englischsprachige Kommentare Berücksichtigung finden. Diese werden aber alle von der Arbeitsgruppe gründlich geprüft.

Für weitere Fragen zur Deklaration von Helsinki und zum Revisionsprozess steht der Vorsitzende der Arbeitsgruppe Dr. Ramin Parsa-Parsi, Leiter des Dezernats für Internationale Angelegenheiten der Bundesärztekammer, unter: rparsi@baek.de gerne zur Verfügung.

Verfasser:

Domen Podnar
Referent Dezernat Internationale
Angelegenheiten
Bundesärztekammer

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Wo war noch unsere Notfallausrüstung?

Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

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

In anonymisierter Form werden im CIRS-Berlin Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden gesammelt. Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen. Damit auch andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht.

Eine Ärztin bzw. ein Arzt berichtet einen Fall aus der Inneren Medizin:

Die Reanimation eines Patienten unbekanntes Alters verzögerte sich, da die nachts als einzige Pflegekraft anwesende Leasingkraft und der diensthabende Arzt den Standort der Notfall-Einheit nicht genau kannten. Ob der Patient dadurch einen zusätzlichen Schaden nahm, ist nicht bekannt. Der/die Berichtende nennt mehrere zu diesem Ereignis beitragende Faktoren:

- Leasingkräfte werden ohne ausreichende Einführung/Einarbeitung eingesetzt.
- Es sind nicht alle Bereiche gut und deutlich beschriftet.
- Insbesondere bei häufigem Wechsel der Mitarbeiter ist eine eindeutige, einfach erkennbare Beschilderung notwendig.

Der/die Berichtende schätzt ein, dass vergleichbare Ereignisse monatlich auftreten.

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

Probleme mit innerklinischen Notfällen werden immer wieder berichtet. Wie dieser Bericht (und ein weiterer „Aktueller Fall“ in der Juni-Ausgabe von „Berliner Ärzte“ aus dem Jahr 2012) sowie Berichte in anderen Berichtssystemen zeigen, sind es oft latente Fehler, die zu einer Gefähr-

dung des Patienten führen. Dies sind Umstände, die allein nicht zu einem Patientenschaden führen, aber unter bestimmten Umständen zu einem Problem werden können („Unfälle, die darauf warten, aufzutreten“). Häufig beruhen sie auf grundsätzlichen Entscheidungen im Umfeld der Patientenversorgung, wie z.B. die Personalausstattung und -qualifikation, die Ausstattung mit Geräten oder die Organisation von Abläufen im Krankenhaus. Diese führen zwar nicht unmittelbar zu einer Gefährdung des Patienten, können jedoch unter ungünstigen Umständen ein kritisches Ereignis mit verursachen. Bei der innerklinischen Reanimation wurden z. B. schlecht geschulte Mitarbeiter und Teams, eine hohe Fluktuation der Mitglieder der Reanimationsteams, mangelhafte Wartung der Ausrüstung und Kontrolle der Medikamente, bauliche Maßnahmen und fehlerhafte Alarmierungswege als latente Fehler, die zu kritischen Ereignissen führten, genannt.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Im Reanimationsfall zählt jede Sekunde! Daher empfiehlt sich, diverse Standardisierungen vorzunehmen, so dass auch neue Mitarbeiter und Leasingkräfte schnell handlungsfähig sind:

- Das **Reanimationsteam** besteht aus **eigens dafür geschulten Mitarbeitern**,



die sich im Klinikum auskennen, und ist **24h erreichbar**.

- Die **Alarmierung** des Reanimationsteams ist einfach und auch für neue Mitarbeiter ersichtlich (z.B. REA-Knopf, einfache Telefonrufnummer, die aushängt o.ä.).
- Die **Reanimationsausrüstung** ist **standardisiert** und auf allen Stationen/Bereichen gleich. Sie wird regelmäßig auf Vollständigkeit und Funktionsfähigkeit überprüft.
- Der **Standort der Reanimationsausrüstung** ist auf allen Stationen/Bereichen wo möglich **einheitlich** (z.B. immer reiner/unreiner Arbeitsraum) und der Raum von außen deutlich gekennzeichnet.
- Einführung einer **Checkliste für Mitarbeiter am ersten Arbeitstag**, in der unter anderem über die Alarmierung des REA-Teams und den Standort der Reanimationsausrüstung informiert wird. **Jährliche Wiederholung** dieser kurzen Schulung.

Diesen Fall können Sie auch unter der Nummer 34902 unter www.cirs-berlin.de nachlesen.

Kontakt:
Dr. Barbara Hoffmann, MPH
Abteilung Fortbildung /
Qualitätssicherung
b.hoffmann@aekb.de

Martin Molzahn zum 75.



Prof. Dr. med. Martin Molzahn vollendete kürzlich sein 75. Lebensjahr. Seine Kollegen, ehemaligen Schüler und Patienten gratulieren herzlich auch auf diesem Weg!

Prof. Molzahn leitete zuletzt bis 1998 die Abteilung für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie am 1985 neubauten Humboldt-Krankenhaus in Berlin-Reinickendorf. Vor dieser Zeit hatte er die

kommissarische Leitung der Abteilung für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie im Universitätsklinikum Steglitz der FU Berlin inne. Hier entwickelte er insbesondere das Nierentransplantationsprogramm und die Organisation der Organspende als Modell für die spätere bundesdeutsche Organspende.

Schon während seiner klinischen Tätigkeit war Martin Molzahn in zahlreiche gesundheitspolitische Aktivitäten der deutschen Nephrologie involviert: 1991 bis 1996 war er Vorstandsvorsitzender der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie. 1998 übernahm er den Posten des Medizinischen Vorstands des Kuratoriums für Dialyse und Nierentransplantation

(KfH, gemeinnützig) und der Deutschen Stiftung Organtransplantation. 2000 bis 2004 war er Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation. In den Jahren 2005 bis 2007 engagierte er sich als Geschäftsführer im Aufbau der Akademie Niere.

Martin Molzahn prägte mit seiner patientenorientierten, klinisch-wissenschaftlichen Haltung eine Reihe von Schülern, die heute in Deutschland eine herausgehobene Position in der akademischen und universitären Nephrologie inne haben. Auch in seiner aktuellen Tätigkeit als Sachverständiger für Qualitätssicherung Dialyse und Transplantationsmedizin des G-BA spiegelt sich diese Haltung wider. Wir wünschen ihm und seiner Familie noch viele gute und gemeinsame Jahre.

Prof. Dr. Wolfgang Pommer

Musik in Brandenburg

Die Brandenburgischen Sommerkonzerte sind ein Musikfestival, das jährlich von Mitte Juni bis Mitte September an historischen Spielstätten im ganzen Land Brandenburg stattfindet. Seit 1990 bietet die Konzertreihe „Klassiker auf Landpartie“ über das klassische Konzertereignis hinaus ein Beiprogramm, das zur Erkundung des jeweiligen Konzertortes einlädt. Dabei kann der Konzertbesucher die historischen Sehenswürdigkeiten von Dörfern, Kirchen, Schlössern und Klöstern mit Natureindrücken und kulinarischen Genüssen zu einem kulturellen Ausflug und Gesamterlebnis verbinden. Seit ihrer Gründung haben die Brandenburgischen Sommerkonzerte über 500 Konzerte an mehr als 200 verschiedenen Spielstätten in Brandenburg veranstaltet.

Das Programm 2013 ist reichhaltig: 34 Konzerte, 9 Lesungen und rund 80 Beiprogramme an 31 Orten überall in Brandenburg. Das diesjährige Eröffnungskonzert am 8. Juni 2013 in der Kreuzkirche in Königs Wusterhausen mit dem Brandenburgischen Staatsorchester Frankfurt steht ganz im Zeichen des Komponisten

Wolfgang Amadeus Mozart. Auf die selten gespielte Musik zur Ballettpantomime „Les petits riens“, die Mozart für den Pariser Ballettmeister Georges Noverres schrieb, folgt sein berühmtes Violinkonzert in A-Dur aus der Zeit, als er Konzertmeister in Salzburg war. Mit der in Prag uraufgeführten Sinfonie Nr. 38 findet die kleine mozart'sche Europareise ihren Abschluss.

Das künstlerische Programm der Brandenburgischen Sommerkonzerte zeichnet sich durch eine Mischung international bekannter Solisten und Ensembles, die lang-



jährige Kooperation mit brandenburgischen Orchestern sowie der Förderung des künstlerischen Nachwuchses aus. So reicht die Liste der Künstlernamen von Vladimir Ashkenazy, Riccardo Chailly, Barbara Hendricks, Olli Mustonen, Lars Vogt, Albrecht Mayer, und Trevor Pinnock zu Ensembles und Klangkörpern wie dem Deutschen Symphonie-Orchester Berlin, The Academy of St. Martin in the Fields, dem Gewandhausorchester Leipzig, Il Giardino Armonico, der Kremerata Baltica sowie vielen weiteren.

Zum Konzept der „Klassiker auf Landpartie“ gehören neben den Konzerten vor allem die Beiprogramme. Durch Schloss-, Dorf- und Museumsführungen, durch Kahnfahrten im Spreewald, Kremserfahrten durch die Prignitz, musikalische Dampferpartien, Besichtigung von Bau- und Industriemälern und historischen Parkanlagen sowie Themenführungen durch Naturreservate erfährt der Besucher etwas über die Region, Lesungen und Konzerteinführungen runden die Konzertereignisse ab. Die Spielorte beziehen sowohl Kirchen als auch Klöster, Schlösser, Natur- und Industriedenkmäler mit ein.

Weitere Informationen unter www.brandenburgische-sommerkonzerte.de

„Berlin, Berlin...wo führste mir noch hin?“

Das Haus, in dem ich jetzt in Zehlendorf wohne, verfügt noch über einen eigenen Hühnerstall, zweistöckig, mit gotischen Fenstern.“ Ein Haus von 1888, dem Drei-Kaiser-Jahr, mit Dienstbotentoiletten im Garten und Räucher-kammer. Nach dem Zweiten Weltkrieg, der Granatsplitterspuren in der Fassade hinterließ, wurde es in viele Wohnungen aufgeteilt, und irgendwann war es mal Treffpunkt für Drogendealer, sagten die Nachbarn.

So ein Haus passt zu Thomas Lennert. Der pensionierte Oberarzt für Kinderheilkunde ist medizinhistorisch aktiv und politisch interessiert – und er ist ein typischer autoritätsungläubiger Berliner, wenn er auch erst mit Vierzehn in die Stadt kam. Das war 1954. Viele Jahre später, bei der Party zum Einzug in die Dachwohnung, wäre Familie Lennert samt Gästen wohl mitten im Tanz eine Etage tiefer gelandet, hätte nicht der Maurer eingegriffen („ein sensibler Zwei-Zentner-Mann mit zupackenden Händen“). Der warnte sie und ersetzte fast über Nacht eine früher mal entfernte stützende Mauer in der Wohnung darunter. Der etwas depressive Mann wohnte immer noch bei seiner Mutter. Unvergesslich war der Hausgemeinschaft dieser Dialog: „Ick gloobe, wenn meine Mutta stürbt, bring' ick mir um!“ „Ja, warum das denn?“ „Det fängt schon mit die Hemden an!“

Nachlesen können Sie das in Lennerts prall mit Leben gefülltem Büchlein „Berlin, Berlin, wo führste mir noch hin? Berliner Begegnungen aus fünf Jahrzehnten“, (Archiv der Zeitzeugen, Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat, Münster 2012). Da gibt's jede Menge zeitgeschichtliche Details oder auch Berlin-Miniaturen in schönster Feuilleton-Tradition – vom Mauerbau zum Beispiel und vom Räuber-und-Gendarm-Spiel mit der DDR-Staatsmacht (für ältere



Thomas Lennert

re Leser ein Ach-ja-Erlebnis, und die Jüngeren können noch was lernen). Das Kernstück aber sind die vielen Begegnungen – kein ‚Name-Dropping‘, sondern ein rauschender Dauerregen. Portraitiert werden jedoch – siehe oben – auch Maurer und Klassenlehrer, nicht etwa nur Promis wie zum Beispiel Medizinprofessoren, die uns hier natürlich besonders interessieren. Und die werden alles andere als ehrfurchtsvoll skizziert, dafür aber ‚medizinhistorisch wertvoll‘.

Kann man sich beispielsweise heute noch vorstellen, dass ein Psychiatrie-Ordinarius (er lehrte an der FU) einen im Hörsaal vorgestellten Patienten als Erstes fragt, ob er „gedient“ hat, um ihn dann, je nach „Ja“ oder „Nein“ zu beurteilen? Lennert erwähnt auch, dass derselbe akademische Lehrer (Helmut Selbach) Schüler von Maximilian de Crinis, Hugo Spatz und Werner Villiger war, die alle drei aktiv in die Nazi-„Euthanasie“ verstrickt waren.

Als die Pädiaterin Leonore Ballowitz, die sich als erste Frau an der Medizinischen Fakultät der FU habilitiert hatte, bei Selbach ihren Antrittsbesuch machte,

gab er ihr zu verstehen, „sie sei doch verheiratet und gehöre in die Küche, aber nicht in die Wissenschaft“.

Andere Medizin-Anekdoten – die keineswegs im Zentrum von Lennerts Berliner Potpourri stehen – sind wesentlich amüsanter. Zum Beispiel die grotesken Prüfungsmethoden von Max Heinrich Fischer, der an der FU Physiologie lehrte. Einmal soll er unter den Tisch gekrochen sein mit der Frage, „was bin ich jetzt?“. Er wollte hören, eine elektromagnetische Spule. Die Sage geht, der mutige Prüfling habe geantwortet: „Wenn Sie auf der anderen Seite wieder rauskommen, sind Sie der Zitronensäure-Zyklus.“ Und dann die Fischer-Geschichte mit dem „Frosch-Uterus“ – aber das müssen Sie selber lesen, sonst fehlt der Platz für die frechste Anekdote:

Als seinen wohl wichtigsten klinischen Lehrer betrachtet Lennert einen Stationsarzt der Inneren in Westend, Werner Krause. Der war ein intelligenter, schnoddriger Ur-Berliner und ein „sozialer Alkoholiker“, der nie aus der Rolle fiel und schon mit 37 an Leberzirrhose starb. Lennert lernte von ihm, „was Verlässlichkeit in der Medizin bedeutet, welche Prioritäten es bei der Akutbehandlung gibt und dass die Verantwortung für die Patienten nicht mit Dienstschluss endet“. Krauses Ruf als unerschrockener Beschützer der Frauen ging auf eine Faschingsfeier der Westend-Kardiologen zurück. Deren Chef bedrängte zu vorge-rückter Stunde und unter erheblichem Alkoholeinfluss die beliebte „Herz-Katheter-Schwester“, schreibt Lennert. Wie Augenzeugen berichten, soll Krause eingegriffen haben, indem er Neuhaus am Hosenbund packte und ihm ein Glas Sekt in die Hose goss. Während alles erstarrte, bewahrte Neuhaus die Fassung und erklärte Krause: „Als Untergebener haben Sie sich völlig daneben benommen, als Mann weiß ich Ihre Handlungsweise zu würdigen.“ Ein Chefarzt mit wirklichen Führungsqualitäten!

Rosemarie Stein

BERLINER  ÄRZTE

6/2013 50. 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
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Dr. med. Elmar Wille
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung Sehstern

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungs austausch unter der Ärzteschaft und 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 Universitätsdruckerei 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 € 81,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 54,50 inkl. Versandkosten, im Ausland € 81,00 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,55 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2013 vom 01.01.2013.

ISSN: 0939-5784