

BERLINER



ÄRZTE

07 / 2013 50. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztekammer Berlin

28.-31. Mai 2013

Ärztetag Hannover

Berliner Delegierte
zeigen die **ROTE KARTE**



Aktionismus und Standes- kämpfe



Foto: K. Friedrich

Dr. med. Günther Jonitz
(Chirurg)
Präsident der Ärztekammer Berlin

Alle Jahre wieder schwärmen die Delegierten der Landesärztekammern aus, um auf dem Deutschen Ärztetag, DEM herausragenden standespolitischen Ereignis, über akute Problemlagen und Grundsatzthemen zu diskutieren. In diesem Jahr tagte das Ärzteparlament in Hannover. Auf der Tagesordnung stand ein ganzer Strauß an relevanten Themen, um die zum Teil heftig gerungen wurde. Diskutiert wurden ungleiche Gesundheitschancen von arm und reich genauso wie der Problemdruck, der für Arzt und Patient aus der sogenannten „Ökonomisierung“ der Medizin resultiert. Fragen zur künftigen Finanzierung des Gesundheitswesens wurden aufgeworfen und die Weiterentwicklung der (Muster-) Fortbildungsordnung sowie die (Muster-) Weiterbildungsordnung beschlossen. Insbesondere das Thema „ambulante Weiterbildung – verpflichtend ja oder nein“ erhitze die Gemüter. Erst nach einer über sechsstündigen Sitzung einer adhoc eingerichteten Arbeitsgruppe gab es einen überschaubaren Kompromiss (vgl. Berichterstattung in diesem Heft).

Schwierig und weniger konstruktiv war aus meiner Sicht der Tagesordnungspunkt zur Gesundheits-, Sozial- und ärztlichen Berufspolitik. Es wurden sowohl die Anforderungen an eine Krankenversicherung der Zukunft als auch die Frage „Wie viel Markt verträgt die Medizin?“ diskutiert. Ein Leitantrag, der dem Vorstandsgremium, dem ich auch angehöre,

als Tischvorlage am Sonntag vor Beginn des Ärztetages vorgelegt wurde, ließ mich eher ratlos, denn mit zukunftsweisenden Ideen zurück. Mit „Menschen statt Margen“ überschrieben mündet der Antrag u.a. in der Forderung nach einer Erhöhung der Gebührenordnung um 30 Prozent. Vom „Menschen“ blieb nicht viel übrig. Auch der Unterpunkt „Markt und Medizin“ kratzt eher an der Oberfläche der sozialmedizinischen Propädeutik. Gut wäre gewesen zum Beispiel, die Ärztekammern zu fragen, mit welchen Projekten diese selbst bereits unterwegs sind, um den gravierendsten Auswirkungen sozialer Ungleichheit der medizinischen Versorgung zu entgegen. Sie hätten in mehreren Landesärztekammern, u.a. in der Ärztekammer Berlin, Beispiele gefunden, in denen sich stark gemacht wird, um die medizinische Versorgung von sozial benachteiligten Gruppen aufzufangen. Eine Chance für eine gute Außerdarstellung wurde vertan.

Schließlich bleibt über die Abstimmung zum Haushaltsvoranschlag für das Jahr 2013/2014 der BÄK zu berichten. Die Ärztekammer Berlin zeigte Flagge und gab die rote Karte. Ein Haushalt, der ein strukturelles Defizit aufweist, aber kein Konzept, ist ungenügend. Die Mahnung, künftig einen klügeren Haushalt vorzulegen, ging als Antrag der Berliner auf dem Ärztetag ein und wurde so auch mehrheitlich beschlossen. Gut so!

Was bleibt? Der Deutsche Ärztetag hat ein Finanzierungskonzept beschlossen, das

kaum Konsequenzen haben dürfte. Die vorgeschlagenen Kopfpauschalen sind aus meinem Dafürhalten sozial ungerecht, ein sozialer Ausgleich aus Steuern ist in hohem Maße fraglich und unterliegt politischer Willkür, die gewünschte Kapitaldeckung ist in Zeiten der weltweiten Finanzkrise fragwürdig. Vielleicht muss auch der Deutsche Ärztetag einsehen, dass Probleme, an denen sich namhafte Gesundheitsökonomien weltweit die Zähne ausgebissen haben, nicht auf dem Wege einer politischen Beschlussfindung zu lösen sind. Warum werden nicht sine ira et studio die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Finanzierungen dargelegt und abgewogen, was aus ärztlicher Sicht wegweisend erscheint? Warum war das Thema der Versorgungskrise unter anderem durch inzwischen gravierenden Ärztemangel nicht thematisiert?

Wir sind keine Politiker, aber wir sollten Politik aus ärztlicher (!) Perspektive mitgestalten. Vielleicht gelingt es uns in Vorbereitung künftiger Ärztetage, klarer festzulegen, zu welchen Themen wir Ärzte uns auf dem Ärztetag inhaltlich-fachlich auseinandersetzen und auch kräftig um der Sache willen streiten wollen. Und bei welchen Themen wir eher die Rolle der Impulsgeber wahrnehmen. Beides freilich mit dem Antrieb für die Verbesserung der Versorgung durch bessere Ärzte und bessere Arbeitsbedingungen für Ärzte. Spätestens auf dem Deutschen Ärztetag 2014 in Düsseldorf gibt es die nächste Gelegenheit.

Mit herzlichem Dank für das Engagement der Berliner Delegierten und die gute Stimmung in Hannover,

Ihr

Männer haben's auch nicht leicht

Die Stiftung Männergesundheit und die DKV Deutsche Krankenversicherung AG stellten kürzlich den „Männergesundheitsbericht – im Focus: Psychische Gesundheit“ vor.

Ein Anstieg psychischer Störungen und Erkrankungen bei Männern wurde bereits im ersten Männergesundheitsbericht, der Ende 2010 erschien, dargestellt. Im Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ schlussfolgerten die Autorinnen und Autoren, männerspezifische Symptome psychischer Erkrankungen seien noch wenig erforscht und würden in der Praxis häufig fehlgedeutet. Das nahm die Stiftung Männergesundheit zum Anlass, einen weiteren Männergesundheitsbericht mit Blick auf die psychische Gesundheit von Männern zu erstellen. Der nun vorliegende Bericht beleuchtet die komplexe Problematik aus medizinischer, psychologischer, soziologischer sowie historischer Perspektive, zeigt die derzeitige Versorgungssituation in Deutschland und arbeitet die Herausforderungen an Medizin und Gesellschaft heraus, um die es bei der psychischen Gesundheit von Männern geht.

Auf Platz eins der psychischen Störungen bei Männern stehen Depressionen, gefolgt von Suchterkrankungen und Angstzuständen, zeigt der aktuelle Bericht. Schlafstörungen, Schweißausbrüche, Selbstzweifel, panische Angst, zermürbende Grübeleien, innere Antriebslosigkeit: Der ehemalige FIFA-DFB-Schiedsrichter Babak Rafati litt monatelang an einer Depression, wesentlich verursacht durch die brutalen Gesetze des Profisports und den Druck der Sportmedien. Wenige Stunden vor seinem Anpfiff des Spiels 1. FC Köln gegen 1. FSV Mainz 05 im November 2011 machte Rafati im Hotel einen Selbstmordversuch. Sein Buch „Ich pfeife auf den Tod! Wie mich der Fußball fast das Leben kostete“ (Kösel-Verlag, 2013) beschreibt die Depression, die versuchte Selbsttötung, die Therapie und den Weg zurück ins Leben schonungslos. Bei der Podiumsdiskussion der Stiftung Männergesundheit in Berlin berichtete

Rafati von seiner Krankheit: „Ich hatte die Lust am Leben verloren“, sagte Rafati. „Auf die Idee, dass das ein Zeichen für eine Depression ist, kam ich nicht.“ Er schreibt in seinem Buch: „Jeder Arzt hätte die Symptome zu deuten gewusst, wenn ich nur Hilfe gesucht hätte. Aber das tat ich nicht. Ich weigerte mich zuzugeben, wie krank ich selbst schon war.“ Nach dem Suizidversuch half ihm eine Spezialtherapie für depressive Männer, vermittelt von der Robert-Enke-Stiftung, mit der Krankheit umzugehen, seine Lebensumstände zu ändern und Schwächen, Grenzen und das Recht, Fehler machen zu dürfen, auch für sich selbst zu akzeptieren.

Der Männergesundheitsbericht 2013 verdeutlicht am Beispiel von Depressionserkrankungen: 9% der Männer, also 3,6 Millionen in Deutschland, haben eine therapeutisch festgestellte Depression. Die Dunkelziffer von Depressions-Erkrankungen in der männlichen Bevölkerung muss um ein Vielfaches höher liegen, vermuten die Autorinnen und Autoren des Berichts, was „an der rasanten Entwicklung der Suizidrate erkennbar ist, die bei Männern zwischen 2009 und 2011 um 9% gestiegen ist.“ Demnach versuchen sich 100.000 Männer jährlich, das Leben zu nehmen. Als Ursachen sind vor allem arbeitsbezogene Stressoren wie Leistungsdruck, ständige Erreichbarkeit, wachsender Mobilitätswang, befristete Arbeitsverhältnisse und die damit verbundene Unsicherheit aber auch psychosoziale Krisen wie z.B. nach einer Trennung oder Scheidung anzuführen.

„Psychische Störungen bei Männern werden unterschätzt, unterdiagnostiziert und unterbehandelt“, beklagt die leitende Diplom-Sozialwissenschaftlerin Anne Maria Möller-Leimkühler, Psychiatrische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München.

Neben gravierenden gesundheitlichen und psychosozialen Folgen entstehen dadurch auch enorme indirekte Kosten. Sie sieht Handlungsbedarf in Bezug auf Prävention, Diagnostik und Therapie auf den folgenden Ebenen:

- Verbesserung des Gesundheitsverhaltens von Männern,
- Verbesserung der ärztlichen Diagnostik, Kommunikation mit und Therapie von Männern,
- Reduzierung chronischer Belastungen am Arbeitsplatz,
- Prävention von Gewaltverhalten,
- gemeindenahe Maßnahmen zur Förderung der sozialen Integration von Männern,
- auf Männer zugeschnittene Sensibilisierungs- und Entstigmatisierungskampagnen sowie
- Förderung von Männergesundheitsforschung im Bereich psychische Störungen.

Nach Auffassung des Patientenbeauftragten der Bundesregierung Wolfgang Zöller MdB, setzt der Männergesundheitsbericht 2013 dort an, wo man Ursachen angehen kann. Zöller wies im Rahmen des Pressegesprächs darauf hin, dass auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) an dem Thema Männergesundheit dran sei: Im Januar 2013 fand der erste Männergesundheitskongress des BMG und der BZgA in Berlin statt. Auf dem Kongress wurden Probleme, Lösungsansätze und Zukunftsperspektiven der Männergesundheit diskutiert sowie die Öffentlichkeit auf das Thema aufmerksam gemacht. Die BZgA hat in Anlehnung an das bereits bestehende Frauengesundheitsportal ein Männergesundheitsportal eingerichtet, das aktuelle Fachinformationen zur Gesundheit von Männern zur Verfügung stellt und Transparenz über vorhandene Informationsangebote schafft.

Verfasserin:
Ulrike Hempel



EDITORIAL.....

Aktionismus und Standeskämpfe
Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

Fieber nach Angolareise
Informationen des Instituts für
Tropenmedizin.....11

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

Männer haben's auch nicht leicht
Männergesundheitsbericht vorgestellt
Von Ulrike Hempel.....4

**Delegierte beschließen Änderung
der Berufsordnung**

Bericht von der Delegiertenversammlung
am 12. Juni 2013
Von Sascha Rudat24

**Palliativmedizin: Ärztekammer
Berlin unterzeichnet Charta**

Von Sascha Rudat.....26

**West-Medikamente in Ost-Berlin
korrekt geprüft**

Untersuchungsbericht von 1991
erneut aktuell
Von Rosemarie Stein27

**„Palliativmedizin statt
Sterbehilfe!“**

Berlins Kammerpräsident Jonitz fordert
gesellschaftspolitische Diskussion
Von Rosemarie Stein.....32

TITELTHEMA.....14

Berlin zeigt die Rote Karte

Bericht vom 116. Deutschen Ärztetag in Hannover

Von Sascha Rudat



FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen10

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

PERSONALIEN.....

**Hanfried Helmchen zum
80. Geburtstag**.....36

**In memoriam
Hartmut Hoffbauer**.....37

BUCHBESPRECHUNGEN.....

**Méritt:
Frauenkörper neu gesehen**
Ein illustriertes Handbuch.....30

**Stiftung Warentest (Hrsg.):
Handbuch Medikamente**.....33

Stiftung Warentest (Hrsg.):

Gut essen bei Laktoseintoleranz.....34

**Neumann-Redlin von Meding,
Conrad: Ärzte unter dem
Hakenkreuz – Die Berliner
Medizinische Gesellschaft im
Nationalsozialismus**.....34

**Petra Anwar mit John von Düffel:
Geschichten vom Sterben**.....35

FEUILLETON.....



**Baselitz im
Westend –
seine Graphik
und er selber!**

Von Rosemarie Stein
.....38

Weiterbündungsverbände als Zukunftsmodell

Die Entwicklung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist ein Dauerthema in den Ärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern. Mit der Gründung der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin für Berlin (KoStA) durch die Berliner Krankenhausgesellschaft, der KV Berlin und der Ärztekammer Berlin vor einem Jahr ist man ein gutes Stück vorangekommen. Die KoStA, angesiedelt bei der Kammer, unterstützt alle Ärztinnen und Ärzte, die an einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin interessiert sind und hilft, die allgemeinmedizinische Weiterbildung strukturierter und organisierter zu gestalten. Ein nächster Schritt ist die flächendeckende Etablierung von Weiterbildungsverbänden in Berlin. Dazu informierte die KoStA Anfang Juni alle Interessierten bei einer Veranstaltung in der Kammer.

Zunächst stellte Dr. Dirk Buchwald das Rotationskonzept des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe vor. Dort durchlaufen pro etwa fünf Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (AIW) eine allgemeinmedizinische Rotation. Wie Koordinator Buchwald berichtete, funktioniere dieser klinikinterne Lösung inzwischen sehr gut. In ihrem anschließenden Vortrag stellte KoStA-Leiterin Dr. Antje Koch, selbst Fachärztin für Allgemeinmedizin, zwei grundsätzliche Wege vor, wie Weiterbildungsverbände in Berlin etabliert werden können: Nach Klinikträger – wie in Havelhöhe – oder nach Regionen. Da die internen Lösungen meist durch die Klinikträger selbst organisiert würden, werde man sich in der nächsten Zeit vor allem um die Etablierung von regionalen Weiterbildungsverbänden kümmern. Diese sollen eine strukturierte Weiterbildung mit bevorzugter Vermittlung hausärztlich relevanter Fähigkeiten sowie den Erwerb der FA-Kompetenz in der



Foto: S. Rudat

KoStA-Leiterin Antje Koch informierte umfassend über Weiterbildungsverbände.

Mindestweiterbildungszeit von fünf Jahren ermöglichen. Auf Wunsch sollen weite Teile der Weiterbildung in Teilzeit machbar sein. Aktuell ist vorgesehen, mit dem Bezirk Spandau zu beginnen, gefolgt von Köpenick/Hellersdorf/Marzahn und Neukölln/Treptow. Dazu sollen alle Weiterbildungsbefugte in den Kliniken und den Praxen kontaktiert werden, um einen tragfähigen Verbund zu etablieren. Gleichzeitig sei es notwendig, einen Koordinator zu finden – ähnlich wie Dirk Buchwald in Havelhöhe. Diese Person würde als Ansprechpartner für alle Beteiligten fungieren, die Rotationspläne erstellen und bei Bedarf Treffen der Verbundbefugten organisieren. Dabei würde er oder sie von der KoStA entsprechend unterstützt, betonte Antje Koch. Wie Kammervorstandsmitglied Stephan Bernhardt erklärte, ist das geplante Modell nur beispielhaft: „Wir haben natürlich auch nichts dagegen, wenn sich spontan ein Verbund in Neukölln gründen möchte.“

Die anwesenden Befugten aus Klinik und Praxis, die gezielt eingeladen worden waren, erkundigten sich bei Antje Koch, wie groß die Nachfrage von jungen Ärztinnen und Ärzten nach den Weiterbildungsmöglichkeiten in der Allgemeinmedizin sind. Koch bestätigte eine große Nachfrage und umfassenden Beratungsbedarf insbesondere beim komplexen Rotationskonzept. Außerdem informierten sie sich über die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Weiterbildung in Teilzeit. Etwas skeptisch zeigte sich ein Befugter aus einer Klinik, dass immer ausreichend Ärztinnen und Ärzte zur Rotation zur Verfügung stünden. Nur dann ließen sich entsprechende Weiterbildungsstellen schaffen. Antje Koch zeigte sich überzeugt, dass sich dies entsprechend realisieren lasse. *srd*

Kontakt: KoStA für Berlin

Dr. med. Antje Koch, Fachärztin für Allgemeinmedizin

Tel.: 030/40806-1180, Tel.: 030/40806-551181

E-Mail: kosta-fuer-berlin@aekb.de

Qualifikation Hygienebeauftragter Arzt / Krankenhaushygieniker

Strukturierte curriculare Fortbildung »Krankenhaushygiene«

Das neugefasste Infektionsschutzgesetz fordert in § 23 (8), dass Inhalt der Hygiene-Verordnungen der Bundesländer u.a. die Sicherstellung geeigneter personeller Voraussetzungen und Qualifikationsanforderungen im Bereich Hygiene in medizinischen Einrichtungen sein soll.

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.

Von der Sächsischen Landesärztekammer werden 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 Umwelt-

medizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin angeboten.

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“ sowie die angebotenen Termine finden Sie auf der Homepage der ÄKB oder erfragen diese bitte telefonisch bei der unten benannten Ansprechpartnerin der ÄKB.

Die Teilnehmerzahl je Modul ist auf 40 begrenzt.

Kursgebühr:
je 600 EUR pro Modul

Fortbildungspunkte:
33 Punkte (Modul VI)

Anmeldung und Info:
Sandra Zippel
Tel.: 030 / 40806-1209
E-Mail: s.zippel@aekb.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Sana Klinikum Lichtenberg

Dr. Jens-Peter Scharf, ehemals Leitender Oberarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Helios Klinikum Berlin-Buch, hat seit April die Leitung der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im Sana Klinikum Lichtenberg übernommen. Er trat die Nachfolge von Prof. Dr. Dirk Elling an, der nach 25 Jahren Tätigkeit in den Ruhestand verabschiedet wurde.

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

Neue Regelung

Fortbildungspunkteübertrag

Im Jahr 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 übertragen 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 Vertragsärzte 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.

Fortbildung

Impfungen in der Praxis

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

Termin:

Sonabend, 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
(Telefon: 40806 1215 /

Fax: 40806 55-1399

E-Mail: fb-aag@aekb.de)

Weiterbildung

Weiterbildungskurs Pädiatrie

der Ärztekammer Berlin zum Facharzt Allgemeinmedizin

Der Kurs Pädiatrie kann in Verbindung mit einem 6-monatigen Weiterbildungsabschnitt in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung den lt. Weiterbildungsordnung zu erbringenden Abschnitt in der Kinder- und Jugendmedizin ersetzen und besteht aus folgenden drei Teilen:

I. 9 Stunden Theoriekurs

II. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis

III. 60 Stunden Hospitation in einer Erste-Hilfe-Stelle der KV

Termine:

9 Stunden Theoriekurs:
jeweils Donnerstag

19.00 – 21.15 Uhr

19.09.2013, 31.10.2013 und
07.11.2013

Ort:

Ärztekammer Berlin,
Seminarraum, Friedrichstr. 16,
10969 Berlin

Gesamtgebühr:

550,-€, 9 Fortbildungspunkte

Information und Anmeldung:

Telefon: 030 / 40806-1203

E-Mail: a.hellert@aekb.de

Online-Umfrage

Schnittstellenmanagement: Ärzte sind gefragt

Ein organisierter Wechsel zwischen Praxis und Krankenhaus gewinnt zunehmend an Bedeutung. Zur Unterstützung haben Experten Checklisten zum ärztlichen Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren entwickelt. Um diese zu verbessern, ist nun die Meinung der Ärztinnen und Ärzte gefragt. Aus diesem Grund hat eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe im Auftrag der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter Moderation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entsprechende Empfehlungen zum ärztlichen Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren erar-

beitet. Seit März 2012 steht die erste Auflage der Checklisten allen Interessenten kostenlos zur Verfügung. Sie umfasst Kriterien für die Einweisung bzw. Aufnahme in das Krankenhaus sowie Entlassungsvorbereitung und Entlassung aus der Klinik. Die Checklisten sollen Mediziner in Krankenhaus und Praxis als Orientierungshilfe für die Gestaltung des Schnittstellenmanagements in der eigenen Einrichtung dienen.

Online-Umfrage unter:
<http://leitlinienportal.aezq.de/umfrage/index.php?sid=43173&lang=de> können die Checklisten bis zum 16. August 2013 kritisch begutachtet werden. Ärzte aus ambulanten und sta-



tionären Einrichtungen sind eingeladen, ihre Erfahrungen zurückzumelden, um die Checklisten noch praxistauglicher zu gestalten. Dabei besteht die Möglichkeit, die Praktikabilität und Notwendigkeit der einzelnen Abschnitte und Empfehlungen der Checklisten zu evaluieren. Außerdem möchten die Autoren der Checklisten von den Teilnehmern erfahren, ob in ihren Einrichtungen bereits ein organisiertes Schnittstellenmanagement etabliert ist.

Material und Wissen zum Schnittstellenmanagement

Ab Ende Mai erhalten Ärzte und andere Interessierte auf der ARZTBIBLIOTHEK (<http://www.arztbibliothek.de/schnittstellenmanagement>) wichtige und nützliche Informationen rund um das Thema ärztliches Schnittstellenmanagement. Das Wissensportal wird neben den Checklisten weitere Tools, Projekte, Links und Dokumente bieten. Fragen zum Projekt und zur Umfrage: Lena Mehrmann, M.Sc. (ÄZQ) E-Mail: Schnittstellenmanagement@azq.de, Tel.: 030 / 4005-2504



*Agomelatin***Zu viele UAW**

Eine französische kritische Fachzeitschrift bezeichnet das Antidepressivum Agomelatin (Valdoxan®), ein Melatonin-Rezeptoragonist, aufgrund seiner unerwünschten Wirkungen (UAW) und strittigen Wirksamkeit als unnötig und gefährlich. Unterschiedliche, auch schwere Leberfunktionsstörungen, Hautreaktionen bis hin zum Stevens-Johnson-Syndrom, muskuläre UAW bis hin zu Rhabdomyolyse, mögliche Herzfunktionsstörungen, gastrointestinale UAW und zentralnervöse UAW (u. a. Aggression, Schlafstörungen, Tinnitus, Krämpfe, Selbsttötungsgedanken bis hin zu erfolgreichen Versuchen) lassen das Risiko-profil von Agomelatin wenig positiv erscheinen. Die Autoren empfehlen, auch vor einer möglichen Marktrücknahme dieses Antidepressivum nicht zu verordnen.

Quelle: Prescr. Internat. 2013; 22: 70-1

*Glukokortikoide***Wenig Erfolg beim Tennisellenbogen**

In einer Zusammenfassung einer amerikanischen Studie zur Anwendung von Glukokortikoiden bei chronischer Epicondylalgia lateralis, dem sogenannten Tennisellenbogen, im Vergleich zu Placeboinjektionen und Physiotherapie wird festgestellt, dass

- Glukokortikoide in dieser Indikation zu höheren Rezidivraten als Placebo nach

einem Jahr führen (Kurzzeitergebnisse nach 4 Wochen waren für Glukokortikoide noch positiv).

- Physiotherapie die Ergebnisse nicht verschlechtert, aber auch keine objektiven Vorteile zeigt.

Quelle: Dtsch Med Wschr 2013; 138: 769

*NSAID***UAW auf Dünn- und Dickdarm**

Neben den bekannten UAW auf den Magen wirken nicht-steroidale Antiphlogisika (NSAID) auch auf Dünn- und Dickdarm ulzerogen, beginnend mit einem subklinischen Mukosachaden bei 60 bis 70 Prozent der Patienten. Im Dünndarm zeigen sich nach 14-tägiger Einnahme eines NSAID bereits ähnlich häufige Blutungen, Ulzerationen und konzentrische Diaphragmen mit Stenosen wie nach Langzeiteinnahme. Spezifische COX-2-Inhibitoren zeigen keinen Vorteil, ebenso wie die zusätzliche Gabe von H₂-Blockern oder Protonenpumpeninhibitoren (PPI). Nur Misoprostol scheint eine Wirkung zu zeigen, ist jedoch aufgrund seiner UAW (Diarrhoe, Bauchkrämpfe) nur bedingt empfehlenswert. Generell sollte bei gastrointestinalen UAW ein Präparat abgesetzt werden – mit schnellem Abheilen entzündlicher Prozesse. Diaphragmatische Stenosen und Strikturen bilden sich jedoch nicht zurück (evtl. Ballondilatation).

Am Dickdarm verursachen NSAID bei oraler Gabe nur selten UAW. Grundsätzlich können jedoch ähnlich UAW wie am Dünn-darm auftreten, vor allem am Colon ascendens.

Cave:

- Die Kombination eines NSAID mit ASS erhöht das Risiko, auch die Low-Dose-Therapie mit zum Beispiel 100 mg/d.
- Fragen nach einer Einnahme von zusätzlichen freiverkäuflichen Präparaten eines NSAID oder ASS vor einer Verordnung dringend zu empfehlen!

Quelle: Gastroenterol. 2010; 5: 461-72, nachgedruckt in Hess. Ärztebl. 2013; 1: 19 -28-

*ACE-Hemmer***Angioödemrisiko neu kalkuliert**

Im Vergleich zu Betablockern war nach einer retrospektiven amerikanischen Kohortenstudie bei über vier Millionen Patienten das Risiko eines Angioödems bei ACE-Hemmern etwa dreifach erhöht, bei AT₁-Blockern praktisch unverändert. Das Risiko schwerer Angioödeme war für AT₁-Antagonisten gegenüber Betablockern nicht erhöht, bei ACE-Hemmern jedoch 5-fach höher. Nachdem beispielsweise unter Therapie mit Captopril Angioödeme bei 0,1 bis einem Prozent der Patienten auftreten, relativieren sich die Zahlen.

Quelle: Dtsch Med Wschr 2013; 138: 302

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen: Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein,
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. 0211 4302-2272

Fieber nach Angolareise

Im März 2013 stellt sich ein fünfzigjähriger Mann im Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit vor. Fünf Tage zuvor ist er von einer zweiwöchigen Reise aus Luanda zurückgekehrt, während der er die Hauptstadt Angolas nicht verlassen hat. Vor Ort ist er nicht krank gewesen. Er erinnert sich lediglich an zehn Insektenstiche. Eine Malariaphylaxe mit Atovaquon/Proguanil ist erfolgt. Vier Tage nach Rückkehr steigt die Temperatur rasch auf 39,4°C, begleitet von Cephalgie, Myalgie und Arthralgie. Bei Vorstellung am Folgetag im Institut für Tropenmedizin zeigt sich ein generalisiertes Erythem. Die

Vitalparameter sind stabil. Das Blutbild zeigt 2400 Leukozyten/ μl , und die Thrombozyten sind mit 120 000/ μl leicht erniedrigt. Das CRP ist nicht erhöht, der Hämatokrit unauffällig. Die Transaminasen sind leicht erhöht und normalisieren sich im Verlauf. Eine Malaria schließen wir per Dicker Tropfen, Ausstrich und Schnelltest aus. Zeichen für eine Rickettsiose wie ein sog. Tache noir fehlen. Die Blutkultur ist im Verlauf negativ, *Salmonella typhi* wird nicht nachgewiesen. Bei diesen drei wichtigen Differentialdiagnosen hätte man u. a. eine CRP-Erhöhung erwartet.

Da das klinische Bild typisch für das sich weltweit ausbreitende Dengue-Fieber ist, werden Untersuchungen auf diese Virusinfektion durchgeführt, obwohl in Angola in den letzten Jahrzehnten kein Fall dieser von Aedesmücken übertragene Erkrankung nachgewiesen wurde. Der spezifische Dengueschnelltest auf NS1-Ag ist wie auch das Dengue-IgM positiv. Das IgG ist am Tag der Erstvorstellung negativ, die Serokonversion kann aber im Verlauf gezeigt werden. Das Fieber sistiert nach wenigen Tagen, und der Patient ist nach zwei Wochen wieder wohl auf. Klinisch handelt es sich um ein Dengue-Fieber ohne Warnzeichen – in Abgrenzung zum Dengue mit Warnzeichen und dem schweren Dengue-Fieber. Das gefürchtete schwere Dengue-

Fieber ist bei europäischen Reisenden auch nach Zweitinfektion selten. Bei Dengue-Fieber gelten die 24-48 h nach Fiebertückgang als die kritische Phase. Im Falle eines schweren Verlaufes stellt das sog. capillary leak mit plötzlichem Hämatokritanstieg und der Gefahr eines Schocks die größte Gefahr dar. Blutungen können vorkommen, sind aber selten der Grund für einen schweren Verlauf, sondern eher die Folge eines Schocks mit disseminierter intravasaler Gerinnung und

Thrombozytopenie. Eine stationäre Aufnahme bei Dengue-Fieber ohne Warnzeichen ist außer bei Risikogruppen die Ausnahme.

Die Therapie ist symptomatisch; die Fiebersenkung erfolgt mit Paracetamol. Ausreichende Flüssigkeitsaufnahme und regelmäßige Blutbildkontrollen sind meist ausreichend. In dem beschriebenen Fall war unser Patient der erste von mehreren Denguefieber-Fällen aus Luanda, die bei Reiserückkehrern auf vier Kontinenten auftraten und über das GeoSentinel-Netzwerk erfasst wurden. Weitere Fälle sind in Portugal nachgewiesen worden bei Arbeitern, die aus Luanda zurückgekehrt sind. Die europäische Gesundheitsbehörde wurde informiert, und die Ausbruchsmeldung per rapid communication verbreitet (Eurosurveillance 2013;21:2). Offiziell sind bis heute über 300 Fälle in Angola bestätigt, von einer deutlich höheren Gesamtzahl ist auszugehen. Ein Todesfall war vor Ort zu beklagen. Dieser Ausbruch illustriert die Möglichkeit des Auftretens von Dengue-Fieber in bislang nicht-endemischen Gebieten. Ein Impfstoff steht nicht zur Verfügung. Aedesmücken stechen bevorzugt tagsüber. Die Vektorkontrolle und strenger Mückenschutz vor Ort sind essentiell.

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

Institut für Tropenmedizin
und Internationale Gesundheit Berlin



CHARITÉ

Von Patientensicherheit und Regressen

Vom 05. bis 07. Juni 13 fand im Berliner ICC wieder der alljährliche „Hauptstadtkongress“ statt. Die Ärztekammer Berlin war am Eröffnungstag gleich mit drei Sessions vertreten und lud im Rahmen des Deutschen Ärzteforums 2013 zu den aktuellen Themen „Patientensicherheit nach dem Patientenrechtegesetz“, „Regressgefahr – was tun?“ und „Im Brennpunkt: Die Leadership-Rolle des Arztes“ ein.

Dass diese Themen den Nerv der Zeit trafen, war unschwer an der großen Teilnehmerzahl zu erkennen, der sich alle drei Sessions trotz zahlreicher vielversprechender Parallelveranstaltungen erfreuen konnten. Den Beginn machte „Patientensicherheit nach dem Patientenrechtegesetz“, eines der Grundsatzthemen der Ärztekammer Berlin und ihres Präsidenten Dr. Günther Jonitz, der die Session moderierte und in die Materie einführte. Mit „Patientensicherheit“ als ärztliches Selbstverständnis seit 1995 von der Ärztekammer Berlin befördert und 2005 über die Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und den einstimmigen Beschluss des Deutschen Ärztetages auf die politische Agenda genommen gilt Berlin heute als Geburtshelfer für Patientensicherheits-Plattformen in Österreich, Frankreich und sogar Japan, wo sich demnächst ein neues Netzwerk gründet. Am Podium referierten aus verschiedenen Blickwinkeln Dr. Christian Thomeczek, Geschäftsführer des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Dr. Marlis Hübner, Leiterin der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer, Professor Hartwig Bauer, ehemaliger Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Professor Jörg Martin, Medizinischer Geschäftsführer der Regionale Kliniken Holding RKH GmbH,

zuvor Alleingeschäftsführer der ALB FILS KLINIKEN GmbH sowie Anästhesist in der Klinik am Eichert Göppingen.

Es ging um gelebte Sicherheitskultur, also einen offenen Umgang mit Fehlern, um Transparenz und Auswertung von Daten aus Qualitätsindikatoren und Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS), auch um die entsprechenden Rechtsgrundlagen wie die neuen Dokumentations-Pflichten, die sich durch das Patientenrechtegesetz für den Arzt ergeben, ebenso aber um die Bewusstmachung für fehlerproduzierende Bedingungen im ärztlichen Alltag von u.a. Personalmangel bis Burnout und überlangen Arbeitszeiten. Vorgestellt wurden Systeme zur Messung und Implementierung von Fehlervermeidungssystemen wie Checklisten und Qualitätszirkel sowie die abschließende Frage, „was tun, wenn CIRS öffentlich wird?“, mit der Jörg Martin eindringlich den selbst erlebten Fall am Göppinger Klinikum im letzten Jahr schilderte, als die Presse interne CIRS-Berichte veröffentlichte und eine Welle der Skandalisierung über das Klinikum einbrach. Wie das Klinikum offensiv dagegen vorging und sich innerhalb von zwei Tagen in der Presse vom ‚schwarzen Schaf‘ zum Vorreiter für Sicherheitskultur in der Region wandelte, ist als Zeugnis höchster innerbetrieblicher Akzeptanz und

einer respektvollen öffentlichen Annäherung an das Thema Behandlungsfehler zu verstehen. Dass der Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr im Rahmen seiner Eröffnungsrede zum Hauptstadtkongress das Thema Qualitätsindikatoren einschloss, macht deutlich, dass auch die Politik die Bedeutung von Patientensicherheit inzwischen erkannt hat.

Die Angst, geköpft zu werden

Gleich im Anschluss folgten parallel zueinander die beiden Sessions „Im Brennpunkt: Die Leadership-Rolle des Arztes“ und „Regressgefahr – was tun?“. Letztere fand im Rahmen des so genannten „Tages der Niedergelassenen“ statt und wurde vom Vizepräsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. Elmar Wille, moderiert. In seiner Einleitung machte er vor dem zahlreich erschienen Publikum deutlich, wie brisant das Thema Regress für niedergelassene Ärzte ist. „Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind symptomatisch für die Grundhaltung in unserem Gesundheitssystem.“ Das Sozialgesetzbuch V sei inzwischen die „Bibel des Kassenarztes“. Wille machte klar, dass der Kassenarzt als einziger von seinen Verschreibungen wirtschaftlich nicht profitiere, gleichzeitig aber voll dafür hafte – bis hin zu seinem Privatvermögen.

Mit ähnlichem Furor machte Dr. Gerd Benesch, niedergelassener Neurologe und von Regressforderungen betroffen, weiter. „Ich will mich empören“, erklärte er dem Publikum, das zu großen Teilen aus niedergelassenen Ärzten, Kassen- und Pharmavertretern bestand und berichtete, dass seine Fachgruppe beson-

ders gebeutelt sei. „Unter den Kollegen herrscht der Eindruck von Willkür“, betonte er. Bei einer Richtgrößenprüfung fühle man sich wie ein Verbrecher. Benesch stellte verschiedene Regressforderungen beispielhaft vor. Dabei zeigte er auf, wie fehlerhaft diese häufig sind. Gleichwohl müsse sich der betroffene Arzt auch bei offensichtlicher Fehlerhaftigkeit vor dem Beschwerdeausschuss rechtfertigen. Benesch stellte einen Forderungskatalog auf, der ebenso wie Resolution der KV Berlin vom 23. Mai auf die Abschaffung der Richtgrößenprüfungen zielte.

KV-Vorstand Burkhard Bratzke stellte anschließend die größten Irrtümer rund um das Prüfverfahren und die Arzneimittelrichtgrößen umfassend richtig. Dazu gehörten, dass die Richtgrößen den durchschnittlichen Bedarf eines Patienten widerspiegeln, Richtgrößen keine Auswirkung auf die Versorgung hätten, die KV die Regresse mache und nur ein Prozent der Ärzte betroffen sei. Die Zahl der betroffenen Ärzte sei viel höher, außerdem habe jeder das Gefühl, dass er Gefahr laufe, „geköpft“ zu werden. Bratzke stellte außerdem anschaulich dar, welcher Zeit-, Kosten- und Nervenaufwand zur Regressabwehr notwendig sei.

Den Gegenpart übernahm Dr. Jochen Seidel, Leiter der gemeinsamen Prüfungsstelle in Mecklenburg-Vorpommern und nach eigenen Angaben der einzige Arzt in dieser Position. Für seinen unglücklichen Vergleich des Prüfverfahrens mit der Straßenverkehrsordnung erntete er Kopfschütteln, er konnte allerdings zeigen, dass es in Mecklenburg-Vorpommern durch einen kollegialen und sachbezogenen Umgang mit den nieder-

gelassenen Ärzten in der jüngeren Zeit nicht mehr zu Regressforderungen gekommen sei. Sein Vortrag machte zudem die höchst unterschiedliche Situation in den verschiedenen Bundesländern und die Spielräume der Prüfungsstellen deutlich. In der anschließenden Diskussion machte Kammervize Elmar Wille deutlich, dass niedergelassene Ärzte aufgrund des Regressrisikos jeden Tag „mit der Schere im Kopf“ in die Praxis gingen. Ein Zustand, der so nicht haltbar sei.



Aus Sicht von Kammervizepräsident Elmar Wille, Nervenarzt Gerd Benesch und KV-Vorstand Burkhard Bratzke (v. r.) sollten Richtgrößenprüfungen abgeschafft werden.

Wie richtig führen?

„Leadership“ bzw. „Ärztliche Führung“, das sich ehemals aus dem Thema „Qualität“ entwickelte, zählt ebenso wie „Patientensicherheit“ zu den zentralen Themen der Ärztekammer Berlin. Kammerpräsident Günther Jonitz hatte es 2002 in den Gremien der Bundesärztekammer initiiert und war maßgeblich am 2007 erschienenen „Curriculum Ärztliche Führung“ beteiligt. Der darauf basierende Kurs „Ärztliche Führung“ an der Ärztekammer Berlin ist seit 2010 ein wahrhafter ‚Dauerbrenner‘ und nicht selten ausgebucht (rechtzeitige Anmeldung lohnt sich! Anm. der Red.). Wie vielseitig das Thema „Führung“ oder „Leadership“ ist und welche gemeinsamen Erfahrungen damit gemacht werden, zeigten vier ausgewählte Referenten aus ihrem ganz speziellen Blickwinkel. Dies waren Dr. Ulrich Wandschneider, Vorsitzender der Geschäftsführung der Asklepios Kliniken GmbH in Hamburg, Dr. Andrea Grebe MPH, Geschäftsführerin der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Dr. Jens Bolten, Consultant Cardiothoracic Ana-

esthetist des St George's Hospital in London, Prof. Gottwald, Vorstand und Gesellschafter der Ovesco Endoscopy AG, Tübingen und Gründungsgeschäftsführer der Fresenius Biotech GmbH, die Moderation teilten sich Dr. Jonitz und Dr. Michael Kröher, Redakteur des Manager Magazins. Die Quintessenz vorab: Führung ist Ausdruck sozialer Kompetenz und muss nach Überzeugung aller, von den Ärzten übernommen werden. „Ohne ärztlichen Sachverstand ist eine Klinik nicht zu führen“, so Jonitz. Dazu bedarf es auf der einen Seite der notwendigen Kompetenzen (bis hin zu volkswirtschaftlichem und ökonomischen Know-how) sowie Visionen, die motivieren, sich persönliche Ziele zu setzen und das Team voranzubringen. In diesem Zusammenhang wurde darüber debattiert, was Charisma und Aura für eine Führungspersönlichkeit bedeuten, inwiefern so genannte Soft Skills erlernbar sind, wie wichtig es ist, den Nachwuchs – möglicherweise auch in dieser Frage – bestmöglich zu fördern und ob allein die Abiturnote

und ein „simpler“ Test über die Zulassung zum Medizinstudium entscheiden können. Andrea Grebe resümierte daraus „Klinikmanagement im Spannungsfeld zwischen Ethik und Monetik“ und brachte damit einen zentralen Gedanken der Diskussion auf den Punkt: Eine Führungskraft sollte in der Lage sein, die Interessen verschiedenster Gruppen zu verbinden und daraus gemeinsame Ziele zu definieren. Einen erfrischend neuen Blick auf das Thema präsentierte Jens Bolten, aus London kommend, der verdeutlichte, dass Großbritannien allein kulturhistorisch ein anderes Verständnis von „Leadership“ und „Team“ hat. Das zeige sich an der gängigen Anrede mit dem Vornamen ebenso wie an der Überzeugung eines „distributional leaderships“, das in Großbritannien systemimmanent sei und Autonomie und Verantwortung auf allen Ebenen, bis hin zum Patienten fördere. In diesem System flacher Hierarchien ginge es nicht darum, einen Chefarzt auszubilden, sondern jedem Führungsqualitäten zuzubilligen und diese bereits

im Studium zu vermitteln. Aber egal mit welchen Mitteln und auf welchen Wegen, einig waren sich zum Schluss alle darin, dass ärztliche Führung grundlegend ist, um Orientierung zu bieten und das Gesundheitssystem aktiv zu gestalten. Die Führung des Gesundheitssystems von Außen könne nicht funktionieren. Dass das Thema grundlegend angekommen ist, machte diese Session deutlich.

mpe, srd

BERLINER ÄRZTE 6/2013

Korrektur

In der Titelgeschichte „Stadt, Land, Medicus“ in Heft 6/2013 wird auf S. 19 wird die Berliner KV-Vorsitzende Angelika Pohn zitiert, dass die KV die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin mit 3.700 Euro pro volle Stelle fördere. Dies ist nicht ganz präzise.

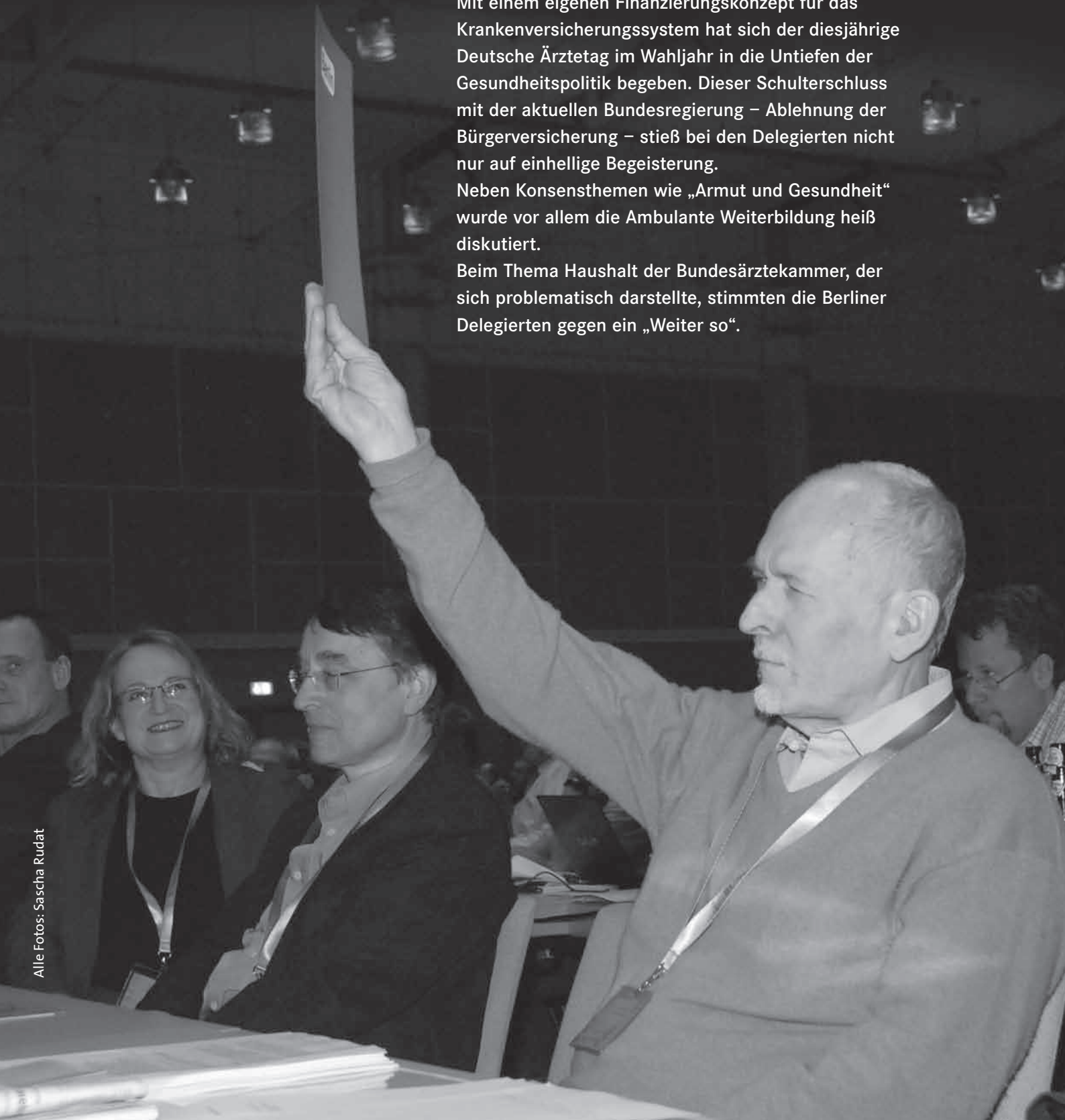
Korrekt ist, dass die Förderung zur Hälfte von der KV und zur Hälfte von den Krankenkassen übernommen wird.

116. Deutscher Ärztetag in Hannover

Mit einem eigenen Finanzierungskonzept für das Krankenversicherungssystem hat sich der diesjährige Deutsche Ärztetag im Wahljahr in die Untiefen der Gesundheitspolitik begeben. Dieser Schulterchluss mit der aktuellen Bundesregierung – Ablehnung der Bürgerversicherung – stieß bei den Delegierten nicht nur auf einhellige Begeisterung.

Neben Konsensthemen wie „Armut und Gesundheit“ wurde vor allem die Ambulante Weiterbildung heiß diskutiert.

Beim Thema Haushalt der Bundesärztekammer, der sich problematisch darstellte, stimmten die Berliner Delegierten gegen ein „Weiter so“.



Alle Fotos: Sascha Rudat

Rote Karte aus Berlin

Von Sascha Rudat



Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) nutzte seine Rede bei der Eröffnung des Ärztetages erwartungsgemäß für den Wahlkampf, so dass die Aufzählung der unter Schwarz-Gelb verabschiedeten Gesetze lang wurde. Einig waren sich Bundesärztekammerpräsident Frank-Ulrich Montgomery und Bahr vor allem in ihrer Ablehnung der Bürgerversicherung. Montgomery bestätigte dem aktuellen dualen Krankenversicherungssystem prinzipiell ein gutes Funktionieren. Nötig seien aber Reformen beider Teil-Systeme. Die Vorschläge der Bundesärztekammer für eine Neuausrichtung der finanziellen Basis fanden ein widersprüchliches Echo bei den Delegierten. Stellenweise wurde der Vorwurf laut, das Konzept sei unausgegoren. Montgomery beeilte sich zu betonen, dass es sich um eine „Konzept-Skizze“ als Denkanstoß und nicht um ein ausgefeiltes Konzept handele.

Unter dem Titel „Menschen statt Margen in der Medizin“ wurde ein Leitantrag verabschiedet, der fordert, dass sich das Gesundheitssystem statt nach rein ökonomischen Vorgaben stärker an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten habe. Die Dynamik der Überregulierung sowie der Ökonomisierung müsse durchbrochen werden, um wieder den notwendigen Raum für Therapiefreiheit und -verantwortung herzustellen, hieß es.

In der anschließenden Diskussion sprach sich Berlins ehemaliger Kammerpräsident Ellis Huber, seit 15 Jahren erstmals wieder Delegierter, in aller Deutlichkeit gegen das duale Kassensystem aus, was auf wenig Gegenliebe im Plenum stieß. Sein entsprechend formulierter Antrag wurde abgelehnt. Eine Vielzahl von Rednern sprach sich deutlich gegen eine Bürgerversicherung, wie sie Rot/Grün plant, aus. Heinrich-Daniel Rühmkorf, bis vor kurzem noch Gesundheitsstaatssekretär in

Brandenburg, erklärte: „Ärztetage ver-teufeln immer schnell die Politik.“ Man müsse aber schauen, wie viel Geld in das System hineingegeben werde. Mit den vorhandenen Mitteln müsse von Seiten der Ärzte verantwortungsbe-wusst umgegangen werden. Sein dazugehöriger Antrag wurde an den Vorstand überwiesen.

Beim Thema Korruption konnten die Berliner Delegierten Katharina Kulike, Eva-Müller-Dannecker und Matthias Albrecht für einen Antrag mit dem Titel „Physicians Payment Sunshine Act“ eine klare Mehrheit finden. Dahinter verbirgt sich die Forderung, alle Arzneimittel- und MedizinproduktHersteller nach US-Vorbild gesetzlich zu verpflichten, regelmäßig ihre Zuwendungen an Ärzte jenseits einer Bagatellgrenze offenzulegen.

Ein Antrag des Berliner Kammerpräsi-denten Günther Jonitz und der Delegierten Peter Bobbert, Christian Brost und Klaus Thierse mit der Forde-rung an die GKV, ihren Leistungskatalog nach den gleichen wissenschaftlichen Kriterien durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüfen zu lassen, wie es bei den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) durchgeführt wird, ging an den Vorstand.

Armut macht krank, Krankheit macht arm

Auf diese Formel ließ sich das Impuls-referat des Soziologen Olaf von dem Knesebeck bringen. Zunächst ging er auf die verschiedenen Armutsdefini-tionen ein („Absolute und relative Armut“), um dann die verschiedenen – hinlänglich bekannten – Risikogruppen zu identifizieren. Im Anschluss zeigte er die gesundheitlichen Unterschiede ver-schiedener Einkommens-, Sozial- und Bevölkerungsschichten auf, was insbe-

sondere für die Berliner Delegierten keine Überraschungen zu Tage förderte. „Gesundheitliche Ungleichheiten lassen sich in allen Lebenslagen zeigen, vom Beginn des Lebens, bis ins hohe Alter“, fasste Knesebeck zusammen. „Es ist eine Schande, dass die Lebenserwartung in unserem reichen Land schichtenabhängig immer noch um zehn Jahre differiert“, ergänzte BÄK-Präsident Montgomery. Soweit die Problemerkennung. In der anschließenden Diskussion wurde schnell klar, dass die Ärzteschaft dieses gesamtgesellschaftliche Problem nicht im Alleingang lösen kann.

Der BÄK-Vorstand forderte deshalb in seinem Leitantrag, die Informationen zur Wahrnehmung der Schwangerenvorsorgeuntersuchung zu verbessern und eingehender über die Gefahren des Konsums von Alkohol, Tabak und anderen Substanzen während der Schwangerschaft aufzuklären. Auch an Kindertagesstätten und Schulen soll durch Ausbau von Schuluntersuchungen und Gesundheitsförderungsangeboten die Prävention gefördert werden. Darüber hinaus sollen Langzeitarbeitslosen mehr Angebote zur Vorsorge von Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden. Daneben setzt sich der Ärztetag für den Aufbau eines flächendeckenden Netzes medizinischer Hilfe für Wohnungslose sowie für die angemessene Versorgung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus und für eine Stärkung präventiver Angebote für ältere Menschen ein.

Heinrich-Daniel Rühmkorf betonte, dass die Kommunen ihren sozialstaatlichen Aufgaben – Stichwort Öffentlicher Gesundheitsdienst – immer weniger nachkommen könnten. Es müsse ein deutliches Signal des Ärztetages an die Länder gehen, dass diese eigene Verpflichtungen hätten, denen sie nachkommen müssten. Der Berliner Hans-Detlef Dewitz unterstrich, dass vor allem die Frage der Bildungsferne entscheidend für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern sei. Ellis Huber erklärte, dass die Ärztekammer Berlin sich die-



Delegierter Heinrich-Daniel Rühmkorf

sem Thema seit vielen Jahren intensiv widme und führte als Beispiel die Beteiligung der ÄKB am Kongress „Armut und Gesundheit“ an. In einem Antrag forderte er die BÄK auf, sich ebenfalls finanziell an dem Kongress zu beteiligen. Auf Grund der Kostenrelevanz wurde der Antrag an den Vorstand überwiesen.

Neue Muster-Fortbildungsordnung

Relativ schnell über die Bühne ging die Verabschiedung einer neuen Muster-Fortbildungsordnung, die nach drei Jahren und zahlreichen Runden durch Landes- und Bundesgremien abstimmungsreif war. Der vorgelegte Vorstandsentswurf wurde ergänzt um einen Passus, wonach Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten gegenüber den Teilnehmern an der Fortbildungsmaßnahme offengelegt werden müs-

sen. Keine Mehrheit fand hingegen ein Antrag, wonach sich Fortbildung nur auf medizinische Inhalte beziehen soll, „die durch naturwissenschaftliche Evidenz oder erfahrungswissenschaftliche Werte – wenigstens entsprechend der Empfehlungsstärke „klinischer Konsens (Good Medical Practice)“ belegbar sind“. Für Verwunderung und Unverständnis stieß bei vielen Delegierten ein Antrag der Kammerpräsidenten aus Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern, Mathias Wesser und Andreas Crusius, mit dem die Kategorien, nach der Fortbildungsveranstaltungen klassifiziert sind, vollkommen neu geordnet werden sollten. Eine Mehrheit fand dieser Vorstoß, mit dem die Muster-Fortbildungsordnung noch einmal komplett aufgerollt worden wäre, allerdings nicht.

Berlin zeigt die rote Karte

Der Vorsitzende der Finanzkommission, Franz Bernhard Ensink, zeichnete ein erstes Bild der finanziellen Lage der Bundesärztekammer. Grund sei unter anderem die Restrukturierungsphase, in der sich der Deutsche Ärzteverlag („Deutsche Ärzteblatt“) aktuell befinde. Ensink wies darauf hin, dass mögliche Einsparungen von den Delegierten getroffen und dann auch mitgetragen werden müssten. Dazu könnten auch Einschnitte bei gewohnten Dienstleistungen gehören. „Wenn man sich von etwas Liebgewonnenem trennt, tut es immer weh.“ Doch wenn erst die Rücklagen der BÄK „verfrühstückt“ seien, werde es noch härter für die Landes-



Papierflut auf dem Deutschen Ärztetag

ärztekammern. Damit es genau dazu nicht kommt, stimmten die Berliner Delegierten gegen den Haushaltsvoranschlag der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014 in Höhe von 18.589.000 Euro – als einzige Landesärztekammer. Stimmführer Dietrich Banzer zeigte dabei die rote Karte.

Gleichzeitig stellten die Berliner Delegierten fraktionsübergreifend einen Antrag, in dem die Bundesärztekammer aufgefordert wird, das strukturelle Defizit ab dem Haushaltsjahr 2014/15 durch Senkung der Ausgaben zu beheben. „Das Auflösen von Rücklagen und ein überproportionales Anheben der Umlagen für die Landesärztekammern sind kein probates Mittel, eine zukunftsorientierte Haushaltsplanung zu garantieren. Ohne Behebung des aktuellen strukturellen Finanzdefizits durch Senkung der Ausgaben nach arztpolitischen Prioritäten kann zukünftig ein ausgeglichener Haushalt nur durch massive Anhebung der Umlagen für die Landesärztekammern erreicht werden“, hieß es in dem Antrag weiter, der mit überwältigender Mehrheit verabschiedet wurde.

Schluss der Rednerliste

Ärztetage sind zur Entscheidungsfindung und zum intensiven Austausch da. Letzteres wird von den Delegierten in Form von Redebeiträgen teilweise intensiv genutzt. Rednerlisten mit über 60 Delegierten – wie beim TOP ambulante Weiterbildung – waren auch beim diesjährigen Ärztetag keine Seltenheit. Bislang konnten Delegierte, die zu dem jeweiligen Tagesordnungspunkt noch nicht gesprochen hatten, „Ende der Aussprache“ beantragen. Stimmten die Delegierten dem zu, war die Aussprache sofort beendet. Einen etwas weichen Abschluss sollte durch die Einführung von „Schluss der Rednerliste“ geschaffen werden. Stimmen die Delegierten dafür, wird die bestehende Rednerliste zu Ende geführt. Der entsprechende Antrag auf Änderung der Geschäftsordnung wurde aber zunächst einmal ausführlich und lange diskutiert. Einige Delegierten hiel-

ten die Ergänzung für überflüssig, andere sahen darin eine sinnvolle Erweiterung des bestehenden Instrumentariums. Letztere Gruppe bildete in der Abstimmung schließlich die große Mehrheit, so dass seit dem diesjährigen Ärztetag die Möglichkeit besteht, über „Schluss der Rednerliste“ abzustimmen. Das neue Instrument kam dann auch umgehend zum Einsatz.

Intensiv ausgehandelter Kompromiss

Das Thema Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWbO) entwickelte sich erwartungsgemäß schon vor dem Deutschen Ärztetag zu einem heißen Eisen, als die Fachgesellschaften

ihre Vorstellungen von neuen oder geänderten Weiterbildungsinhalten abgeben sollten. Zum großen Knall kam es auf dem Ärztetag allerdings beim Thema ambulante Weiterbildung. Stein des Anstoßes war ein Ergänzungsantrag von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Reform der ambulanten Weiterbildung, der als Grundlage zur Forderung nach einer auskömmlichen Finanzierung dienen sollte. Teilen des Marburger Bundes war insbesondere der Begriff Pflichtweiterbildung ein Dorn im Auge. Unter Buh-Rufen und Beifall goss der stellvertretende MB-Vorsitzende Andreas Botzlar aus Bayern mit deftiger Rhetorik kräftig Öl ins Feuer, woraufhin sich KBV-Chef Andreas Köhler genötigt sah, von „beinahe paranoiden Vorstell-

Was die Ärztetagsdelegierten wollen

Der saarländische Ärztekammerpräsident Josef Mischo leitet eine BÄK-Arbeitsgruppe mit dem klingenden Namen „Entscheidungsqualität – Optimierung der innerärztlichen Entscheidungsprozesse“. In dieser Funktion stellte er die Ergebnisse einer Befragung zum Beratungs- und Entscheidungsverfahren des Deutschen Ärztetages vor. An der Befragung hatten sich 176 DÄT-Delegierte beteiligt.

So wünschten sich 101 Delegierte mehr Zeit, um sich mit den Leitträgen der BÄK befassen zu können. Ablehnung gab es von 149 der Befragten bei der Frage, ob Anträge nur zu Themen, die auf der Tagesordnung des DÄT stehen, gestellt werden können. Dass Spontananträge nur als Änderungsanträge zu bereits vorliegenden Anträgen möglich sein sollen, lehnten 116 Befragte ab. Gar 163 der Befragten wünschten sich Zusatzinformationen zu Anträgen hinsichtlich Wiederholungen bestehender alter Beschlusslagen. Außerdem plädierten 158 Delegierte dafür, dass Änderungsanträge zu Musterordnungen regelhaft von der BÄK hinsichtlich ihrer Folgenwirkung bewertet werden sollen. Uneinheitlich dagegen das Bild bei der Frage, ob die Sichtung der umgedruckten Anträge während der DÄT-Beratungen problematisch ist. Gleichstand auch bei der Frage, ob für die Beratungsthemen zum TOP „Tätigkeitsbericht“ mehr Vorbereitungszeit benötigt wird.

Zusammenfassend lässt sich laut Mischo sagen, dass die Delegierten keine zu starken Beschränkungen durch formale Entscheidungsvorgaben wollen, sich gleichzeitig aber mehr Professionalisierung der Entscheidungsfindung auf dem DÄT wünschen. Die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages würden vor allem dann Akzeptanz in der Ärzteschaft, Politik und Gesellschaft finden, wenn bei der Entscheidungsfindung die Meinungsvielfalt beachtet würde, die Prozesse transparent seien, die Folgewirkungen berücksichtigt und Beschlüsse in der Folge konsequent umgesetzt würden. „Wir müssen aus der Vielfalt heraus eine Einheit bilden“, formulierte Mischo seinen heren Wunsch an die Delegierten.

ungen“ zu sprechen. Gleichzeitig betonte er, dass die KBV nicht vorhabe, sich ins Weiterbildungsrecht einzumischen. Es folgten stundenlange Aussprachen im Plenum, in denen der KBV-Antrag von allen Seiten beleuchtet wurde und sich auch die Berliner Delegierten für die eine oder andere Seite zu Wort meldeten, und ein Sitzungs-marathon hinter verschlossenen Türen, an dem unter BÄK-Moderation KBV, Marburger Bund, Hartmannbund, BDI und BDA teilnahmen. Heraus kam schließlich ein Kompromiss-Antrag, der es allen Seiten Recht machen sollte. Der Reizbegriff „Pflicht-“ war verschwunden – ersetzt durch „muss“. Die Organisation der ambulanten Weiterbildung, die in Zukunft wie die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin rotieren soll, untersteht auch weiterhin den Landesärztekammern. Dazu sollen Weiterbildungsverbände organisiert werden. Vor der Novellierung muss aber erst die Finanzierung geklärt werden. Nach den Vorstellungen der KBV sollen dazu Mittel aus dem Gesundheitsfonds fließen. Ob dies der Gesetzgeber mitmacht, bleibt abzuwarten. Ziel ist es, die sektoralen Grenzen bei der Bezahlung von Ärzten in Weiter-

bildung aufzuheben. Der Kompromissantrag fand schließlich ebenso wie der Initiativantrag des BÄK-Vorstandes eine große Mehrheit.

Neben diesen parlamentarischen Grabenkämpfen um die ambulante Weiterbildung gingen die übrigen Inhalte der geplanten Novelle fast unter. Der schleswig-holsteinische Kammerpräsident Franz Bartmann führte aus, dass die Rückmeldungen der Fachgesellschaften den Wunsch nach vier neuen Facharztbezeichnungen, einer Schwerpunkt-Bezeichnung und 22 Zusatz-Bezeichnungen ergeben hätten. Bartmann erklärte, dass es Ziel sei, die Novelle der MWbO beim nächsten Ärztetag in Düsseldorf vorzulegen, räumte aber ein, dass dies sehr ehrgeizig sei. Mit der neuen Weiterbildungsordnung soll ein Paradigmenwechsel hin zu einer stärkeren Kompetenzbasierung erfolgen. Die didaktischen Hintergründe dazu wurden umfassend dargestellt. Weiteres Ziel ist es, die Möglichkeiten zur Weiterbildung in Teilzeit auszubauen und zu flexibilisieren. Die Berliner Delegierte Eva Müller-Dannecker forderte die verantwortlichen

Gremien auf: „Nehmen Sie sich die Zeit, die nötig ist. Qualität geht vor Schnelligkeit.“ Zusammen mit Katharina Kulike, die sich gerade in Weiterbildung befindet, brachte sie eine ganze Reihe von Anträgen auf den Weg. Der Großteil der Anträge wurde von den Delegierten an den BÄK-Vorstand überwiesen.

Abgelehnt wurde ein Antrag Kulikes, in dem quasi Zwischenprüfungen während der Weiterbildungszeit gefordert wurden.

Ein gemeinsamer Antrag der Berliner Katharina Kulike, Klaus Thierse und Matthias Albrecht zur Zusammenlegung von Allgemeiner und Viszeralchirurgie wurde an den Vorstand überwiesen.

Berliner Akzente

Unter dem Tagesordnungspunkt Tätigkeitsbericht sammelt sich erfahrungsgemäß eine Vielzahl spannender und richtungweisender Anträge. Nachfolgend soll eine Auswahl der wichtigsten angenommenen Anträge unter Berliner Beteiligung ohne Anspruch auf Vollständigkeit kurz vorgestellt werden:



Die Ärztetagsdelegierten zeigen ihre Organspendeausweise.

Personalentwicklungskosten in DRGs und EBM

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass Personalentwicklungskosten künftig zusätzlich vergütet werden, z. B. über Diagnosis Related Groups (DRGs) und den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), heißt es in dem Antrag, der zuvor von der Hauptversammlung des Marburger Bundes mit großer Mehrheit verabschiedet wurde (Günther Jonitz).

Definition Ärztlicher Tätigkeit

Mit diesem Antrag wird der BÄK-Vorstand aufgefordert, beim nächsten Deutschen Ärztetag in Düsseldorf in der Muster-Berufsordnung eine Präzisierung der ärztlichen Aufgaben (§1) zur Bestimmung der Reichweite der in der MBO geregelten ärztlichen Berufspflichten zu erarbeiten. Damit soll einem moderneren und vielschichtigeren Arztbild Rechnung getragen werden, das über die unmittelbare Patientenversorgung hinaus geht (Matthias Albrecht/Peter Bobbert/Svea Keller/Klaus-Peter Spies).

Offenlegung aller klinischen Studien

Mit diesem Antrag werden die Europäische Kommission und das Parlament, die nationalen Regierungen, die Zulassungsbehörden und die wissenschaftlichen Einrichtungen aufgefordert, entsprechende Maßnahmen zur vollständigen Offenlegung der Methodik und der Ergebnisse von klinischen Studien umzusetzen (Katharina Kulike/Eva Müller-Dannecker/Matthias Albrecht).

Integrierte Versorgung

Der Gesetzgeber wird mit diesem Antrag aufgefordert, Transparenz über Verträge zur integrierten Versorgung und deren Auswirkungen auf die Patientenversorgung herzustellen. (Günther Jonitz/Matthias Albrecht/Peter Bobbert/Christian Brost/Klaus Thierse).

Aufhebung der Übermittlungspflicht

Der 116. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die Übermittlungspflicht für öffentliche Stellen an



Am Rande des Ärztetages bereite Kamerapräsident Dr. Günther Jonitz ein Video-Grußwort anlässlich der Gründung der Japanese Coalition for Patient Safety vor. Die Organisation hat das deutsche Aktionsbündnis Patientensicherheit zum Vorbild.

die Ausländerbehörde aufzuheben, wenn Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.

Bei diesem Antrag hieß es zunächst „Kinder ohne legalen Aufenthaltsstatus“, dies wurde einstimmig in „Menschen“ geändert (Thomas Werner/Katharina Kulike/Matthias Albrecht/Peter Bobbert).

Ärztinnen in leitenden Positionen

Hiermit wird der Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, Konzepte und Ideen zur Steigerung des Anteils von Ärztinnen in leitenden ärztlichen Positionen zu beschließen und öffentlich wirksam zu verbreiten (Eva Müller-Dannecker).

Gesundheitsversorgung in der EU

Mit diesem Antrag fordert der Ärztetag 2013 die Bundesregierung auf, ihren Einfluss innerhalb der Europäischen Union (EU) geltend zu machen, um die Krankenversorgung in den Mitgliedsstaaten unabhängig von Maßnahmen der Haushaltssanierung aufrecht zu erhalten (Heinrich-Daniel Rühmkorf).

Fazit

Vom 116. Deutschen Ärztetag gingen sicherlich nicht die ganz großen Impulse aus. Die „Konzept-Skizze“ zum Krankenversicherungssystem der Zukunft war eben auch nicht mehr als eine solche. Großer Niederschlag in den Medien blieb aus. Leider gelang es nicht, dieses wichtige Thema mit den anderen gesellschaftspolitisch relevanten Themen wie „Armut und Gesundheit“ zu verknüpfen.

Der mühsam errungene Kompromiss um die ambulante Weiterbildung lenkte den Blick leider zu stark weg von den anderen wichtigen Aspekten der geplanten Novelle der Muster-Weiterbildungsordnung und kostete viel wertvolle Sitzungszeit. Es entstand zudem der öffentliche Eindruck, den verschiedenen Ärzteorganisationen gehe es primär um Einflussverlust und die Hoheit über die Finanzen.

Gleichwohl konnten die Berliner Delegierten über Fraktionsgrenzen hinweg mit einer ganzen Reihe von wichtigen und fundierten Anträgen punkten. Eine deutliche Marke setzten die Berliner mit ihrem Nein zur Haushaltsplanung der Bundesärztekammer und der Forderung, das strukturelle Defizit im Haushalt durch Ausgaben-senkung zu beseitigen. srd

Stimmen der Berliner Delegierten



Thomas Werner

Krankenversicherungssystem der Zukunft

Aus Sicht von Thomas Werner war die Vorlage eines Finanzierungskonzeptes für die Krankenversicherung durch die Bundesärztekammer „diskussionswürdig und ein Schritt in die richtige Richtung“ – auch wenn Vieles nicht neu sei. „Wichtigster Aspekt ist dabei der Erhalt des dualen Finanzierungssystems, das einer konsequenten Überarbeitung unterzogen werden soll, ohne dabei das Rad neu erfinden zu müssen. Innovativ ist zum Beispiel der Ansatz ein zweckgebundenes Gesundheitssparkonto für jedes geborene Kind einzurichten um zukünftige Kostensteigerungen abzumindern“, erklärte Werner.

Klaus Thierse ist da weniger euphorisch: „Der Deutsche Ärztetag muss meines Erachtens Partner solcher Konzepte sein, aber ob wir die Kompetenz und die Manpower haben, selber ein Konzept zu entwickeln, bezweifle ich.“ Klare Ablehnung kommt von Ellis Huber: „Der Kampf um den Erhalt der PKV blamiert die Ärzte: Das altertümliche Konzept ist längst Vergangenheit und politisch-strategisch ein peinlicher Fehler.“ Dietrich Banzer erklärte: Das Finanzie-

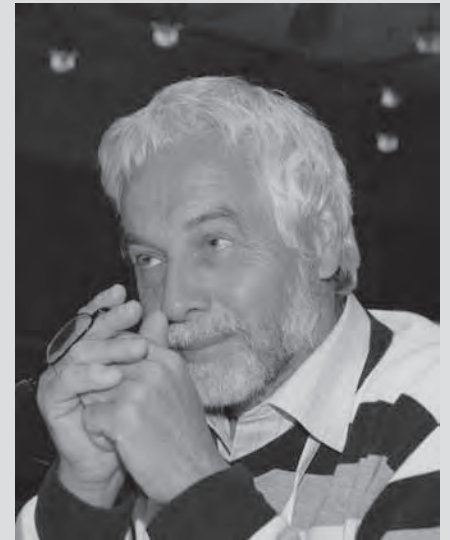
rungskonzept für die Krankenversicherung hält am dualen System fest. Das Problem der laufenden Beitragserhöhung im Alter bei der PKV wird dadurch nicht gelöst. Die Gegenfinanzierung der Kassenpraxen durch die PKV geht zu Lasten der Privatversicherten, daher ist eine Anhebung der EBM-Sätze bei einer EBM-Reform ebenso notwendig wie eine Eindämmung unnötiger IGeL-Leistungen.“ Grundsätzlich gegen ein eigenes Finanzierungskonzept der Ärztschaft spricht sich Kammervizepräsident Elmar Wille aus: „Ärzte sind nicht die besseren Volkswirte, aber sie sind die Fachleute für Diagnostik und Therapie, das heißt die Ausgabenseite kann auf Wirtschaftlichkeit hin wirklich valide nur mit ärztlichem Sachverstand beurteilt werden.“ Ob die Finanzierung über Beiträge oder durch Abgaben/Steuern gesichert wird, ist aber eine allgemein politische Entscheidung, die dem Bundesgesetzgeber zukommt.

Armut und Gesundheit

Nach Meinung von Eva Müller-Dannecker ist das Thema „Armut und Gesundheit“ sehr wichtig: „Leider ist es nicht so gut gelungen, die Verbindungen zwischen den Themen „Wie viel



Eva Müller-Dannecker



Christian Brost

Markt verträgt die Medizin?“ und „Finanzierung einer Krankenversicherung der Zukunft“ herzustellen. Es sollte versucht werden, dass die Bundesärztekammer das Thema „Armut und Gesundheit“ noch stärker in die Öffentlichkeit und auch in die Versorgung trägt.“ Für Thomas Werner ist es richtig, „dass der Deutsche Ärztetag dieser Problematik einen eigenen Tagesordnungspunkt mit ausführlicher Debatte eingeräumt hat, auch wenn sich die Problematik auf Grund der Komplexität nur in einigen, wenigen Teilaspekten erfassen lässt.

Letztlich Aufgabe der Politik, kann die Ärzteschaft hier nur einen Teilbeitrag, wenn auch einen sehr bedeutenden zum Beispiel im Rahmen der Prävention leisten.“ Christian Brost, erstmals Ärztetagsdelegierter, sieht in dem Thema eher ein Feigenblatt: „Das Thema hätte mehr Raum gebraucht.“

Weiterbildung

Der mühsame errungene Kompromiss zur ambulanten Weiterbildung ist aus Sicht von Elmar Wille ein „Kompromiss wie er anders nicht möglich ist zwischen den ärztlichen Gruppierungen,



Katharina Kulike

insbesondere dem Marburger Bund einerseits und der niedergelassenen Ärzteschaft andererseits“. Klaus Thierse kritisiert, dass im Wesentlichen nur die ambulante Weiterbildung diskutiert worden sei und nicht die bevorstehende Novelle der Weiterbildungsordnung. Auch Christian Brost sieht in dem Kompromiss nur einen „Scheinkonsens“, der bei der Frage nach der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung aufbrechen werde. Nach Ansicht von Katharina



Ellis Huber

Kulike ist es gut, „dass ein Kompromiss gefunden wurde, aber ich hoffe, dass die lange Liste an Voraussetzungen die Novelle der Muster-Weiterbildungsordnung nicht verzögert“. Heinrich-Daniel Rühmkorf sieht in dem Kompromiss eher „ordnungspolitischen Nonsens“. Er vermisst eine klare Steuerung, um die Versorgung in unterversorgten Fächern und Regionen zu verbessern. „Das wichtigste Ergebnis des Kompromisses ist, dass es auch zukünftig keine Pflicht zur ambulanten Weiterbildung geben wird“, erklärte Thomas Werner. Ebenso sieht es Dietrich Banzer: „Der Konsens muss im Einzelnen von den zuständigen Gremien noch ausgearbeitet werden. Richtig fand ich, dass die Pflichtweiterbildung in der Praxis ebenso wie der missverständliche Begriff „Assistent“ für den Arzt in Weiterbildung aus dem KBV Entwurf herausgenommen wurden. Die Weiterbildung ist zentrale Aufgabe der Kammer, eine Einmischung der KV im Sinne einer dort zu schaffenden „Abteilung für ambulante Weiterbildung“ muss auf jeden Fall von der Kammer verhindert werden!“

Persönliche Highlights

„Sehr beeindruckend und ein Highlight war der Vortrag von Professor Maio zum Thema der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin. Jeder, der sich in diesem System der zunehmenden materiellen Zwänge bewegt kennt Beispiele dafür, wie sich inzwischen die Prioritäten zwischen Medizin und Ökonomie verschoben haben“, berichtet Thomas Werner. Auch Eva Müller-Dannecker war von Maios Vortrag sehr angetan.

„Mein persönliches Highlight waren die intensiven und spannenden Gespräche mit Delegierten unterschiedlichster Herkunft“, erklärte Katharina Kulike.

Klaus Thierse, langjähriger Delegierter, fand den Ärztetag wie eh und jeh, allerdings seien die technischen Voraussetzungen diesmal besser gewesen.



Klaus Thierse

Kritisches

Ellis Huber, seit 15 Jahren erstmals wieder Delegierter auf dem Ärztetag, beklagte: „Die Grabenkämpfe der Vergangenheit herrschen leider immer noch vor und die gruppenegoistischen Interessen beeinträchtigen die Integrationskraft der ärztlichen Selbstverwaltung.“ Christian Brost hätte sich „mehr Sachlichkeit und themenbezogene Diskussionen“ gewünscht. Auch Thomas Werner fand, dass „die Diskussionen zum Teil sehr langwierig, kleinteilig und von zu vielen Partialinteressen geprägt gewesen sind. Häufig fehlt die Konzentration auf Fakten, um in der Kürze der Zeit das „Wesentliche“ erfassen und auf den Weg bringen zu können.“ Für Dietrich Banzer ist „die (selbstkritische) Auseinandersetzung mit den Korruptionsvorwürfen und der Rolle der Pharmaindustrie (vor allem auch bei Arzneimittelprüfungen!), die das Arztbild in der Öffentlichkeit beschädigt haben, ein wenig zu kurz gekommen“.

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 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
■ 06.09.–07.09.2013	Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen Neu: Breaking Bad News – Aufbaukurs (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P
■ 19.09., 31.10. und 07.11.2013	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 8)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	9 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
■ 28.11.2013 29.11.2013	Spezialkurs im Strahlenschutz – bei interventioneller Radiologie – bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-gebühr: jeweils 155 €	jeweils 9 P
■ 09.12.–11.12.2013	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	21 P
■ 11.12.–13.12.2013	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P
■ 06.01.–15.01.2014 (Kursteil C1) 15.01.–24.01.2014 (Kursteil C2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs C: 990 € Kursteile C1, C2: 495 €	60 P pro Kursteil

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen

Neu: Breaking Bad News - Aufbaukurs

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

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

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

Ein Erfahrungsaustausch zur Anwendung des bisher Gelernten, die Möglichkeit zur Einreichung eigener Fälle und darstellerische Umsetzung als Angebot (s. u.), möglichst viele praktische Übungen im Rollenspiel und mit Simulations-Patienten in individueller thematischer Abstimmung mit den Teilnehmern sowie Coping-Strategien 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 Euro, 17 Fortbildungspunkte.

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 Patentsicherheit 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

Teilnehmergebühren: 550 EUR, 37 Fortbildungspunkte

Qualifikation Hygienebeauftragter Arzt / Krankenhaushygieniker

Strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“

Das neugefasste Infektionsschutzgesetz fordert in § 23 (8), dass Inhalt der Hygiene-Verordnungen der Bundesländer u.a. die Sicherstellung geeigneter personeller Voraussetzungen und Qualifikationsanforderungen im Bereich Hygiene in medizinischen Einrichtungen sein soll.

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. Von der Sächsischen Landesärztekammer werden 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 - Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin angeboten.

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“ sowie die angebotenen Termine finden Sie auf der Homepage der ÄKB oder erfragen diese bitte telefonisch bei der unten benannten Ansprechpartnerin der ÄKB.

Die Teilnehmerzahl je Modul ist auf 40 begrenzt.

Kursgebühr: je 600 EUR pro Modul

Fortbildungspunkte: 33 Punkte (Modul VI)

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

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden- Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im 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.: 40806-1402 (Organisation), Tel.: 40806-1207

(Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2013@aekb.de

www.berliner-aerzte.net!

Delegierte beschließen Änderung der Berufsordnung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 12. Juni 2013

Der gordische Knoten ist zerschlagen: Die Delegiertenversammlung hat einstimmig einer Änderung der Paragraphen 1 und 16 der Berufsordnung zugestimmt. Darin geht es um ärztlich assistierten Suizid und Sterbebegleitung. Die Ärztekammer Berlin geht in ihrer Änderung einen neuen Weg, der deutlich von der Musterberufsordnung abweicht. Außerdem wurde mit großer Mehrheit der Delegierte Peter Bobbert in den Kammervorstand gewählt. Daneben stand noch eine ganze Reihe von Neubesetzungen in verschiedenen Gremien auf der Tagesordnung.

Von Sascha Rudat

Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) begrüßte zu Beginn der Delegiertenversammlung Rüdiger Brand, der in der Fraktion Gesundheit den Platz von Volker Pickerodt einnimmt. Jonitz dankte dem abwesenden Pickerodt, der aus gesundheitlichen Gründen sämtliche Ämter in der Kammer niedergelegt hatte, für die intensive geleistete Arbeit über acht Legislaturperioden hinweg. Auch der niedergelassene Internist Brand ist kein Neuling im Ärzteparlament, er gehörte der DV bereits mehrere Legislaturperioden an.

Bobbert mit großer Mehrheit gewählt

Durch den Tod von Kilian Tegethoff (Marburger Bund) Anfang dieses Jahres war die Nachwahl eines Vorstandsmitgliedes notwendig geworden. Jonitz schlug den Delegierten Peter Bobbert (Marburger Bund) vor. Weitere Kandidaten

gab es nicht. In der anschließenden geheimen Wahl wurde Bobbert, der Vorsitzender des Marburger Bundes Berlin-Brandenburg ist, mit großer Mehrheit gewählt. Er erhielt 30 von 32 Stimmen, bei 2 Enthaltungen. Im Anschluss hatten die Delegierten über eine ganze Reihe von personellen Neubesetzungen abzustimmen. Dazu gehörten folgende Posten:

Vorsitzender des Satzungs- und Geschäftsordnungsausschusses
Peter Bobbert (vorher Kilian Tegethoff)

Persönlicher Vertreter für den Vorsitzenden der Haushaltskommission
Heinrich-Daniel Rühmkorf (vorher Volker Pickerodt)

Stellvertretender Vorsitzender des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses
Wulf Pankow (vorher Volker Pickerodt)

Mitglied Weiterbildungsausschuss I
Jens-Uwe Röhnisch (vorher Dr. Glenn Zachow)



Vorsitzender und stellvertretender Vorsitzender des Krankenhausausschusses
Gebhard von Cossel (vorher Kilian Tegethoff)
Thomas Werner (vorher Gebhard von Cossel)

Mitglied des Ausschusses für Menschenrechtsfragen
Anja Dieterich (vorher Henry Stahl)

Die Delegierten entschieden sich dafür, über alle Personalien im Block abzustimmen. Das Votum fiel einstimmig aus.

Schwieriges Lebensende

Intensiv hatten sich die Delegierten und eine eigens gegründete Arbeitsgruppe mit dem Lebensende von Patienten und der Einordnung in die Berufsordnung beschäftigt. Im vergangenen September war bereits eine Novelle der Berufsordnung von den Delegierten verabschiedet worden. Den schwierigen § 16 („Beistand für Sterbende“) hatte man aber zunächst außen vor gelassen, um sich in aller Ruhe und Angemessenheit mit diesem diffizilen ethischen Grundsatzthema zu befassen. Herausgekommen ist eine Lösung, die ebenso kompakt wie praxisgerecht ist. Dabei war die grundlegende Überlegung, die ärztliche Sterbebegleitung und den ärztlich assistierten Suizid getrennt voneinander zu regeln. Die Vermischung dieser beiden Bereiche hatte immer wieder zu Schwierigkeiten geführt. Außerdem wurde mit der Neufassung einem Urteil



Peter Bobbert (Mitte) ist neues Mitglied des Kammervorstandes.

des Verwaltungsgerichts Berlin vom 30.03.2012 Rechnung getragen. § 16 „Beistand für Sterbende“ lautet in der Neufassung wie folgt:

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.“
Der assistierte Suizid ist jetzt unter § 1 „Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten“ gewandert. Dort heißt es im neu geschaffenen 3. Absatz:
„Die Mitwirkung bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Ärztinnen und Ärzte sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“
Diese Fassung grenzt sich deutlich von § 16 der Musterberufsordnung ab. Dort heißt es im zweiten Teil: „Es ist ihnen [Ärztinnen und Ärzten] verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Kammerpräsident Jonitz zeigte sich überzeugt, mit der Neufassung eine Möglichkeit gefunden zu haben, die der Ausübung des ärztlichen Berufes voll gerecht wird. „Wir haben damit eine wunderbare Lösung, die jede Menge Bürokratie vermeidet.“ Zustimmung bekam er von allen Seiten. Andreas Grüneisen (Fraktion Gesundheit) lobte die Arbeit der Arbeitsgruppe ausdrücklich: „Ich finde die Lösung hervorragend.“

Die Delegierten verabschiedeten die Neufassung einstimmig. Sie muss jetzt noch von der Senatsverwaltung genehmigt werden.

Hannoveraner Nachbartrachtungen

Eine positive Bilanz zog Jonitz zum Deutschen Ärztetag in Hannover. Die Berliner Delegierten hätten wieder einige Wegmarken setzen können. Rund 30 Anträge seien aus Berlin gekommen. Er erläuterte noch einmal das Nein der Berliner Delegierten zum Haushalt der Bundesärztekammer und den fraktionsübergreifenden Antrag, der eine Beseitigung des strukturellen Haushaltsdefizits fordert. (s. Bericht „Rote Karte aus Berlin, S. 14ff.)
„Die inhaltlichen Bedenken zu diesem Haushaltsplan waren sehr vielschichtig.“ Das strukturelle Defizit sei nur durch den Griff auf die Rücklagen auszugleichen gewesen. Dies sei nicht der richtige Weg. Man dürfe auf die weiteren Diskussionen im BÄK-Vorstand gespannt sein.

Deutlich kritisierte Jonitz den Leitantrag „Menschen statt Margen“ des Bundesärztekammervorstandes. Der Antrag, der im BÄK-Vorstand erst am Sonntag vor Ärztetag verteilt worden war, sei vom Grundsatz richtig und wichtig. Aber dass er mit der Forderung nach einer 30-pro-

zentigen GOÄ-Erhöhung ende, sei insbesondere in der Außenwirkung fatal (s. Editorial S. 3).

Kooperation mit dem BMJ

Im Anschluss verabschiedeten die DV-Mitglieder noch einstimmig den Tätigkeitsbericht 2012 der Ärztekammer Berlin.

Außerdem informierte Kammerpräsident Jonitz die Delegierten darüber, dass der Vorstand eine Kooperation zwischen der Ärztekammer Berlin und dem „British Medical Journal“ beschlossen habe. Grundlage der kostenfreien Kooperation ist, dass BERLINER ÄRZTE bis zu sechs Mal im Jahr ins Deutsche übersetzte Artikel aus dem BMJ abdrucken wird. Jonitz bewertete die geplante Zusammenarbeit mit einer der weltweit führenden Medizinzeitschriften, die über einen persönlichen Kontakt zur BMJ-Chefredakteurin Fiona Godlee zustande kam, als großen Erfolg: „Für uns bedeutet das die Tür zur großen weiten Welt.“

srd

Nächste Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin findet statt am
28. August 2013 um 20 Uhr

Palliativmedizin: Ärztekammer Berlin unterzeichnet Charta

Gemeinsam mit Gesundheitssenator Mario Czaja und Diakonievorstand Martin Matz hat Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz am 23. Mai die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ unterzeichnet. Dahinter verbirgt sich eine gemeinsame Initiative der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes sowie der Bundesärztekammer. Seit ihrer Verabschiedung im Herbst 2010 haben 620 Institutionen sowie 2569 Personen die Charta unterschrieben.

Von Sascha Rudat

Die Charta will die Situation der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland verbessern. Sie beschreibt den Ist-Zustand in der Palliativversorgung, verbunden mit Handlungsoptionen und einer Selbstverpflichtung der Unterzeichner für die Zukunft. Die Kernforderungen der Charta sind die Stärkung der Versorgungsstrukturen, der Aus- und Weiterbildung sowie der Forschung in der Hospiz- und Palliativversorgung. Auch soll der gesellschaftliche und politische Diskurs in diesem Thema vorangetrieben und die Palliativversorgung international vernetzt und standardisiert werden.

Die Unterzeichnung fand im Rahmen eines Besuches im Pflegewohnheim St. Elisabeth-Stift der Diakonie im Prenzlauer Berg statt, mit dem Ziel, sich direkt vor Ort ein Bild von der Pflege heute und den Herausforderungen im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen zu machen. Die Unterzeichner der Charta nutzten die Gelegenheit um mit Heimleiterin Roswitha Albrecht, Pflegekräften und Bewohnern des Stifts über die Pflegesituation zu diskutieren. Dabei wurde deutlich, dass die palliativmedizinische Versorgung in Berlin insgesamt sehr gut ausgebaut ist, es aber immer noch Lücken gibt. So berichtete Roswitha Albrecht, dass es immer wieder große Schwierigkeiten gibt, für die Heimbewohner einen Termin beim Facharzt zu bekommen.

In der Pressekonferenz, zu der die Beteiligten anlässlich der Unterzeichnung ein-

geladen hatten, ging es neben der Situation der Palliativmedizin in Berlin und Deutschland stark um die Frage, wie Nachwuchs in der Pflege gefördert und die Pflegeausbildung finanziert werden kann.

Rahmenbedingungen müssen stimmen

„Die gute Nachricht des demografischen Wandels ist, dass die Lebenserwartung in unserer Gesellschaft steigt und wir alle älter werden“, erklärte Czaja. „Dabei wünschen wir uns, dass wir möglichst lange gesund und selbstbestimmt leben können und auch im Falle von schweren Erkrankungen bis hin zum Lebensende auf eine umfassende, menschenwürdige Betreuung und Begleitung vertrauen kön-

nen. In Berlin gibt es gute und etablierte Strukturen, Hilfsangebote und Netzwerke in der Hospiz- und Palliativversorgung. Dennoch müssen wir beispielsweise die palliative Kompetenz in den vollstationären Pflegeheimen weiter stärken, um die Zahl der unnötigen Krankenhauseinweisungen besonders am Lebensende deutlich zu reduzieren.“ Die Unterzeichnung der Charta sei ein wichtiger Schritt, die Betreuung und Versorgung der Berlinerinnen und Berliner an ihrem Lebensende weiter zu verbessern und die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Sterbegleitung zu fördern.

Kammerpräsident Jonitz erklärte: „Das Maß der Humanität einer Gesellschaft bemisst sich auch daran, wie sie mit ihren Mitgliedern an deren Lebensende umgeht. Ärzte nehmen am Lebensende eines Menschen oft eine zentrale Rolle ein. Damit diese wichtige Aufgabe den Bedürfnissen der Schwerstkranken und Sterbenden gerecht werden kann, müssen die Rahmenbedingungen stimmen. Aus diesem Grund setzt sich die Ärztekammer Berlin immer wieder für den Ausbau flächendeckender palliativmedizinischer Strukturen und für größtmögliche Patientensouveränität ein.“ Man könne ein erfülltes Leben durch eine unwürdige Sterbephase beschädigen, aber auch ein weniger schönes Leben zu einem würdi-



Kammerpräsident Günther Jonitz, Senator Mario Czaja und Diakonie-Vorstand Martin Matz zeigen die Charta (v. l.).

gen Abschluss bringen, wenn die Versorgung am Lebensende stimmt. Jonitz machte deutlich, wie sich die Ärztekammer Berlin bereits heute auf vielen Ebenen eine bessere Versorgung alter Menschen einsetzt. Er unterstrich, dass es dabei sehr oft nicht nur um eine medizinische, sondern vor allem um eine soziale Komponente gehe. Gleichzeitig wies Jonitz auf die bevorstehende Änderung der Berufsordnung der ÄkB hin (s. S. 24).

Martin Matz, Vorstand des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz, ergänzte: „Würdevoll leben, auch im Alter und bis hin zum Tod, das ist uns als Diakonie sehr wichtig. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hier im St. Elisabeth-Stift und in vielen anderen Einrichtungen arbeiten täglich hart dafür, älteren Menschen ein zu Hause zu geben, damit sie sich wohlfühlen. Für uns ist klar: Sterben gehört zum Leben dazu. Diese

Erkenntnis in die breite Gesellschaft zu tragen, dazu soll die heutige Unterzeichnung beitragen.“

Weitere Informationen zur Charta finden Sie hier: www.charta-fuer-sterbende.de

West-Medikamente in Ost-Berlin korrekt geprüft

Untersuchungsbericht von 1991 erneut aktuell

Die skandalisierende „Spiegel“-Story im Mai 2013 (Nr. 20 und 21) über Arzneimittelprüfungen in der DDR hat ein aufgeregtes Rauschen im Blätterwald ausgelöst. Sie war aber nur ein erweitertes Remake. Dass schon im „Spiegel“-Heft 6/1991 solch ein Artikel erschienen war, erwähnten zwar einige Zeitungen. Bis zu unserem Redaktionsschluss hat aber allein der „Tagesspiegel“ (am 23. Mai) den Bericht der unabhängigen Untersuchungskommission referiert, die der Senat in Abstimmung mit der Ärztekammer Berlin berufen hatte und die die Vorwürfe des „Spiegel“ damals fast vollständig entkräftete. BERLINER ÄRZTE geht deshalb nochmals auf diesen – hier um einige Fakten und ein Interview ergänzten – Kommissionsbericht ein, der nun neue Aktualität gewinnt.

Von Rosemarie Stein

Das Fazit des Untersuchungsberichts: „Die der Kommission vermittelten Informationen bieten keinen Anlass dafür, dass bei klinischen Arzneimittelprüfungen in der ehemaligen DDR grundlegend andere Maßstäbe oder Vorgehensweisen als in der alten Bundesrepublik zur Anwendung kamen.“ Zwischen den Zeilen gelesen, heißt das nicht, dass alles immer in Ordnung war, sondern nur dies: Soweit man uns informiert hat (wie weit, wissen wir nicht), gab's im Osten wie im Westen ähnliche Regeln, und an die hielt man sich hüben und drüben mehr oder auch weniger.

Die Regeln waren streng

Eine „lasche DDR-Gesetzgebung“ hatte der „Spiegel“ bemängelt. Das Arznei-

mittelgesetz der DDR (vom 27.11.1986) war teilweise aber strenger als das der Bundesrepublik. So mussten Prüfungen nicht nur angezeigt, sondern vom Gesundheitsministerium genehmigt werden. Vorher hatte der „Zentrale Gutachterausschuss für Arzneimittelverkehr (ZGA)“ zu beurteilen, „ob die Voraussetzungen für die Prüfung erfüllt waren und bei der Durchführung ethische Grundsätze gewahrt wurden“. Der nahm diese Aufgabe anscheinend ernst. Sein Vorsitzender, der angesehene Pharmakologe Friedrich Jung, schrieb am 8. Juni 1986 an den stellvertretenden DDR-Gesundheitsminister:

„Ein echtes Problem tritt dann auf, wenn der erwartete Nutzen einer Prüfung am Menschen weder einen Erkenntnisgewinn

noch einen gesundheitspolitischen Fortschritt bringt, indessen aber einen rein ökonomischen Vorteil (Valuta)... In solchem Fall wird jeweils das Vorhaben vom Vorstand des ZGA sorgfältig geprüft, im Zusammenwirken mit dem Beratungsbüro.“ Der Ausschuss konnte sein Votum mit Auflagen versehen. Das erwähnte „Beratungs-Büro für Arzneimittel und medizintechnische Erzeugnisse“ gehörte zum Gesundheitsministerium und war die erste Anlaufstelle für die westlichen (meist westdeutschen) Pharmafirmen.

Die Prüfungsgebühren kassierte der Staat

Eigentlicher Verhandlungspartner und Hauptempfänger der erheblichen Prüfgebühren in der hoch willkommenen Westwährung war für die Auftrag gebenden Firmen die zentrale staatliche „Berliner Import und Export GmbH“ (die in Verbindung mit Schalck-Golodkowskis „Kommerzieller Koordination“ stand). Sie bot den Kliniken und Instituten die von den westlichen Herstellerfirmen gewünschten Arzneimittelprüfungen an.

Erst dann konnte der Prüfleiter in direktem Kontakt mit der westlichen Pharmafirma den Prüfplan eventuell noch beeinflussen. Die Entkoppelung von Akquisition und Ausführung der Prüfaufträge hatte nach dem Urteil der Untersuchungskommission „unter dem Gesichtspunkt des Patienten- und Probandenschutzes Vorteile, weil zwischen Pharma-

Wer ermittelte schon 1991 und wie?

Die fünf kompetenten Mitglieder der Untersuchungskommission waren über jeden Verdacht besonderer DDR- oder Pharmasympathien erhaben. Geleitet wurde sie von der angesehenen Medizinprofessorin Ruth Mattheis, damals Vorsitzende der Ethik-Kommission der Ärztekammer Berlin. Neben einem Vertreter der Senatsgesundheitsverwaltung, Peters, gehörten ihr weiter an: Der renommierte FU-Pharmakologe Helmut Coper, der Mitgründer des pharmakritischen „arznei-telegramm“ Ulrich Moebius und als einziger Ost-Berliner der aus Österreich stammende Gerichtsmediziner der Charité, Otto Prokop.

Die Senatskommission untersuchte rund 120 Arzneimittelprüfungen, die zwischen dem 1. Januar 1987 und dem 2. Oktober 1990 in Ost-Berliner Kliniken, der Charité, Klinikum Buch, Krankenhaus Prenzlauer Berg, Zentralklinik „Wilhelm-Griesinger“, dem Krankenhaus Pankow, Forschungsinstitut für Lungenkrankheiten und Tuberkulose, Zentralinstitut für Krebsforschung,

Institut für Herz-Kreislauf-Forschung stattfanden. Die meisten davon wurden persönlich aufgesucht, wobei man mit 68 an den Prüfungen beteiligten (eher kooperativen) Ärzten sprach. Außerdem fanden schriftliche Befragungen zu jedem einzelnen Versuch statt. Zum Teil wurden auch die Prüfpläne eingesehen. Die Protokollierung und Objektivierung der Prüfergebnisse hätten „wissenschaftlichen Maßstäben genügt und auch dem Erkenntnisgewinn gedient“.

Aus unerfindlichen Gründen präsentierte Gesundheitssenator Peter Luther den seit Monaten vorliegenden Bericht erst am 11. September der Öffentlichkeit, eine Verzögerung, die der ständig attackierten Charité sehr schadete.

Publiziert wurde er, außer in BERLINER ÄRZTE 10/1991, in der nur als Manuskript gedruckten, von der Ärztekammer Berlin herausgegebenen Dokumentation „Die Charité zum Sprechen gebracht – Eine zeitgeschichtliche Dokumentation.“

R. St.

unternehmen und Prüfarzt eine Instanz eingeschaltet ist, die zum Beispiel fallzahlorientierte Prämien – eine nicht unübliche Motivation für die Erprobung neuer Medikamente – wirkungslos macht“.

Auch das prüfende Krankenhaus oder Institut bekam allenfalls Teilbeträge – aber die nötigen Geräte, großzügig bemessenes Verbrauchsmaterial und vor allem die zu prüfenden Medikamente, die in der DDR anders nicht erhältlich waren. Das war Anreiz genug für Ärzte wie auch für Patienten, sich an solchen Prüfungen zu beteiligen. Für die Prüfarzte war ein anderes, sehr wichtiges Motiv die Möglichkeit zu Westreisen, um ihre Ergebnisse vorzutragen.

Multicenter-Studien der Phase III

In den vier Jahren vor der Wiedervereinigung fanden keineswegs, wie der „Spiegel“ behauptete, besonders viele Arzneimittelstudien statt. In Ost-Berlin waren es in vier Jahren etwa 120, in West-Berlin dagegen 200 bis 250, allein 1989, eine Schätzzahl, die Kommissionsleiterin Ruth Mattheis damals bei der Vorstellung des Berichts nannte. Widerlegt wurde auch die „Spiegel“-Angabe, vor allem die eher riskanten Phase I- und II-Studien hätten im Zentrum gestanden: Zu 80 Prozent handelte es sich um Phase III-Studien, also klinische Prüfungen, in denen es zum Beispiel um Indikationserweiterungen ging. Und etwa dreiviertel aller Arzneimittelprüfungen westlicher

Hersteller in Ost-Berlin waren Multi-center-Studien. Die eine Hälfte davon fand an verschiedenen DDR-Orten, die andere Hälfte auch im europäischen und außereuropäischen Ausland statt, jeweils nach demselben Prüfplan.

Ging also alles mit rechten Dingen zu bei den Ost-Prüfungen der West-Medikamente? Kommissionsmitglied Otto Prokop damals zur Verfasserin dieses Artikels: „Sie müssen bedenken, das war ein autoritär geleiteter Staat, wo die Leute schon aus Angst nur gemacht haben, was in den Gesetzen vorgeschrieben ist – und die waren sehr streng!“

Nur zwei von 120 Studien fragwürdig

In den Augen der Untersuchungskommission genügten von 120 Arzneimittelprüfungen der letzten vier DDR-Jahre nur zwei nicht den internationalen Maßstäben. Von der Ethik-Kommission der Ärztekammer Berlin (die seinerzeit Studiendesigns zu prüfen hatte), wären sie nicht gebilligt worden, weil kaum Nutzen davon zu erwarten war. Das sagte Ruth Mattheis, damals Vorsitzende der Ethik-Kommission, bei der Vorstellung des Expertenberichts.

Ungeklärt: Arzneimittel-schäden und „informed Consent“

„Sind Schäden, die durch die klinische Prüfung hervorgerufen wurden, gemeldet worden?“ so hieß es im Fragebogen der Untersuchungskommission. Die Antwort war fast immer: Nein. Die Gutachter erklärten sich dies damit, dass bekannte oder nicht schwerwiegende Nebenwirkungen wohl nicht als Schaden gewertet wurden. Im Gutachten heißt es dann: „Über Häufigkeit, Intensität und Dauer von Nebenwirkungen der geprüften Arzneimittel, wie der Schaden bewertet wurde und welche Überlegungen zur Fortsetzung der Prüfung angestellt wurden, lassen sich somit keine genaueren Angaben machen.“ Eine weitere Dissonanz in der sonst so

Neue Forschungen zu DDR-Pharmastudien

Unter der Federführung des Bundesministeriums des Innern wurde Anfang Juni das Forschungsvorhaben „Klinische Arzneimittelversuche im Auftrag westlicher Pharmahersteller in der DDR“ auf den Weg gebracht. Das auf zweieinhalb Jahre angelegte Forschungsprojekt wird am Institut für Geschichte der Medizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin unter Leitung von Professor Volker Hess durchgeführt.

Vertreter des Bundesministeriums des Innern, des Bundesministeriums für Gesundheit, der Bundesstiftung für Aufarbeitung, der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Berlin, des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie, des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller sowie der BStU und LStU begrüßten den Start des Forschungsprojekts zum 15. Juni 2013.

Das Bundesinnenministerium des Innern übernimmt etwa 70% der Finanzierung des Forschungsprojekts. Die weitere Unterstützung erfolgt durch VfA, BPI, Bundesärztekammer, einige Landesärztekammern und die Bundesstiftung Aufarbeitung.

eindeutigen Expertise von 1991: Zwar war auch nach DDR-Recht der Patient oder Proband vor der Teilnahme an ei-

nem Versuch ausreichend aufzuklären und dann sein Einverständnis einzuholen – aber hier gab es Defizite. Bei klini-

schen Prüfungen genügte die mündliche Aufklärung. Einige der dennoch von Prüfärzten schriftlich formulierten Informationen hatten eher werbenden Charakter. Aus Mangel an schriftlichen Unterlagen konnte sich die Kommission kein genaues Bild machen, wie und in welchem Umfang aufgeklärt wurde. In ihrem Bericht heißt es aber, auch in den alten Bundesländern sei erst jetzt ein „Prozess“ in Gang gekommen, „der auch hier noch nicht in jedem Fall zu optimalen Ergebnissen geführt“ habe.

Weiter gaben die Gutachter zu bedenken, dass „das Arzt/Patient-Verhältnis in der ehemaligen DDR bis heute in stärkerem Maße paternalistische Züge aufweist als in den meisten westlichen Ländern“ – wo der Patient allerdings auch noch nicht immer als Partner betrachtet werde.

R.St.

INTERVIEW ÄKB-Vorstandsmitglied Harald Mau für eine neue Untersuchung.

BERLINER ÄRZTE: Herr Professor Mau, die Bildung einer Untersuchungskommission zur Klärung der Vorwürfe von 1991 war Ihrer Initiative zu verdanken. Viele der angeblich unzulässigen „Menschenversuche“ zur Prüfung westlicher Medikamente hatten ja in der Charité stattgefunden. Als deren „Wende-Dekan“, der sich intensiv um ihre Erneuerung bemühte, musste Ihnen sehr an der Aufklärung der Vorgänge liegen. Waren sie damals mit dem entlastenden Kommissionsbericht zufrieden?

Professor Harald Mau: Ja, sehr zufrieden. Denn ich hegte an der DDR-kritischen Einstellung der Kommissionsmitglieder keinerlei Zweifel und musste nicht fürchten, dass sie irgendetwas beschönigt oder vertuscht hatten.

BÄ: Aber wie beurteilen Sie diesen Untersuchungsbericht heute?

Mau: Mit etwas mehr Skepsis. Ich frage mich, ob man mit den heutigen Regeln

und Vorstellungen zum gleichen positiven Ergebnis käme.

BÄ: Inzwischen sind ja auch neue Quellen zugänglich, an die seinerzeit die Gutachter nicht herankamen.

Mau: Ja – auf Grund der jetzt verfügbaren Unterlagen könnte man das eine oder andere neu untersuchen.

BÄ: Und auch neue Vorwürfe sind im Zusammenhang mit den Arzneimittelprüfungen in der DDR erhoben worden – wieder vom „Spiegel“. Sogar von Toten war die Rede.

Mau: Von Toten ist mir nichts bekannt. Sollte es tatsächlich Todesopfer der Prüfungen gegeben haben, so vermute ich, dass die Stasi dies sorgsam vertuscht hätte, um das Geschäft mit Arzneimittelprüfungen – eine wichtige Devisenquelle – nicht zu gefährden.

BÄ: Brauchen wir jetzt wirklich eine neue

Untersuchung, die sich mit dem alten Thema befasst?

Mau: Bei dem jetzt wieder ausgesprochenen Verdacht fühle ich mich verpflichtet, eine solche Untersuchung zu unterstützen, denn sie betrifft unsere Vergangenheit. Historiker sollten klären, was war. Und ich würde gern dafür sorgen, dass nicht jemand, der damals nichts gesehen und nichts erlebt hat, mir heute erklärt, wie's gewesen sei.

Der Kinderchirurg Professor Harald Mau war 1991 Dekan der Charité und ist heute Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin.

(Das Gespräch mit Professor Mau führte Rosemarie Stein).

Frauenkörper neu gesehen

Ein illustriertes Handbuch

Die deutschsprachige Fassung „Frauenkörper neu gesehen“ der US-amerikanischen Ausgabe „A new view on women's body“ erregte bei ihrem Erscheinen 1987 großes Aufsehen und gilt seither als Klassiker der Frauengesundheitsbewegung und als Standardwerk weiblicher Sexualität. Niemals zuvor waren derartige Abbildungen des weiblichen Körpers zu sehen, die mit weitgehend unbekanntem Details dargestellt und alternativen Erkenntnissen außerhalb der Schulmedizin bereichert waren. Nun ist eine Neuauflage des Buchs „Frauenkörper neu gesehen“ erschienen.

Wie schon bei dem frauenbewegten Kultbuch der 80er-Jahre geht es vor allem um Aufklärung. Um leicht verständliche Aufklärung für alle, die sich mit dem Thema Frauenkörper, Gesundheit und Sexualität, also mit einem ganzheitlichen Ansatz beschäftigen möchten. „Ich stelle in meinen Beratungsgesprächen fest, dass noch immer viel zu wenig Mädchen und Frauen über ihren Körper beziehungsweise auch Jungen und Männer wenig über den weiblichen Körper Bescheid wissen“, sagt die Herausgeberin, Kommunikationswissenschaftlerin und Autorin Dr. Laura Méritt. Nach wie vor müssen ihres Erachtens Mythen hinterfragt, aufgedeckt und entkräftet werden. Sie hebt hervor, dass das Buch auch heute noch einzigartig in der Darstellung und Vollständigkeit der weiblichen Sexualanatomie ist. Viele der hier veröffentlichten über 200 Zeichnungen und Fotografien seien in keinem anderen Buch zu finden, wichtige Bestandteile und Zusammen-

hänge des weiblichen Sexualkomplexes fehlen in gegenwärtigen Veröffentlichungen. „Es geht um aktuelles Wissen, unbedingt“, betont Laura Méritt, „aber es geht auch um etwas, was sich in der Frauengesundheitsbewegung über viele Jahre hinweg entwickelt hat: Aus dem Kontext des Selbsthilfebereichs heraus in der Vielfalt und der Einzigartigkeit bestärkend zu wirken“. Die Abbildung einer erigierten Klitoris mit all ihren Bestandteilen ist ohne Zweifel eines der interessantesten Bilder in „Frauenkörper neu gesehen“, meint auch die Gynäkologin Dr. med. Christiane Tennhardt. Sie hat die Kapitel „Gynäkologische Untersuchung“ und „Schwangerschaftsabbruch“ fachlich beraten (siehe Interview).

Das Buch kann helfen, sich ein eigenes und ein anderes Bild von Frauen zu machen. Auf die Frage, was in dem Buch neu erarbeitet wurde, geht Herausgeberin Laura Méritt zunächst auf den

Abschnitt „Sexuelle Orientierung und Geschlechteridentitäten“ ein. Das sei ein Thema, das vor ca. 25 Jahren so noch nicht diskutiert wurde. Die überarbeitete Fassung beschäftigt sich auch – neben der Darstellung des weiblichen Sexualkomplexes – mit Methoden der Selbstuntersuchung und typischen Gesundheitsproblemen von Frauen. Dabei spielen Empfängnisverhütung, Safer Sex und Schwangerschaftsabbruch eine Rolle, aber eben auch „Schönheitsoperationen“ und „Intimchirurgie“. „Die Themen Schönheitsoperationen und Intimchirurgie sind ganz dringend notwendig. In den vergangenen zehn Jahren hat sich ein Schönheitsideal für Vulva und Vagina herausgebildet. Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft spricht bei den so genannten Schönheitsoperationen von einer speziellen Form der Medikalisierung und Sexualisierung von Mädchen- und Frauenkörpern“, so Laura Méritt.

„Frauenkörper neu gesehen“ könnte künftig auch an Schulen im Rahmen des Sexualkundeunterrichts einbezogen werden, zumindest ist das ein Ziel der Herausgeberin und des Autorinnenteams. „Wir wünschen uns eine gleichberechtigte Abbildung der Sexualorgane, weil Anatomie immer auch konstruiert wird und damit an die Ideologie von Geschlechtlichkeit angepasst ist.“ Zur Verwirklichung dieses Ziels stehen sie in Kontakt mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

ANZEIGE

INTERVIEW

mit **Dr. med. Christiane Tennhardt**, niedergelassene Gynäkologin in eigener Praxis und Tätigkeit beim Familienplanungszentrum BALANCE in Berlin, fachliche Beratung der Kapitel „Gynäkologische Untersuchung“ und „Schwangerschaftsabbruch“ über das Buch „**Frauenkörper neu gesehen – Ein illustriertes Handbuch**“.

BÄ: Das Buch „Frauenkörper neu gesehen“ enthält Wissen über den weiblichen Körper, das in dieser Form sonst nicht zugänglich ist. Können Sie die Einzigartigkeit der Darstellung und Vollständigkeit der weiblichen Sexualanatomie bestätigen?

Dr. Tennhardt: Das ist schwer zu beantworten, ich habe nicht den Überblick über alle aktuellen Fachbücher. Was mich jedoch schon bei der ersten deutschsprachigen Ausgabe 1987 fasziniert hat, waren die Darstellungen, die einen hohen Aufklärungscharakter haben. Vor allem sind sie nicht pornografisch. Ich habe vor kurzem einen Vortrag über weibliche Genitalbeschneidung gehalten, dabei hat mir eine Darstellung der Klitoris aus diesem Buch sehr geholfen.

BÄ: Ist es denn aus Ihrer Sicht als Gynäkologin wichtig, den Frauenkörper – so wie es der Buchtitel sagt – neu zu sehen?

Dr. Tennhardt: Als ich gefragt wurde, ob ich an dem Buch mitarbeiten würde, war ich eigentlich der Meinung, heutzutage brauchen wir eine Neuauflage des Buches nicht mehr. Es gibt das Internet und so viele andere Möglichkeiten, Informationen zu bekommen. Auch jetzt bin ich noch nicht ganz sicher und würde Ihre Frage gern mit Ja/Nein beantworten.

Das Buch kommt aus dem Selbsthilfebereich, hat also auch eine gewisse Sprache. Die Leserin, der Leser wird mit „Du“ angesprochen. Ist das heute noch so angebracht? Ich bin jedoch davon überzeugt, dass das Wertvolle an dem Buch jener Blick auf die Frau ist, der sich dem Mainstream widersetzt. Es ist eine vorsichtige, respektvolle und trotzdem sinnenspendende Sichtweise, diese Form gibt es in diesem Bereich wirklich nicht so häufig.

BÄ: Mangelt es der Schulmedizin zum großen Bedauern vieler Frauen bzw. Patientinnen nicht genau an diesem Blick?

Dr. Tennhardt: Also ich glaube, wir haben inzwischen viel Material, das wir den Frauen anbieten können. Sicher, das sind vor allem schematische Darstellungen. Ich weiß nicht genau, ob ich mit allen Abbildungen aus dem Buch „Frauenkörper neu gesehen“ in meiner Praxis arbeiten würde. Ich habe es bei mir auf dem Schreibtisch stehen und arbeite auch bei bestimmten Fragestellungen damit, etwa bei weiblicher Genitalbeschneidung oder Hymenrekonstruktion. Auch bei Fragen zur Intimchirurgie bringe ich das Buch mit ein und zeige die Fotoreihe weiblicher Genitalien, um zu zeigen, wie unterschiedlich Aussehen, Form und

Größe von Frau zu Frau sein können. Die Texte haben wirklich einen sehr eigenen Charme, sind aber eben nicht für jede und jeden geeignet, denke ich.

BÄ: Können Sie das Buch empfehlen?

Dr. Tennhardt: „Frauenkörper neu gesehen“ hat einen ganz eigenen Schwerpunkt, der einen sehr genauen Blick auf die weibliche Sexualanatomie hat. Ich finde vor allem die Illustrationen der Klitoris im Vergleich zum Penis wichtig. Bilder des erigierten Penis sind ja weitestgehend bekannt, aber was sich bei der Frau bei sexueller Erregung verändert, ist weniger verbreitet. Die Seitenansicht der Klitoris im Vergleich zum Penis sowohl im nichterregten wie auch im erregten Zustand zu zeigen, spielt meines Erachtens bei der Aufklärung über den Frauenkörper und die weibliche Sexualität eine große Rolle.

BÄ: Vielen Dank für das Gespräch.

„Frauenkörper neu gesehen. Ein illustriertes Handbuch“, Dr. Laura Méritt (Hg.), Orlanda Frauenverlag, 1. Auflage erschienen Oktober 2012, ISBN: 978-3-936937-93-0, Euro 24,50 (D)

Ulrike Hempel

„Palliativmedizin statt Sterbehilfe!“

Berlins Kammerpräsident Jonitz fordert gesellschaftspolitische Diskussion

Das Sterben ist zwar nicht mehr so tabuisiert wie noch vor kurzem – immer wieder gibt es jetzt Zeitungsartikel und sogar Filme zu diesem Thema. Die Sterbehilfe aber ist bisher fast völlig auf den Arzt fokussiert. Berlins Kammerpräsident Günther Jonitz wünscht sich dazu eine breite gesellschaftspolitische Debatte. „Sterbehilfe aus ärztlicher Sicht“ hieß sein Vortrag beim 42. Symposium für Juristen und Ärzte im Kaiserin Friedrich-Haus. Wir referieren hier außerdem kurz juristische und ethisch-religionswissenschaftliche Aspekte aus dieser Vortragsfolge.

Die Angst vor einem qualvollen, unwürdigen Sterben ist weit verbreitet. „Wie gehen wir mit dieser Angst um?“ fragte Jonitz. Die Diskussion darüber ist nicht abgeschlossen. Die meisten Menschen wollen nicht im Krankenhaus ihren Tod intensivmedizinisch hinauszögern lassen, sondern friedlich zu Hause im Kreis ihrer Angehörigen sterben. Den wenigsten ist dies vergönnt, wie Studien zeigen.

Und den wenigsten wird ihr Wunsch erfüllt, sich vom Arzt aktiv von ihren Todesqualen befreien zu lassen. Sollten Ärzte Leidensverkürzung bewirken dürfen? Sollte ihnen also aktive Sterbehilfe erlaubt sein? fragte Jonitz. „Gibt es ein Recht, sich töten zu lassen? Darf es eines geben?“ Ohne die Niederlande zu erwähnen, wo die Legalisierung des ärztlichen Tötens auf Verlangen sehr bald zu zahlreichen Tötungen auch ohne Verlangen führte, äußerte Jonitz starke Vorbehalte gegen eine Kodifizierung der aktiven Sterbehilfe:

Die Kranken könnten dadurch unter Druck gesetzt werden, von ihrem Recht, sich töten zu lassen, auch Gebrauch zu machen. Ein Gesunder hielte solchem Druck wohl stand, aber, so Jonitz, „der Kranke, hilflos allein mit sich und seiner Not, und mit dem bestimmten oder unbestimmten Gefühl belastet, anderen zur Last zu fallen, könnte dem ‚zwanglosen Zwang‘ zum schnellen Ende bald erliegen.“

Hat die aktive Sterbehilfe eine Zukunft?

Eine legalisierte aktive Sterbehilfe würde überdies das Missverhältnis zwischen dem enormen Aufwand für die kurative (oder auch nur kurativ gemeinte) Medizin und der vergleichsweise noch immer skandalös im Argen liegenden Palliativmedizin zementieren, fürchtet Jonitz. Der Ausbau einer qualifizierten palliativen Versorgung wo auch immer – zu Hause, in Heimen oder Hospizen – würde ein menschenwürdigeres Sterben ermöglichen helfen. „Palliativmedizin statt Sterbehilfe“ lautet die Forderung des Berliner Kammerpräsidenten.

Er gab aber deutlich zu erkennen, dass Leidenslinderung statt Sterbensverlängerung nicht alle Probleme lösen kann. Zum einen müsse der Arzt, bei ei-

nem langjährigen Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Patienten, einem qualvoll leidenden Todkranken das Sterben in Ausnahmefällen auch aktiv erleichtern dürfen, ohne dass dies kriminalisiert wird.

Mit den Tätigkeiten kommerzieller Sterbehilfe habe dies nichts zu tun.

Zum anderen müsse man der Tatsache ins Auge sehen, dass unsere noch immer steigende Lebenserwartung die Probleme verschärfen wird. Jonitz zitierte den verstorbenen Berliner Gerontologen Paul Baltes: Etwa jeder zweite Neunzigjährige wird dement – nicht gerade eine menschenwürdige Situation für die schwer Betroffenen. Baltes glaubte, dass es künftig auch zu den Optionen eines guten Alters gehören wird, „dass Menschen stärker Einfluss darauf nehmen können, wann und wie sie sterben“. Vielleicht könne man hierzu gesellschaftliche Rituale schaffen. Unbedingt müsse unangemessener Druck und Missbrauch verhindert werden. Der bekannte Altersforscher Baltes nannte damals dieses Problem „eine unerledigte Großaufgabe der modernen Gesellschaft“. Ebenso wie Jonitz betrachtete er dies als nicht nur ärztliche, sondern gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Maßgebend: Der Wille des Patienten

„Bleibt der Freitod den Leuten vorbehalten, die über einen Jagdschein und ein Schießgewehr verfügen?“ fragte der

Was ist aktive, was passive Sterbehilfe?

Ärzte tun sich nicht selten schwer, zwischen (verbotener) aktiver und (zulässiger, wenn nicht gar gebotener) passiver Sterbehilfe zu unterscheiden. Sie scheuen sich, lebens- oder eher sterbensverlängernde Geräte abzuschalten, die für Sterbende keine Indikation mehr haben. Denn dieses Abschalten erscheint ja äußerlich als aktives Handeln. Deshalb hier die üblichen, auch von der Referentin Birgit Heller verwendeten Definitionen:

Aktive Sterbehilfe: Das aktive ärztliche Eingreifen zur Beendigung des Lebens auf Wunsch des Patienten. Ziel ist es, den Tod schnell herbeizuführen.

Passive Sterbehilfe: Der Verzicht auf eine das Sterben verlängernde Therapie oder auch ihr Abbruch. Ziel es ist, einen Schwerverkranken an seiner Krankheit sterben zu lassen.



Foto: Corinna Grünke/KFS

Publikum – meist Juristen – im Kaiserin Friedrich-Haus

Düsseldorfer Fachanwalt für Medizinrecht Christoph Jansen. Auch sein Vortrag über Sterbehilfe aus juristischer Sicht war alles andere als emotionslos-trocken. Sterbehilfe als Beihilfe zum Suizid war der eine der beiden von ihm erwähnten Aspekte. Sie ist erlaubt – im Gegensatz zur Tötung auf Verlangen, die laut § 216 StGB strafbar ist.

Jansen zitierte die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Deutsches Ärzteblatt Nr. 7/2011 Seite A346-348). Danach ist die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung „keine ärztliche Aufgabe“. Sein Kommentar: „Eine definitive Aussage über einen Verstoß gegen das Berufsrecht ist damit nicht ausgesprochen worden.“

Nach Jansens Verständnis bedeutet „Sterbehilfe“ – abweichend von den gängigen Definitionen (s. Kastentext) – aber auch die Änderung des Therapieziels: Die Behandlung zielt nicht mehr auf Lebensverlängerung ab, sondern auf

die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität durch palliative Versorgung. Nach dem „Patientenverfügungsgesetz“ („Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ von 2009), laut Jansen „versteckt in einem relativ abgelegenen Winkel des BGB“ (§§ 1901a ff), ist für den Therapiewechsel der geäußerte oder mutmaßliche Wille des Patienten maßgebend, und zwar – dies ist neu! – nicht erst in der Sterbephase, sondern „unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung“.

Die Pflicht des Arztes zur lebenserhaltenden oder –verlängernden Behandlung entfällt bei fehlender Indikation. Hierauf machten während dieser (überwiegend von Juristen besuchten) Tagung auch der Berliner Richter Gerald Eckehard Budde und der Leipziger Rechtsprofessor Bernd-Rüdiger Kern aufmerksam. Laut Kern ist mit einer lebenserhaltenden Behandlung bei nicht mehr gegebener Indikation auch ohne eine entsprechend Patientenverfügung aufzuhören. Eine solche Indikation ist dann nicht mehr gegeben, wenn der tödliche Verlauf der Krankheit irreversibel ist.

Keine Lebensverlängerung um jeden Preis

Schon 1984 hatte der Bundesgerichtshof entschieden, es gebe „keine Rechtsver-

pflichtung zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis. Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind nicht schon deswegen unerlässlich, weil sie technisch möglich sind. Angesichts des bisherigen Grenzen überschreitenden Fortschritts medizinischer Technologie bestimmt nicht die Effizienz der Apparatur, sondern die an der Achtung des Lebens und der Menschenwürde ausgerichtete Einzelfallentscheidung die Grenze ärztlicher Behandlungspflicht“. (BGH, Urteil v. 4.7.1984, 3 StR 96/84).

Einen Lebensverlängerung um jeden Preis mit sämtlichen Mitteln des medizinisch-technischen Fortschritts wird auch von allen Weltreligionen abgelehnt, sagte die Wiener Religionswissenschaftlerin Birgit Heller. Denn auf Ablehnung stößt bei ihnen auch jener „irdische Unsterblichkeitswahn, der eine medizinisch-technische Spirale in Gang gesetzt hat, die das Leben für einen elitären Ausschnitt der Menschheit (häufig in einen unerträglichen Zustand hinein) verlängert und nun im Umkehr-effekt zur Akzeptanz der (Selbst-) Entsorgung drängt.“ Aktive Sterbehilfe wird vom Christen- wie vom Judentum, vom Islam, vom Buddhismus und Hinduismus in der Regel völlig verworfen, sagte Birgit Heller, teilweise aber auch sehr vorsichtig als Ausnahme unter bestimmten Umständen zugelassen. Zur passiven Sterbehilfe gehen die Meinungen in den Weltreligionen weit auseinander.

Rosemarie Stein

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net

Sauberer Arznei-Wissen für Patienten und Ärzte

Stiftung Warentest (Hrsg.): **Handbuch Medikamente, 9., aktualisierte und erweiterte Auflage**, Berlin, 2013. 1.472 S., geb. 49,90 Euro – Unter Bestellnummer B 1135-T1306 am einfachsten telefonisch zu bestellen: 01805/002467

Dieser Wälzer ist nicht zu teuer – er ist unbezahlbar. Praktisch alle gängigen rezeptpflichtigen Arzneimittel – 7.000, darunter 600 neue – werden ausführlich beschrieben und kritisch bewertet; auch die Preise sind genannt. Eigentlich ist das Buch für (potenzielle) Patienten bestimmt, aber die brauchen schon eine gehörige Portion Interesse und Intelligenz für die Lektüre. Einleitend werden zum Beispiel Wirkung und Wirksamkeit differenziert und die Notwendigkeit des Wirksamkeitsnachweises durch metho-

disch einwandfreie Studien erläutert.

Die Arzneimitteltherapie steht zwar im Zentrum, aber die Leser werden regelmäßig auch auf Prävention und auf nichtmedikamentöse Maßnahmen hingewiesen; und darauf, dass sie im Zweifel unbedingt ihren Arzt fragen müssen. Denn das nach Organsystemen und ihren Krankheiten gegliederte Buch will keinesfalls das Gespräch mit dem Arzt ersetzen, sondern es gut vorbereiten. Von der anspruchsvollen Lektüre profitieren auch Ärzte, die sich der evidenzbasierten Medizin verpflichtet fühlen und die Wert darauf legen, dass ihre Patienten die verordneten Medikamente auch nehmen. Die so informierten Patienten werden es akzeptieren, dass sie ihnen bei Virusinfekten kein Antibiotikum verordnen, dass sie anstelle eines teuren Originalpräparates ein Generikum bekommen oder dass ihr Doktor

bei „Pflanzlichem“ ohne Wirksamkeitsnachweis skeptisch ist.

Für Medizinstudierende und Angehörige von Gesundheitsberufen ist diese verständlich geschriebene „Klinische Pharmakologie“ ebenfalls besonders wertvoll. Den beiden erfahrenen Autorinnen, der Biologin Annette Bopp und der Pharmazeutin Vera Herbst, stand eine lange Reihe kompetenter Gutachter zur Seite, beispielsweise Manfred Anlauf, Gerd Glaeske, Michael Kochen, Bruno Müller-Oerlinghausen und Petra Thürmann, um nur einige der bekanntesten zu nennen. Die Thürmannsche „Priscus-Liste“ jener Arzneimittel, die alten Patienten nur mit Vorsicht zu verordnen sind, ist offensichtlich eingearbeitet: Den Hinweisen „Für Kinder und Jugendliche“ und „für Schwangerschaft und Stillzeit“ folgt jetzt unter dem Titel „für ältere Menschen“ zum Beispiel oft eine Warnung vor relativer Überdosierung, schon wegen eingeschränkter Nierenfunktion.

Ein besonders praxisgerechtes, unabhängiges Arzneimittelbuch.

R. St.

Laktoseintolerante vertragen meist auch keine Fruktose!

Stiftung Warentest (Hrsg.): **Gut essen bei Laktoseintoleranz**. Berlin, 2013, 192 S., Flexcover, 19,90 Euro. Unter der Bestellnummer B 1064-F 1305 am besten telefonisch bestellen: 01805/002467

Auch das Enzymsystem altert, und so ist es wohl der „demographische Wandel“, der die Zahl der Gluten-, Laktose- und Fruktoseunverträglichkeiten erhöht. Vernünftige Rezeptbücher sind da willkommen. Dies hier enthält leckere Rezepte und eine gute Einleitung. Nur

passt beides nicht zusammen. Einleitend heißt es richtig, dass in Deutschland etwa 15 Prozent der Erwachsenen eine Laktoseintoleranz haben. Ebenso richtig ist, was selbst manche Ärzte nicht wissen: „Mehr als zwei Drittel der Menschen mit Laktoseintoleranz sind zugleich von einer Fruktoseunverträglichkeit betroffen.“ Eigens erwähnt wird, dass Honig zu 40 Prozent aus Fruktose besteht. Und vorm Selbsttest auf Fruktosemalabsorption (vor dem ärztlichen Atemtest) werden Äpfel oder Apfelsaft empfohlen – wegen des be-

sonders ungünstigen Verhältnisses von Glukose und Fruktose. Trotzdem gibt's hier Rezepte mit Honig, Äpfeln, Birnen und anderen besonders fruchtuckerreichen Obst- und Gemüsesorten. Das heißt: Dieses Kochbuch ist nur etwas für jenes knappe Drittel der Milchzuckerintoleranten, die Fruchtzucker vertragen. Wir druckten (in BERLINER ÄRZTE 11/2012) mal die Titelseite: Die „test“-Gesundheitsbücher: Besonders wertvoll. – Hoffentlich ist dies die einzige Ausnahme von der Regel.

R. St.

Berliner Medizinische Gesellschaft in den braunen Jahren

Eberhard Neumann-Redlin von Meding, Hella Conrad: Ärzte unter dem Hakenkreuz – Die Berliner Medizinische Gesellschaft im Nationalsozialismus. Jaron-Verlag, Berlin 2013. 94 S. brosch., 154,95 EU.

Nun hat auch die Berliner Medizinische Gesellschaft (BMG) begonnen, ihre braune Vergangenheit „aufzuarbeiten“ – sehr spät, auch deshalb, weil sie alle Unterlagen bis auf die Sitzungsprotokolle verlor. Auch fand sie noch keinen kompetenten Historiker, der die in Rohbau befindliche Chronik der Fachgesellschaft vollenden kann. So machte

sich – im Jahr des Berliner Projektes „Zerstörte Vielfalt“ – Schriftführer Neumann-Redlin von Meding selbst an die Arbeit und brachte im Namen der BMG vorab diese provisorische Publikation zustande, unterstützt vom Vorstandsmitglied Hella Conrad.

Die Autoren mussten sich weitgehend auf die zahlreichen Forschungen stützen, die Historiker (von Winau und Pross über Schagen und Schleiermacher bis zu Schwach) über die deutsche und speziell die Berliner Medizin im Nationalsozialismus schon publizierten. Das Büchlein enthält, nach einer historischen Einleitung, Kurzbiographien und

Dokumentationen über ausgeschlossene und verfolgte BMG-Mitglieder, ebenso Texte über drei, die sich dem Regime widersetzen: Georg Groscurth, Wolfgang Heuber und Otto Kryer. Es folgen Biographien von Vorsitzenden und Vorstandsmitgliedern der BMG (darunter der Euthanasie-Verantwortliche Leonardo Conto), einiger anderer prominenter Mitglieder (z.B. Bonhoeffer und Sauerbruch) und schließlich der Angeklagten im Nürnberger Ärzteprozess.

Im Geleitwort schreibt der BMG-Vorsitzende Helmut Hahn, es sei festzuhalten, „dass sich in der Berliner Medizinischen Gesellschaft Ärzte befunden haben, deren Mittäterschaft an den Verbrechen des Nationalsozialismus weder geleugnet noch beschönigt werden kann.“ – Am 29. Oktober wird nach Mitteilung des Autors eine Veranstaltung zum Gedenken an die verfolgten Berliner Ärzte stattfinden.

R. St.

Geschichten vom Sterben

Petra Anwar spielt in dem Film „Halt auf freier Strecke“ (2011) von Andreas Dresen eine Palliativmedizinerin. Der Film erzählt von Frank und Simone, die mit ihren beiden Kindern am Stadtrand leben. Sie sind eine glückliche Familie bis zu jenem Augenblick, in dem bei Frank ein Hirntumor diagnostiziert wird. Frank wird sterben. Der 44-Jährige will zu Hause bei seiner Familie sterben. Petra Anwars Aufgabe war es, ihn palliativmedizinisch zu versorgen. Das, was Anwar in dem Film vor der Kamera tat, ist auch das, was sie im wirklichen Leben macht: Sie arbeitet als Palliativmedizinerin für „Home Care Berlin“. Seit 14 Jahren begleitet sie Sterbende und deren Angehörige. Sie betreut fast ausschließlich Krebskranke.

Nun ist im März im Piper Verlag das Buch über ihre Erfahrungen mit dem Sterben, den Sterbenden und ihren Angehörigen erschienen. Sie konnte die „Geschichten vom Sterben“ nur mit Unterstützung eines Autors schreiben: John von Düffel, der Schriftsteller ist – u. a. der Romane „Vom Wasser“ und „Houwelandt“ – und als Dramaturg am Deutschen Theater arbeitet. „Beim Schreiben dieser Geschichten aus meiner palliativmedizinischen Praxis kamen mir oft die Tränen. Ich habe jede Sterbebegleitung noch einmal erlebt“, erzählt Petra Anwar in ihrem Vorwort, Berlin im Oktober 2012. Sie kann sich nicht hinter ihrem weißen Kittel verstecken. Sie kommt als Petra Anwar zur Wohnungstür herein und tritt in

Beziehung mit den Menschen, die hier leben, und mit dem Menschen, der hier sterben wird. Anwar schildert sehr ehrlich das Wechselspiel von Nähe und Distanz, das wie in jeder anderen Beziehung auch entsteht. „Auch nach vielen Berufsjahren weiß ich am Anfang dieses Prozesses nicht, wie nah mir der Sterbende kommen wird – und wie nah mir sein Tod am Ende geht.“

Nach der Lektüre ist sicher: Anwar kommt sehr, sehr nah an die Menschen, mit denen sie als Ärztin zu tun hat. Manchmal ist es nur ein Abschnitt, in dem sie sich selbst ohne jegliche Pose schonungslos preisgibt. Episoden, in denen sie zum Beispiel schreibt, wie sie ihr Handy mit in den dreiwöchigen Urlaub nimmt, weil ihre Patientin Maïke beunruhigt, fast ängstlich ist. Aber nur einmal ruft Maïke an. Ihren Kollegen sagt Anwar davon nichts. Die würden sie für

verrückt erklären und denken, dass sie den Absprung nicht schaffe, vermutet sie und liegt damit vermutlich ziemlich richtig. „Doch es gibt diese Ausnahmen, in denen Distanz verloren geht. Auch für mich ist die Trennung schmerzlich. Ich denke oft an Maïke (...).“ Sterben ist ein intimer Prozess, damit hat Anwar wohl recht, aber es ist ihrem erzählerischem und von Düffels schreibendem Talent zu verdanken, als Rezipientin und Rezipient an allen 12 Geschichten und diesem letzten Stück Lebensweg der Sterbenden teilhaben zu können. Das Buch hilft zu verstehen, „es gibt keinen Königsweg, den der Patient gehen sollte, es gibt immer nur einzelne Personen mit ihrem Schicksal“. Besonders geglückt ist die Verbindung zwischen dem Geschichtenerzählen und der dennoch stetigen Verbunden-

heit zum Wesentlichen. Der überschaubare, praktische Anhang „Was helfen kann“ ist eine gute Einführung in die Themen Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, Hilfen der Kranken- und Pflegekassen, Befreiung von der Zuzahlung, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, um hier nur einige Stichpunkte zu nennen.

„Die Geschichten vom Sterben“ finden angesichts der häufig bemängelten Sprachlosigkeit von Ärztinnen und Ärzten, wenn sie dem Tod gegenüberstehen, die richtigen Worte für die Auseinandersetzung mit dem Sterben und der Angst vor dem Tod. „Immer wieder der Gedanke: Das kann doch nicht mein Leben gewesen sein! Dafür gibt es keinen echten Trost (...) Trotzdem mussten alle das Unabänderliche akzeptieren und lernen, damit umzugehen.“

Dennoch bleibt neben den vielen Bildern, den schönen Beschreibungen und den guten Gedanken über den Tod von diesem Buch etwas Dringliches: Eine heftige Freude, erfüllt und in Liebe verbunden, noch ganz viel mit anderen Menschen erleben zu dürfen. Und das – wenn möglich – auf ganzer Strecke!

Petra Anwar mit John von Düffel:
Geschichten vom Sterben,
Piper Verlag GmbH, München 2013,
ISBN 978-3-492-05577-2

Ulrike Hempel

Hanfried Helmchen zum 80. Geburtstag

Prof. Dr. med. Hanfried Helmchen reiht sich mit seinem Geburtstag beispielhaft in die Riege derjenigen ein, die den demographischen Wandel sichtbar vertreten.

Er wurde am 12. Juni 1933 als Sohn eines Arztes und Ältester von fünf Kindern in Berlin geboren. Zur Zeit seiner Geburt arbeitete der Vater am Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung in Berlin-Buch, später als praktischer Arzt in Pankow-Heinersdorf. Der Vater starb an einer akuten Erkrankung 1951 und so wurde der 18-Jährige sehr früh mit der Mitverantwortung für die Familie mit vier jüngeren Geschwistern konfrontiert. Er hatte bereits mit 17 Jahren das Studium der Humanmedizin an der Humboldt-Universität begonnen, an der Freien Universität fortgesetzt und 1955 – 22 Jahre jung – in

Heidelberg abgeschlossen. Bereits ein Jahr zuvor hatte er seine wissenschaftliche Karriere am dortigen Max-Planck-Institut für Medizinische Forschung begonnen. 1956 hat er bei Richard Kuhn mit einer experimentellen Arbeit über die commotio cerebri und die sog. „Blut-Hirnschranke“ promoviert. Die Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie begann Helmchen an der Neurologie in Heidelberg und setzte sie ab 1960 unter Prof. Selbach an der „Universitätsnervenklinik“ der Freien Universität Berlin in der Nußbaumallee, der späteren Psychiatrischen und Neurologischen Universitätsklinik in der Eschenallee, fort. 1964 avancierte er dort zum Oberarzt und habilitierte sich 1967. Er erhielt 1971 den Ruf auf den Lehrstuhl für Psychiatrie der FU und übernahm die Klinik als geschäftsführender Direktor

von 1971 bis zu seiner Emeritierung am 1. 10. 1999.

Die Breite seiner wissenschaftlichen Interessen im Feld der Neuropsychiatrie wird anhand der Liste von über 370 Publikationen deutlich. Sie umfassen Psychiatrie der Epilepsie, psychiatrische Methodologie, Diagnostik, Klassifikation, Therapieforschung psychische Störungen im Alter und trugen in bahnbrechenden Untersuchungen zur Eröffnung neuer Forschungsgebiete bei.

Prof. Helmchens wissenschaftliches Engagement und ärztliches Handeln war stets vom Leiden der einzelnen Patienten bestimmt und an ihrem Wohl ausgerichtet. Er blieb mit „Leib und Seele Seelenarzt“ und verlangte von seinen Mitarbeitern Wissen, Genauigkeit und Empathie.



Foto: privat

Prof. Helmchen war mit ganzem Herzen akademischer Lehrer. Er wurde auf vielen nationalen und internationalen Ebenen dazu berufen, die deutsche Psychiatrie zu vertreten und ist bis zur Gegenwart einer ihrer „Leuchttürme“ geblieben. Jüngst hat er sich auch als Polyhistor der Psychiatrie mit Büchern über die „Ge-

schichte der Psychiatrie an der Freien Universität Berlin“ (2007) und als Herausgeber von „Psychiater und Zeitgeist – Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin“ (2008) erwiesen. Im Juni 2013 wird Prof. Helmchens jüngstes Werk erscheinen, welches nach der Verlagsankündigung im deutschen Sprachraum erstmals die ethi-

schen Implikationen der Forschung mit psychisch Kranken darstellt.

Alle, die ihn kennen, wünschen Hanfried Helmchen noch viele kreative Jahre in „später Freiheit“ von der Last alltäglicher Routine.

Prof. Dr. Siegfried Kanowski

In memoriam Hartmut Hoffbauer

Wenn eine Schwangere nicht sicher war, ob ihr ungeborenes Kind ein Problem hatte, oder wenn bei Verdacht auf ein vorgeburtliches Problem qualifizierter Rat gesucht wurde, dann gab es im Westberlin der 80er Jahre eine erste Adresse: Professor Hartmut Hoffbauer mit seiner Ultraschallpraxis in der Wilmersdorfer Uhlandstrasse.

Der Gründung dieser ersten pränatalmedizinischen Praxis im deutschsprachigen Raum am 1.4.1980 vorausgegangen war eine lange ärztliche Laufbahn Hoffbauers im Rahmen eines privat sehr erfüllten Lebens in wechselvollen Zeiten.

Hoffbauer wurde am 22.10.1914 in Elten am Niederrhein geboren. Nach dem Abitur 1933 begann er sein Medizinstudium in Breslau, das er aufgrund der Nazigesetzgebung – Hoffbauers Mutter war jüdischer Abstammung – als Arzt ohne Approbation abschließen musste. In den Kriegsjahren 1940-1945 gab ihm das katholische Hildgard-Krankenhaus in Berlin trotzdem die Möglichkeit, chirurgisch und anästhesiologisch tätig zu sein. Nach Kriegsende konnte Hoffbauer in sein Wunschfach wechseln: die Frauenheilkunde. Er erhielt eine Stelle in der Universitäts-Frauenklinik in der Artilleriestraße (heute: Tucholskystraße) bei Geheimrat Professor Stoeckel. Das Jahr 1949 war für sein Leben bedeutend: Er wurde Facharzt, promovierte über „Herzkrankungen in der Schwangerschaft“ und heiratete seine Frau Jutta, die ihm in den vielen Jahren ihres Zusammen-

seins eine wichtige Stütze war und zur Mutter der gemeinsamen sechs Kinder wurde. Nach Emeritierung von Professor Stoeckel übernahm Hoffbauer eine Stelle als Oberarzt im Krankenhaus Friedrichshain, wo er von 1950 bis 1961 unter Professor Willibald Pschyrembel tätig war. Die zu dieser Zeit hohe Zahl von Rh-bedingten Komplikationen veranlassten ihn, in Friedrichshain die Blutgruppen- und Antikörperbestimmung einzuführen. 1954 führte Hoffbauer als erster in Deutschland eine Amniocentese durch, was ihm harsche Kritik durch seine etablierten Kollegen einbrachte. Mit dem Bau der Mauer endete für ihn, der im Westteil der Stadt wohnte, diese Periode, welche er selbst als die „glücklichste Zeit seines Lebens“ bezeichnete. Dem inzwischen 48-Jährigen wurde 1962 von Professor Herbert Lax die Position als leitender Arzt der Geburtshilfe und Schwangerenberatung in der Universitäts-Frauenklinik Charlottenburg in der Pulsstraße übertragen, die er bis zu seiner Emeritierung 1980 innehatte. Hier hatte er Gelegenheit, seine wissenschaftliche Tätigkeit auszubauen, deren Schwerpunkt die Diagnostik und Therapie der Rhesus-Inkompatibilität war. 1965 habilitierte er sich mit dem Thema „Über die Bedeutung unbekannter hämolysierender und nicht-hämolysierender Faktoren für die Blutgruppen-unverträgliche Schwangerschaft“. Die erste intrauterine Bluttransfusion in Deutschland wurde durch Hoffbauer 1966 unter Röntgenkontrolle durchgeführt. Früh erkannte er die revolutionäre



Bedeutung der Ultraschalldiagnostik, die er 1968 in der Frauenklinik Charlottenburg einführte und an deren Aufbau und Entwicklung er wesentlichen Anteil hatte. Ihm wurden zahlreiche Ehrungen zuteil, unter anderem die Ehrenmitgliedschaft der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin. Nach seiner Emeritierung 1980 gründete er die legendäre Praxis in der Uhlandstraße, die 1993 ihren Sitz an den Kurfürstendamm verlegte und sich inzwischen zu einem Zentrum für Pränataldiagnostik und Humangenetik entwickelt hat. Hier arbeitete er bis zum Jahr 2000 und ging mit 85 Jahren in den verdienten Ruhestand.

Am 22.4.2013 ist Professor Hoffbauer im hohen Alter von 98 Jahren im Beisein engster Familienangehöriger in seinem Haus in Berlin-Lichtenrade verstorben. Die Berliner und deutsche Medizin verliert mit ihm einen herausragenden Wegbereiter der modernen Geburts- und Pränatalmedizin und einen hochaktiven und in seiner zurückhaltenden Menschlichkeit außergewöhnlichen Arzt.

Prof. Dr. med. Rolf Becker

Baselitz im Westend

– seine Graphik und er selber!

Wer bei dem Namen Georg Baselitz noch immer nur die frühen schrillen, wütenden, auch obszönen Bilder der ungeschlachten Anti-Helden assoziiert, der kann jetzt in den DRK-Kliniken Westend einen ganz anderen, beinahe besänftigten Baselitz kennen lernen. Den kannte man dort schon, seit er 1971 das große Triptychon „Lebenskraft“ für die Eingangshalle des neuen Hochhauses gemalt hatte, als „Kunst am Bau“: Lichte Farben, fliegende Möwen links, Birkenwäldchen rechts (kopfunter), aber eine inhaltlich irritierende Mitteltafel.

Derzeit ist im Westend eine umfangreiche Ausstellung von 180 alten und neuesten graphischen Blättern von Baselitz zu sehen (unter dem Titel „früh.jetzt“); zu verdanken dem sehr aktiven „Förderverein Kunst im Westend“, geleitet von dem Radiologen Bernd Frericks, in Nachfolge des Chirurgen Ernst Kraas. Der Verein leistet sich als freiberufliche Kuratorin eine promovierte Kunsthistorikerin, Anne Marie Freybourg, und sie hat es geschafft, den längst weltberühmten Künstler (Retrospektive z.B. im New Yorker Guggenheim) vom Ammersee nach Berlin zu locken: zu einem Gespräch mit Uwe Schneede, dem früheren Leiter der Hamburger Kunsthalle.

Vorher führte die Kuratorin den prominenten Gast durch seine Ausstellung. „Ich dachte, Sie haben hier eine Kunsthalle“, sagte er, fand es dann aber doch gut, dass seine Blätter mitten im Krankenhaus hängen: Einige der großen neuen Lithos mit (aufrechten) Figuren aus schwingenden Linien, leicht und tänzerisch, sieht man unter anderem im Casino. Beispiele finden sich auch für die „Remix“-Blätter, in denen Baselitz frühe provozierende Gemälde reflektiert und sublimiert.

In der Chirurgie bleiben Ärzte, Schwestern und auch neugierige Patienten öfter vor einem der 36 Blätter der Wald-Serie von

1974 stehen, die hier erstmals in Berlin vollständig gezeigt wird. Da braucht keiner schockiert zu sein, auch wenn Bäume noch auf dem Kopf stehen. (So hat Baselitz bekanntlich lange Zeit gemalt, weil er sich zugunsten der Form zwar vom Gegenstand distanzieren, ihn aber nicht aufgeben wollte.) Zarter, sensibler Strich, traditionelle Technik: Radierung. Knorrige Eichen erinnern an Caspar David Friedrich, und eine Birkengruppe ist auch dabei – wie auf dem rechten Flügel des Triptychons.

Mit ihm begann das Künstlergespräch im Westend-Hörsaal, gut gefüllt vom interessiert lauschenden Klinikpersonal. Der Ärztliche Leiter, der Kardiologe Ralph Schoeller, stellte bei der Begrüßung fest: „Die Kunst tut nicht nur den Patienten, sondern auch den Mitarbeitern gut.“ Das Baselitzbild sei übrigens das wertvollste Stück des Hauses, kostbarer als jedes Großgerät. Baselitz selbst, heute, mit 75, ein gelassener und doch quicklebendiger emeritierter Kunstprofessor, erinnert sich an die Entstehung des Triptychons:

Drei junge Maler, Lüpertz, Wintersberger und Baselitz, wurden zu einem Kunst-am-Bau-Wettbewerb für das neue Hochhaus aufgefordert. Jeder erhielt für sein Bild 7.000 Mark; mehr gab's auch für die atelersprengende Arbeit des Siegers nicht (die heute mindestens das Hundertfache wert sein dürfte). Die Bedingung: Bitte für die „Kopfklarinke“ nichts Belastendes! Man sollte sich zum Beispiel an Seurat orientieren. Bei der rechten Tafel hatte Baselitz tatsächlich eine Birken-skizze von Seurat im Hinterkopf – und nicht, wie die Westendler lange dachten, das Birkenwäldchen hinter der Gynäkologie.



Birken (1971/72)

Die Klinik hatte damals Glück. Heute macht der weltberühmte deutsche Maler natürlich keine Wettbewerbe mit und nimmt auch keine Aufträge mehr an. Und Kunst im öffentlichen Raum, sagte er, ist immer problematisch. Trotz oder wegen der Konzessionen ans Harmoniebedürfnis des Publikums? „Harmonie ist Minderung der Kontraste“, sagte er schon früher. Das war nie seine Sache. Auch die „harmonischen“ Druckgraphiken im Westend sind manchmal mit energischen Strichen durchkreuzt.

Und Harmonie im Leben? „Ich bin immer angeekelt“, sagte Baselitz jetzt im Gespräch. 1957 wurde er wegen „gesellschaftspolitischer Unreife“ der Ost-Berliner Kunsthochschule verwiesen, und zeitlebens verließ er alle Institutionen und Ausstellungen, die „Staatskünstler“ der DDR akzeptierten. Von den provokativen Bildern des jungen „Wüterichs“, der gegen den Ästhetizismus des Informel protestierte, distanziert er sich heute. Aber noch immer nennt er Otto Dix eines seiner Vorbilder, und im Westend sagte er jetzt: „Ich kann kein Bild malen ohne Politik.“

Rosemarie Stein

DRK-Kliniken Westend, Chir. Stationen 1b, 4b und Casino, Hochhaus Ebene 22, bis Oktober.

BERLINER ÄRZTE

7/2013 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 unter Verwendung von El Gaucho
und sasel77 - Fotolia.com

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-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