



LINER ÄRZTE

12/2013 50. Jahrgang Die Ärztekammer Berlin wünscht einen guten Flug ins Neue Jahr!

arrivals  departures  adventures



Patient **BER**: Der Hauptstadtflughafen und die Notfallmedizin

BMJ

in Kooperation mit dem
British Medical Journal

Mit Überbetrieblicher Ausbildung zu mehr Versorgungsqualität



Foto: K. Friedrich

Dr. med. Regine Held
*(niedergelassene HNO-Ärztin)
 ist Mitglied des Kammervorstands
 sowie Vorsitzende des Ausschusses
 Medizinische Fachberufe und des
 Berufsausschusses der Kammer.*

Selbstverwaltung ist Verwaltung in Bewegung, und zwar im Sinne derer, die es angeht und betrifft. Sie schmunzeln? So zumindest ist die Idealvorstellung. Aber wie soll die Bewegung verlaufen? Probleme erkennen, definieren, geeignete und angemessene Lösungen entwickeln, umsetzen, und in regelmäßigen Abständen kritisch in Frage stellen:

Vor einem guten Jahrzehnt hat die Ärztekammer Berlin die Überbetriebliche Ausbildung für Arzthelferinnen und Arzthelfer (heute Medizinische Fachangestellte) eingeführt. Anlass waren die hohen Durchfallquoten in vorangegangenen Abschlussprüfungen sowie als strukturell erkannte Ausbildungsdefizite in betrieblichen Ausbildungsstätten.

Was ambitioniert startete, musste sich im Praxisalltag bewähren. Es gab kritische Rückmeldungen der auszubildenden Kolleginnen und Kollegen, die die 14 Lehrgangstage im Verlaufe der Ausbildung ihrer Auszubildenden nicht nur über Gebühren teilzufinanzieren, sondern zudem die Auszubildenden für die Teilnahme an den Kurstagen von der betrieblichen Ausbildung freizustellen hatten. Als Kernbotschaft habe ich eine Fragestellung mitgenommen: Wird der Aufwand, den wir betreiben, dem Ertrag gerecht?

Im Zuge einer möglichen Neuausschreibung der Überbetrieblichen Ausbildung im Jahr 2009 schlossen sich weitere

Fragen an: Gibt es das Problem noch? Lösen wir es mit dem, was wir machen? Im zuständigen Ausschuss Medizinische Fachberufe war ich mir mit den Kolleginnen und Kollegen einig, dass der gefundene Ansatz zur Lösung des als fortbestehend erkannten Problems richtig ist. Es bestand aber ebenfalls Konsens, dass Optimierungsbedarf besteht, und zwar sowohl in Bezug auf den konzeptionellen Ansatz als auch die Kosten-Nutzen-Relation der Lehrgangsstufe.

Mit dem Segen des Berufsbildungsausschusses, des Vorstands und der Delegiertenversammlung wurde daher die Lehrgangsstufe im Februar 2010 erheblich entschlackt neu gestartet. Die Kritik der auszubildenden Kolleginnen und Kollegen ließ nach. Dennoch haben wir für die Neuausschreibung der Maßnahme zum Beginn des Jahres 2013 erneut eine fachliche und strukturelle Feinjustierung vorgenommen.

Wie ist der Stand heute? Der fachpraktische Anteil der Lehrgangsstufe ist erhöht, der theoretische Anteil reduziert worden. Statt 14 sechsstündige sind es nunmehr 6 achtschündige Lehrgangstage. Das Lehrgangsmodul Notfall bei Malteser Berlin liegt auf einem Samstag. Das Modul Prüfungsvorbereitung findet gebührenfrei freitags am Abend oder ebenfalls samstags statt. Die Gesamtaufwendungen für

die Lehrgangsstufe liegen unter denen der ersten Reihe. Aufgrund dessen konnte nicht nur der Haushaltsansatz der Ärztekammer Berlin, sondern auch die Gebührenlast der auszubildenden Kolleginnen und Kollegen zurückgeführt werden. Nicht unwesentlich ein letzter Punkt: Statt für 14 Lehrgangstage müssen die Auszubildenden im Verlaufe ihrer Ausbildung in der Regel nunmehr nur noch für die 5 werktags bei D&B Dienstleistung Berlin stattfindenden Lehrgangstage freigestellt werden.

Wenn vor Jahren eine Auszubildende in der praktischen Prüfung ein EKG oder einen Schilddrötverband nicht anlegen konnte, dann konnte ich mir mit den anderen Prüfungsausschussmitgliedern nie ganz sicher sein, ob der Prüfungsgegenstand in der Praxis überhaupt oder hinreichend Ausbildungsgegenstand war. Heute können wir uns bei der Bewertung am Ende sagen: „Das war Gegenstand der Überbetrieblichen Ausbildung. Das muss sie können.“ Wenn wir dann eine Auszubildende in dem guten Gefühl, dass sie das, was sie können muss, auch kann, mit einem erfolgreichen Abschluss in die Berufswelt entlassen, dann haben wir gewiss einen Beitrag zum gemeinen Wohl geleistet; wir haben aber auch und vor allem unsere ureigene Angelegenheit erledigt, weil wir mit der Qualität der Arbeit der Medizinischen Fachangestellten letztlich auch die Qualität unserer Arbeit sichern.

In diesem Sinne ein Letztes: Ärztliche Selbstverwaltung ist bei aller notwendigen Bewegung auch darauf angewiesen, dass Kolleginnen und Kollegen auf der Grundlage eines werthaftern Ziel- und Aufgabenverständnisses verantwortlich Position beziehen.

Regine Held

10 Jahre „Überbetriebliche Ausbildung für Medizinische Fachangestellte“

Im Jahr 2002 beschloss die Delegiertenversammlung die Einführung einer 14-tägigen „Überbetrieblichen Ausbildung für auszubildende Arzthelferinnen und Arzthelfer (ÜBA)“. Von Beginn an war die Lehrgangsstufe auf die Vermittlung und Vertiefung fachpraktischer Fertigkeiten ausgerichtet. Mit der Durchführung wurde der Ausbildungsring Potsdam Brandenburg (ABR) beauftragt. Die 14 Lehrgangstage der am 1. September 2003 startenden Reihe fanden zunächst in Potsdam statt, wurden schließlich aber nach Berlin, an den Storkower Bogen, verlagert.

Am 1. April 2009 stimmte die Delegiertenversammlung auf Vorschlag des Vorstands einer Fortführung der ÜBA auf der Grundlage eines vom Ausschuss Medizinische Fachberufe überarbeiteten Konzepts zu. Die MUT gemeinnützige Gesellschaft für Gesundheit mbH (MUT), an die die Durchführung der ÜBA nach dem Ende der Vertragsbeziehungen mit dem ABR vergeben worden war, startete mit der neu gestalteten Lehrgangsstufe am 1. Februar 2010 in ihren Räumen in der Rudolfstraße. Im August 2012 veranlasste der Vorstand angesichts des am 31. Januar 2013 bevorstehenden Vertragsendes mit der MUT erneut eine Ausschreibung der ÜBA. Malteser Berlin, D&B Dienstleistung und Bildung Berlin setzten sich in dem Vergabeverfahren durch und starteten die ÜBA zum 1. Februar 2013 neu.

Die konzeptionellen Überarbeitungen des Lehrgangskonzepts durch den federführenden Ausschuss Medizinische Fachberufe sind Ergebnis eines Willensbildungsprozesses, der die Kritik der auszubildenden Ärztinnen und Ärzte an dem Startkonzept berücksichtigt. Am Ende steht eine 6-tägige Lehrgangsstufe, die nicht mehr sämtliche Inhalte der Ausbildungsordnung abbildet. Vielmehr findet eine Konzentration auf den ursprünglichen Zweck statt, nämlich die Kompensation typischer Ausbildungsdefizite und die Vermittlung fachpraktischer Fertigkeiten. Dabei liegt der Fokus auf den Ausbildungsbereichen Behandlungsassistenz und Betriebsorganisation und -verwaltung. In besonders wichtigen Bereichen wie EKG, Erst-Untersuchung am Patienten, Verbandslehre,

kleine Chirurgie, Labor/Hygiene, Lungenfunktion und Inhalation wird durch ein wiederholendes Angebot auf den Vertiefungslernerfolg gesetzt. Mit dem Lehrgangstag „Notfall“ ist ein qualitativ sehr hochwertiges Modul aufgenommen worden.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot war ein treibender Faktor der Neugestaltung. Mit der Reduzierung der Anzahl der fremdvergebenen Lehrgangstage konnten die Kosten der Lehrgangsstufe beachtlich reduziert werden. Für die auszubildenden Ärztinnen und Ärzte schlägt dabei auch positiv zu Buche, dass die Auszubildenden weniger häufig von der betrieblichen Ausbildung freigestellt werden müssen. In diesem Sinne ist der Ansatz zuletzt noch einmal optimiert worden. Die organisatorische Separierung des 6. Lehrgangstages „Notfall“ ermöglichte nicht nur die Gewinnung eines für diese Lehrgangseinheit fachlich besonders geeigneten Anbieters: Malteser Berlin. Es konnte zudem eine Verlegung des Kurses auf den Samstag, an dem überwiegend keine betriebliche Ausbildung stattfindet, von der freigestellt werden müsste, erreicht werden.

Seit Februar 2013 besuchen auszubildende Medizinische Fachangestellte nun zwischen ihrem 10. und 28. Ausbildungsmonat die 8-stündigen Kurse bei den neuen Anbietern Malteser sowie D&B. In einer Lehrgangsstufe werden aus fachdidaktischen Gründen nicht mehr als 20 Auszubildende zusammengefasst; für intensive praktische Lehreinheiten wird die Gruppe zudem in Kleingruppen aufgeteilt.



Foto: R. Held

Praktische Übung bei Malteser Berlin – im Notfall kommt es auf jeden richtigen Handgriff an.

In den Lehrgangseinheiten 1 - 5, die werktags bei D&B in der Frankfurter Allee stattfinden, erfahren und vertiefen die Auszubildenden die wichtigsten Inhalte der Fächer Behandlungsassistenz sowie Betriebsorganisation und -verwaltung; pro Jahr werden durchschnittlich 2.500 Lehrgangsbesuche verzeichnet. Die Lehrgangseinheit 6 „Notfall“ (samstags bei Malteser, Alt-Lietzow) wird jährlich von ca. 500 Teilnehmern besucht. Zur Vorbereitung auf die Abschlussprüfung nutzen, in der Regel um den 32. Ausbildungsmonat, im Sommer ca. 400 und im Winter ca. 200 Auszubildende freiwillig das Angebot der Kammer; der gebührenfreie Vorbereitungskurs findet samstags statt.

Zur Überprüfung und Sicherstellung der Qualität der Lehrgangstage werden regelmäßig Teilnehmerevaluationen durchgeführt. Zudem hospitieren die Mitglieder des Ausschusses Medizinische Fachberufe bei den Veranstaltungen. Wertvolle Einschätzungen zur Lehrgangsstufe können schließlich die Mitglieder der Prüfungsausschüsse geben; insbesondere im praktischen Teil der Abschlussprüfung spiegelt sich die Entwicklung der fachpraktischen Fertigkeiten der Auszubildenden sehr gut wider.

Christoph Röhrig, Leiter Abteilung KBR Ärztekammer Berlin



TITELTHEMA.....

Patient BER

Der Hauptstadtflughafen
und die Notfallmedizin

Von Holger Fröhlich
Seite 14



Foto: H. Fröhlich

EDITORIAL.....

Mit Überbetrieblicher Ausbildung zu mehr Versorgungsqualität

Von Regine Held3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

10 Jahre „Überbetriebliche Ausbildung für Medizinische Fachangestellte“

Von Christoph Röhrig.....4

Berliner Ärzte unter dem Hakenkreuz

Von Sascha Rudat.....28

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....26

Dem „Beininfarkt“ wirksam vorbeugen!

Von Rosemarie Stein.....30

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

.....34

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen September/Oktober 2013

.....32

Peter Hauber: Kinderarzt und Veranstalter von Benefizkonzerten.....35

BUCHBESPRECHUNG.....

„Eine bedeutende Ärztedynastie – Die Strassmanns“

von Jutta Lange-Quassowski und Volkmar Schneider.....38

„Die Pharma-Lüge“

von Ben Goldacre.....39

FEUILLETON.....

Praxisjournale von anno dunnemals

Von Rosemarie Stein.....40

Umfrage

Berliner Klinikpersonal hat zu wenig Zeit für Patienten

Immer mehr Patienten werden von immer weniger Klinikpersonal betreut – das ist das Ergebnis einer aktuellen Umfrage an Berliner Kliniken, die von dem Meinungsforum „Klinikstand“ (www.klinikstand.de) unter Ärzten/innen, Pflegenden und Therapeuten initiiert wurde. Dem Aufruf folgten 2013 rund 350 Teilnehmer/innen. Mehr als zwei Drittel (84 %) gaben an, dass sich die Anzahl der Versorgten in den vergangenen Jahren „deutlich“ erhöht habe.

Über zwei Drittel beklagten, sich nicht einmal die Hälfte ihrer Dienstzeit um die Patienten kümmern zu können, sondern stattdessen andere Aufgaben erfüllen zu müssen. Außerdem leide die Konzentration unter zu kurzen Ruhezeiten, wie 37 Prozent anmerkten. Die Zahl der zu versorgenden Patienten steigt dabei. 60 Prozent der Befragten müssen mehr als zehn, die Hälfte davon sogar mehr als 15 Patienten gleichzeitig versorgen. Die meisten Befragten sahen zwar

kein Problem darin, Wochenenddienste zu machen, doch die Zahl der geforderten Nachschichten wurde als deutlich überhöht eingeschätzt.

Die Berliner Umfrage bestätigt, dass nur 15 Prozent des Klinikpersonals den Eindruck haben, mit ihrem Arbeitgeber in gutem Kontakt zu stehen. 85 Prozent erhalten von ihren Geschäftsleitungen nur selten oder gar kein Feedback auf Anregungen und Kritik. Gleichzeitig bezeichnete sich mehr als die Hälfte der Berliner Befragten als „hoch“ oder „sehr hoch“ motiviert. „Das gilt sicher auch für die Pflegenden, die sich allerdings noch viel zu selten mit Vorschlägen und Kritik zu Wort melden“, bedauerte Dr. med. Moritz Peill-Meininghaus, der Initiator von „Klinikstand“: 70 % der Antworten stammten von Ärzten/innen.

Klinikstand geht davon aus, dass die Arbeitsbedingungen auch in anderen Teilen Deutschlands nicht besser sind und will nun



seine Erhebung auf das gesamte Bundesgebiet ausdehnen. Ziel ist es, die Klinikleitungen zu einem Umdenken und zu Änderungen der Arbeitsabläufe zu bewegen. Klinikstand ist eine Online-Initiative, die im Herbst 2012 gegründet wurde und sich zum Ziel gesetzt hat, Kommunikation und Informationsfluss innerhalb der Kliniken zu verbessern. „Das Potenzial an Wissen und Erfahrung wird von den Geschäftsführungen nicht ausreichend genutzt“, erklärt Klinikstand-Gründer Peill-Meininghaus, Arzt aus Berlin und Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin, seine Motivation. Das unabhängige Forum für

Feedback der Klinikmitarbeiter benötigt nun viele Nutzer und auch Sponsoren, um seine Ziele langfristig und nachhaltig umsetzen zu können, denn laut Peill-Meininghaus „würde sich vieles verbessern, wenn sich die Mitarbeiter/innen stärker in die betrieblichen Abläufe einbringen könnten“. Die Umfrage ist anonym und dauert den Angaben zufolge nur fünf Minuten (www.klinikstand.de/umfrage2014).

Kontakt: Klinikstand e.V.
Brunnenstr. 7d, 10119 Berlin
Telefon: 030/40 30 15 40
Fax: 030/40 30 15 60
E-Mail: info@klinikstand.de
Internet: www.klinikstand.de

Berlin



Wirtschaftshospitanzen für Senatsmitarbeiter gesucht

Im Rahmen des so genannten Masterplans „Industriestadt 2010 – 2020“ sucht die Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Forschung für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Hospitanzplätze in Berliner Unternehmen.

„Ansatz im Masterplan ist es, die Dienstleistungsorientierung durch ein verbessertes, gegenseitiges Verständnis von Unternehmen und Verwaltung zu stärken“, so die Senatsverwaltung. Ziel der drei- bis fünftä-

gigen Hospitanzen soll sein, einen besseren Einblick in Unternehmen und deren Abläufe zu bekommen. Der genaue Ablauf und die konkrete Dauer der Hospitanzen sollen individuell geregelt werden. Wunsch der Senatsverwaltung ist es, auch die Freien Berufe in das Programm aufzunehmen.

Interessierte Ärztinnen und Ärzte wenden sich bitte an:
Anja Sabanovic, Tel. 030/90138457, industriestadt@senwtf.berlin.de

Benefizkonzert

Am 10. Dezember spielen Mitglieder großer Berliner Orchester

... um 20 Uhr in der Gedächtniskirche. Zugunsten der Lampedusa-Flüchtlinge und der Migranten-Medizin spielen sie Klassik, Jazz und Tango. Der Kinderarzt Peter Hauber (ausführliches Portrait s. S.35) hat zum Tag der Menschenrechte dieses außergewöhnliche IPPNW-Benefizkonzert zusammen mit der Gemeinde organisiert.

Beteiligt sind die Berliner Philharmoniker, das Deutsche Sinfonieorchester, die Staatskapelle, die Deutsche Oper, die Komische Oper, Jazz- und Tangogruppen sowie afrikanische Trommeln. Der Eintritt ist frei, Spenden sind erbeten.

Konto-Nr.: IPPNW, Bank für Sozialwirtschaft, 2222255, BLZ 100 20 500, Stichwort Lampedusa-Flüchtlinge.

R. St.

Titelbilder BERLINER ÄRZTE

KATALOG-BESTELLUNG

BERLINER ÄRZTE BILD.r.BUCH



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

Bestellungen an:
info@sehstern.de

oder telefonisch unter:
030. 217 60 99

Einzelpreis 19,80 EUR,
inkl. MwSt. zzgl. Versand

www.sehstern.de

Aufgrund vieler Nachfragen bieten wir jetzt auch die Möglichkeit, einzelne Exponate als **Poster oder hochwertige Bildtafeln** zu erwerben.

- 180g/qm Posterpapier geplottet:
Format DIN A2 für 24,00 EUR,
Format DIN A1 für 28,00 EUR
- Bildtafel, UV-Folienkaschiert auf
10 mm Kapamont, handsigniert:
Format DIN A2 für 50,00 EUR,
Format DIN A1 für 70,00 EUR

(Preise zzgl. 19% MwSt. und Versand)



ANZEIGE

Qualifizierung

Fortbildungsprüfung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ Praktisch-mündliche Prüfungen im Frühjahr 2014

Die Ärztekammer Berlin führt die nächsten praktisch-mündlichen Fortbildungsprüfungen im Rahmen der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ am **28. und 29. März 2014** durch. Die Bereitstellung der Präsentationsthemen für die praktisch-mündlichen Prüfungen erfolgt am **13. und 14. Februar 2014**.

Die Prüfungen sowie die Bereitstellung der Präsentationsthemen finden in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin statt.

Prüfungsbewerber werden gebeten, sich mit folgenden Unterlagen anzumelden:

1. Zeugnis über die erfolgreiche Abschlussprüfung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferin/Arzthelfer oder eines anderen Abschlusses nach § 11 der Prüfungsordnung in beglaubigter Kopie,
2. Bescheinigung(en) über Zeiten einschlägiger Berufserfahrung,
3. Bescheinigung(en) über die acht bestandenen schriftlichen

Teilprüfungen der Fortbildungsprüfung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“.

Anmeldeschluss ist der **13. Dezember 2013**.

Die erforderlichen Anmeldeformulare können bei der Ärztekammer Berlin, Abteilung 3 - Berufsbildung angefordert werden.

Erleichterungen im Prüfungsverfahren für behinderte Menschen.

Bei der Durchführung der Prüfung werden die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt. Art und Grad der Behinderung sind mit dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung nachzuweisen. Bitte fügen Sie bei Bedarf einen Antrag auf Prüfungserleichterung bei.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Rufnummer: **030 / 40 80 6 – 2626** in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg)

Veranstaltung

Aktuelle Fragen der rationalen Antibiotikatherapie – Neue Arzneimittel

Eine Veranstaltung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) innerhalb des Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer

Termin: Samstag,
11. Januar 2014, 09.00–12.30 Uhr

Veranstaltungsort:

Hotel Aquino/Tagungszentrum Katholische Akademie, Hannoversche Straße 5 b,
10115 Berlin-Mitte

Programm:

- Erreger nosokomialer Infektionen
- Neue Antibiotika
- Umgang mit infektiösen Komplikationen in der Tumorthherapie
- Bewertung neuer Arzneimittel 2013/2014

Auskunft: Karoline Luzar,
E-Mail: karoline.luzar@akdae.de;
Telefon 030 400456-518;
Fax 030 400456-555

Weitere Details unter: www.akdae.de

Leserbrief zu: BERLINER ÄRZTE 11/2013, GKR-info, S. 11

Leserbriefe

Epidemiologische Halbwahrheiten

Es ist erfreulich, wenn die Krebsregister Daten nicht nur sammeln, sondern auch regelmäßig publizieren. Denn die aus der Versorgung gewonnenen Erkenntnisse sind wertvoll für die Behandelnden und die Betroffenen – vorausgesetzt, sie werden verständlich aufbereitet. Das ist eine hohe Kunst, wie auch diese Veröffentlichung zeigt: Die GKR-Daten zum Prostatakrebs suggerieren großartige Fortschritte in der Therapie und begründen dies mit den sprunghaft angestiegenen Fünf-Jahres-Überlebensraten. Die lesen sich tatsächlich beeindruckend. Als Urologe

möchte man sich auf die Schulter klopfen, ob solch eines grandiosen Sieges im Kampf gegen den Krebs.

Faktisch ist diese exzellente Bilanz nichts weiter als ein statistischer Trugschluss: Es ist ausgesprochen ärgerlich, dass bei einem früh zu erkennenden Tumor immer noch mit fünf Jahres-Überlebensraten argumentiert wird.

Die PSA-gestützte Früherkennung verlegt den Diagnose-Zeitpunkt um mindestens fünf bis sieben Jahre vor (Lead Time Bias) und sorgt allein dadurch für brillante Fünf-Jahres-Überlebensraten, ohne dass die Männer tatsächlich länger leben. Sie wissen nur früher von ihrer Krankheit. Es kommt hinzu, dass wir durch die Früherken-

nung sehr viele Prostatakarzinome entdecken, die ohne PSA-Test nicht aufgefallen wären.

Die größte Screening-Studie beziffert den Anteil dieser sogenannten Überdiagnosen mit 54% aller durch Screening entdeckten Prostatakarzinome. Diese Tumore, die keiner Behandlung bedürften, werden dennoch nahezu sämtlich kurativ therapiert – und bessern mit ihrer hervorragenden Prognose die Statistik auf. Fakt ist, nicht die Behandlung sorgt für immer bessere Ergebnisse, sondern die zunehmende Zahl an völlig harmlosen Karzinomen, die wir „dank“ der PSA gestützten Früherkennung entdecken.

Die radikale Prostatektomie hingegen beeinflusst die Prognose der Behandelten kaum: Die ame-



rikanische PIVOT-Studie hat 2012 gezeigt, dass sie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom das Überleben im Vergleich zu Nichtstun nicht signifikant verbessert. So belegen die Registerdaten weniger den Nutzen der Behandlung, als vielmehr den Schaden der Früherkennung.

Diese auf der Hand liegende Erklärung der Daten wird nicht einmal angedeutet. Ärgerlich, wertvolle Erkenntnisse sehen anders aus.

*Prof. Dr. med. Lothar Weißbach,
Stiftung Männergesundheit*

Bundesinstitute laden zu ihrer jährlichen Fortbildungsveranstaltung ein

Die Fortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2014 wird gemeinsam vom Bundesinstitut für Risikobewertung, dem Robert Koch-Institut und dem Umweltbundesamt angeboten.

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

Termin für die nächste Fortbildungsveranstaltung ist der **26.-28. März 2014**.



Veranstaltungsort ist das Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin-Marienfelde, Diedersdorfer Weg 1. Das Programm umfasst Themen aus den Bereichen Verbraucherschutz, Umwelt und Gesundheit sowie dem Gesundheitsschutz. Am Vormittag des 26. März 2014 bieten das BfR und das RKI zudem einen Workshop „Literaturrecherche“ an.

Die Anerkennung als Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte und die ATF-Anerkennung für Tierärztinnen und Tierärzte wurden beantragt. Es ist geplant, die Veranstaltung wieder durch die Apothekerkammer zertifizieren und von der Zertifizierungsstelle für die Fortbildung von Lebensmittelchemikern anerkennen zu lassen.

Die Teilnahme ist kostenlos und eine Anmeldung erforderlich. Das **Anmeldeformular** sowie das vollständige **Programm** finden Sie im Internet unter **www.bfr.bund.de/de/veranstaltungen.html**

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Vivantes Wenckebach-Klinikum Prof. Dr. Dietlind Zohlnhöfer-Momm ist seit Mitte Oktober neue Chefarztin für Allgemeine Innere Medizin am Vivantes Wenckebach-Klinikum. Ehemals am deutschen Herzzentrum in München tätig, kam sie bereits 2008 als Professorin für „Interventionelle und Regenerative Kardiologie“ an die Charité. Seit 2011 widmet sie sich zusätzlich der Betreuung älterer, kranker Patienten am Ev. Geriatriezentrum Berlin. Der bisherige Chefarzt Dr. Rudolf Henzgen ist auch weiterhin ärztlich am Wenckebach Klinikum tätig und bleibt stellvertretender Ärztlicher Direktor des Hauses.

St. Gertrauden-Krankenhaus/Zentrum für Gefäßmedizin Dr. med. Ralf Langhoff, zuvor leitender Oberarzt am Ev. Krhs. Königin Elisabeth Herzberge/Gefäßzentrum Berlin und zeitweilig an der Charité tätig, ist seit Oktober Chefarzt der neu gegründeten Abteilung für Angiologie im St. Gertrauden-Krankenhaus. Der Fachbereich hat sich mit der von Chefarzt Dr. Lars Langenick geleiteten Radiologie und der von Chefarzt Dr. Frank Schönenberg geleiteten Gefäßchirurgie zu einem Zentrum für Gefäßmedizin zusammengeschlossen.

Ev. Krankenhaus Hubertus – neu: die Wirbelsäulenklinik Berlin Unter der Leitung von Prof. Dr. med. Karin Büttner-Janz wurde seit Anfang Oktober die Wirbelsäulenklinik Berlin als neuer Bereich im Ev. Krankenhaus Hubertus aufgebaut. Mehr als 20 Jahre war die apl.-Professorin Büttner-Janz als Chefarztin für verschiedene Vivantes-Krankenhäuser in Berlin tätig. Seit November ist sie wieder schwerpunktmäßig im Bereich der Patientenversorgung mit Wirbelsäulenerkrankungen tätig.

Immanuel Krankenhaus Berlin Zum 1. September 2013 wurden Dr. Michael Berndsens und Georg Garanin zu Chefarzten an die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Immanuel Krankenhaus berufen. Als gleichberechtigte Chefarzte leiten sie die Abteilung Obere Extremität, Hand- und Mikrochirurgie in einem kooperativen Chefarztmodell. Beide Ärzte sind dem Haus seit langer Zeit als Oberärzte verbunden.

Vivantes übernimmt Ida-Wolff Krankenhaus und Pflegeheim Zum 1. November übernimmt Vivantes das Ida-Wolff-Pflegeheim und das zugehörige geriatrische Krankenhaus in Neukölln vom Insolvenzverwalter der AWO Ida-Wolff-Geriatriezentrum Neukölln gGmbH und der AWO Ida-Wolff-Krankenhaus Neukölln gGmbH. Die Ärzte und das Pflegepersonal werden nach dem Erwerberkonzept übernommen und weiter beschäftigt. (Klinikmanagement Vivantes, 11/2013.)

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

Tödlich trotz Hightech-Medizin – Infektionskrankheiten im 21. Jahrhundert

Weltweit sind die Infektionskrankheiten die häufigste Todesursache und auch in den Industrienationen (wieder) ein ernst zu nehmendes Problem. Hauptursache ist die zunehmende Resistenzentwicklung der Erreger, sodass keine kausale Therapie möglich ist. Wo durch medizinischen Fortschritt und Hochleistungsmedizin fast alles machbar zu sein scheint, entstehen vor dem inneren Auge plötzlich Bilderwelten „alter Seuchen“, und wir fühlen uns zurückgeworfen in die Zeit vor der mikrobiologischen Ära.



Tagungsstätte auf Schwanenwerder

Die Evangelischen Akademien zu Berlin und Sachsen-Anhalt sowie die Akkon-Hochschule für Humanwissenschaften laden herzlich ein zu einem interdisziplinären Symposium zur aktuellen Situation der Infektionskrankheiten. In Vorträgen und Diskussionen sollen grundlegende Positionen von Medizin, Public Health, Gesundheitspolitik sowie sozialethische, historische und kulturwissenschaftliche Reflexionen einander ergänzen und eine breite Perspektive auf zukünftige Herausforderungen und ihre Begegnungen ermöglichen.

Kurs

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung

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

Er bietet darüber hinaus Arbeitsmedizinern die Möglichkeit zur Vertiefung ihrer Fachkompetenz, insbesondere in Verbindung mit dem

Seminar zur Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung, welches am Vormittag des 21.03.2014 stattfindet.

Termin: Freitag, 21.03.2014, 14.00 - 21.00 Uhr
Samstag, 22.03.2014, 8.30 - 17.30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Teilnahmegebühr: 250 €

Hinweis: Kombipreis für „Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens/ Gesichtsfeldbefundung“ und „Verkehrsmedizinische Begutachtung“: 290 €

Information und Anmeldung:

Tel.: 030 / 40806 -1215
E-Mail: fb-aag@aekb.de

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Dr. Timo Ulrichs

Termin:
02. und 03. Dezember 2013

Ort: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder, Inselstraße 27-28, 14129 Berlin

Anmeldung:
Evangelische Akademie Sachsen-Anhalt,
E-Mail: info@ev-akademie-wittenberg.de
Tel.: 03491-498840;

Tagungsbeitrag:
90 €, erm. 70 €;
13 Fortbildungspunkte

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Kurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2014 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 Ärztekam-

mer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine:

Präsenzwoche 1:
10.03. – 15.03.2014

Woche 2: 05.05. – 10.05.2014

Woche 3: 16.06. – 21.06.2014
(jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort:

Ärztekammer Berlin,
Friedrichstraße 16,
10969 Berlin

Weitere Informationen:

Tel.: 40806-1402 (Organisation),
Tel.: 40806-1207 (Inhalte)

oder per E-Mail:
QM-Kurs2014@aekb.de

Ausstellung „Jüdische Ärzte in Schöneberg“

Berliner Ärztin Ruth Jacob mit Sonderpreis ausgezeichnet

Für ihre Wanderausstellung „Jüdische Ärzte in Schöneberg – Topographie einer Vertreibung“ ist die Berliner Ärztin Dr. med. Ruth Jacob gemeinsam vom Bundesgesundheitsministerium, der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgezeichnet worden. Im Rahmen des mit insgesamt 10.000 Euro dotierten Forschungspreises für wissenschaftliche Arbeiten zur Geschichte der Ärzte während der NS-Diktatur, der zum vierten Mal verliehen worden war, erhielt Jacob in der Hörsaalruine der Charité am 15. November einen Sonderpreis. Die Ausstellung – erstmals im vergangenen Jahr im Rathaus Schöneberg zu sehen (s. BERLINER ÄRZTE 3/2012, 9/2012) und von der Ärztekammer Berlin gefördert – thematisiert die Einzelschicksale der vertriebenen und ermordeten Ärztinnen und Ärzte im Bezirk Schöneberg. Die Ausstellung des Vereins „frag doch“ Verein für Begegnung und Erinnerung e.V.“

fand im Rahmen des Projektes „Wir waren Nachbarn“ und des Themenjahres „Zerstörte Vielfalt“ statt. Weitere Preisträger waren Dr. Karl-Werner Ratschko, der für seine Dissertation über die Rolle der medizinischen Fakultät in Kiel während der NS-Zeit einen Forschungspreis erhielt. Matthias Krischel bekam einen Forschungspreis für einen Doppelband zur Fachgeschichte der Urologie in Deutschland und Österreich im Nationalsozialismus. Mit einem weiteren Sonderpreis wurde Sigrid Falkenstein geehrt, die in Form eines Briefromans den Spuren der im Zuge der Aktion T-4 ermordeten Anna folgte. Besondere Erwähnung fanden zudem zwei Forschungsarbeiten: Die Dissertation von Dr. Katrin Günther über die Behandlung von Soldaten und Zivilisten in der Marburger Universitäts-Nervenklinik sowie die Auftragsarbeit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die



Ruth Jacob erhielt den Preis aus den Händen von Bundesärztekammerpräsident Frank-Ulrich Montgomery.

Foto: S. Rudat

sich mit deren Präsidenten während der NS-Diktatur auseinandersetzte. Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Frank-Ulrich Montgomery warnte in seiner Rede vor einem wieder erwachenden Antisemitismus und bezog sich dabei auf aktuelle Studien, die das Aufkeimen von jüdenfeindlichen Klischees beleuchtet hatten. Er erklärte, dass sich die Ärzteschaft weiter für eine lückenlose Aufklärung einsetzen werde. Montgomery schlug vor, den Forschungspreis, der alle zwei Jahre verliehen wird, künftig nach Herbert Lewin zu benennen. Lewin war ein jüdischer Arzt, der die KZ-Haft überlebte, und in der Bundesrepublik von 1963-1969 Vorsitzender des Zentralrats der Juden in Deutschland war.

Der ehemalige KBV-Vorsitzende Dr. Manfred Richter-Reichhelm verwies in seiner Rede darauf, dass die Ärzteschaft sich „spät, aber nicht zu spät“ ihrer unheilvollen Geschichte gestellt habe. Seit dem Jahr 2000 haben sich – angefangen mit der KBV – zahlreiche ärztliche Institutionen mit der NS-Vergangenheit auseinandergesetzt, darunter auch die Ärztekammer Berlin. Wichtig sei, die Erinnerung in die Zukunft zu tragen. Dies geschehe beispielsweise mit dem Ausbau der ehemaligen „Reichsärztlehrerschule“ im mecklenburgischen Alt-Rehse zu einem Lern-, Forschungs- und Bildungszentrum. Richter-Reichhelm mahnte an, dass es zur Realisierung des Projektes noch weiterer Spenden bedarf. *srd*

Kurs

„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem 40-stündigen Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Mai 2014 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis erneut den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern

auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.

Teilnehmer an dem Modulteil II am Samstag, den 24. Mai 2014, 10:30 bis 17:15 Uhr, erhalten in

Abstimmung mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zusätzlich eine Bescheinigung, dass diese Veranstaltung im Sinne der Ziffer 5.12 den „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren (in der Fassung vom 01. Januar 2011)“ entspricht.

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. P. Marx (ehemals Neurologische Klinik, Charité – Campus Benjamin Franklin, Berlin)

Termine:

Modul I: 09./10.05.2014
Modul II: 23./24.05.2014
Modul III: 27./28.06.2014
Ort: Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Teilnahmegebühr für die Module I - III: 400 €
41 Fortbildungspunkte.

Die Kosten für das Zusatzmodul am Samstag, den 24.05.2014, 10:30 – 17:15 Uhr betragen 80 €.

Informationen und Anmeldung per E-Mail unter: begutachtung@aekb.de
Tel: 030/40806-1203

Patient BER:

Der Hauptstadtflughafen und die Notfallmedizin

Wer sich eingehend mit dem Großprojekt Flughafen Berlin-Brandenburg beschäftigt, den beschleicht nach einiger Zeit und unzähligen Gesprächen das Gefühl, in einem verworrenen Fiebertraum Kafkas umherzuirren. Eine undurchdringliche Welt in der es zwar Probleme gibt, aber keine Zuständigen. Eine Welt, in der jede Frage mit einer Gegenfrage beantwortet wird und der eine auf den anderen verweist. Wäre Franz Kafka noch am Leben, er würde einen Roman verfassen mit dem Titel „Der Flughafen“.

Von Holger Fröhlich



Dabei stand am Anfang dieser Recherche eine denkbar einfache Frage: „Wie steht es um die notfallmedizinische Versorgung am geplanten Flughafen Berlin-Brandenburg?“ Die Frage ist berechtigt, schließlich sollen den Großstadtflughafen „BER“ einmal 45 Millionen Passagiere im Jahr bereisen. Zu Beginn sollen es wenigstens 27 Millionen sein; das sind fast 74.000 Menschen am Tag – nicht mitgezählt die 20.000 Angestellten sowie Besucher und Begleitpersonen. Bei dieser Masse an Menschen lassen sich Notfälle nicht vermeiden und bei einigen hundert Starts und Landungen am Tag muss auch der Katastrophenfall bedacht sein. Der Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes der Berliner Feuerwehr, Dr. Stefan Poloczek, unterteilt die medizinische Versorgung an Flughäfen in fünf Kategorien: Erstens den Alltagsnotfall (Passagier bricht sich das Bein), zweitens den Arbeitsunfall (Mitarbeiter bricht sich das Bein), drittens die ambulante Akutversorgung (Passagier hat eine Erkältung), viertens die Katastrophe (Flugzeug stürzt ab), fünftens den Seuchenfall (Passagier hat Ebola). Wer für welchen Fall zuständig ist, ist klar geregelt – doch da beginnt das Problem.

Verteilte Zuständigkeiten

Denn obwohl der zukünftige Großflughafen den Namen BER trägt, wird er in Schönefeld gebaut – und steht damit auf brandenburgischem Boden. Zuständig ist folglich erst einmal das Land Brandenburg bzw. der Landkreis Dahme-Spreewald. Während in Berlin sowohl die Brandbekämpfung als auch der Rettungsdienst Aufgabe der Feuerwehr ist, sind die Zuständigkeiten in Brandenburg verteilt.

Wenn in Schönefeld ein Feuer wütet, dann rückt die Feuerwehr zum Löschen aus; bricht sich am gleichen Ort ein Mensch den Fuß, dann fährt – im

Auftrag des Rettungsdienstes Dahme-Spreewald – die Johanniter-Unfall-Hilfe zum Verletzten. Was auf den ersten Blick nach einer sinnvollen Aufgabenteilung aussieht, führt auf dem zukünftigen Flughafen zu einer ersten Schwierigkeit. Denn die Internationale Zivilluftfahrt-Organisation (ICAO) schreibt vor, dass der Großflughafen eine eigene Werksfeuerwehr beschäftigen muss. Aufgrund der Größe des Geländes, der Masse an Menschen und des erhöhten Gefahrenpotentials durch den Flugverkehr ist die Betreibergesellschaft Flughafen Berlin Brandenburg GmbH (FBB) verpflichtet, hauptamtliche Brandbekämpfer anzustellen. Vor allem, um die Sicherheit der eigenen Mitarbeiter und damit des gesamten Flugverkehrs zu gewährleisten.

Ebenfalls vorgeschrieben für die Sicherheit der eigenen Angestellten ist ein Rettungswagen (RTW) auf dem Gelände. Dieser ist besetzt mit einem Rettungssanitäter und einem Rettungsassistenten und untersteht der Leitung der Werksfeuerwehr.

Da der Flughafen Berlin-Tegel (TXL) bei Eröffnung des Großflughafen BER aufgelöst werden soll, wird die Tegeler Berufsfeuerwehr zum neuen Flughafen nach Brandenburg umziehen und damit am neuen Ort den gesetzlichen Vorgaben zum Werksschutz nachkommen. Der RTW wird mit umgesiedelt und auch weiterhin von der Werksfeuerwehr betrieben.

Obwohl der BER fast das doppelte Passagieraufkommen von Tegel haben wird, steht dem zukünftigen Großflughafen lediglich der eine Rettungswagen des TXL zur Verfügung, der eigentlich nur für die Versorgung des Bodenpersonals zuständig ist. Im Vergleich dazu hat der Flughafen Frankfurt am Main mit jährlich 57 Millionen Passagieren ständig drei bis vier RTW auf dem Gelände.

1. Alltagsnotfall

Welche zusätzliche Hürde die bereits erwähnte Arbeitsteilung zwischen Feuerwehr und Rettungsdienst für den BER bereitet, zeigt sich an einem einfachen Vergleich zwischen Berlin und Brandenburg. Wenn sich heute in Tegel ein Geschäftsreisender aus Zürich auf der Fluggastbrücke den Fuß verstaucht, dann holt ihn der Rettungswagen der Werksfeuerwehr ab und fährt ihn zum nächstgelegenen Krankenhaus zum Röntgen. Wenn sich derselbe Reisende jedoch am zukünftigen Hauptstadtflughafen den Fuß vertritt, dann fährt ihn derselbe RTW nur noch bis zum Flughafentor. Denn im Gegensatz zu Tegel darf der von der Werksfeuerwehr betriebene Rettungswagen des BER den Flughafen nicht mehr verlassen, weil das Brandenburger Feuerwehrgesetz die Tätigkeit der Betriebsfeuerwehr im Rettungsdienst ausschließt. Die Krankenfahrt endet also erst einmal am Flughafentor Schönefeld. Dort muss der Züricher Geschäftsreisende aussteigen und in ein Fahrzeug der Johanniter-Unfall-Hilfe hüpfen, um darin weiter zum Röntgen gefahren zu werden.

Beim verstauchten Knöchel mag das zwar lästig sein, im Falle eines Herzinfarktes aber könnte das Verladen lebenswichtige Minuten kosten. Warum also bekommt die Flughafenfeuerwehr keine Sondergenehmigung, um ihre Verletzten direkt ins Krankenhaus fahren zu dürfen? Eine mögliche Antwort liegt bei den Kosten: Für jede Fahrt des Rettungsdienstes Dahme-Spreewald bekommt der Kreis 530 Euro von den Krankenkassen. Übernahme die Werksfeuerwehr die Fahrt, stünde ihr die Summe zu. Doch das allein genügt nicht als Begründung.



Dr. Frank Mieck ist als Ärztlicher Leiter für den Rettungsdienst im Landkreis Dahme-Spreewald zuständig.

Wer hat die Verantwortung?

Eine weitere, mögliche Antwort liegt in der verteilten Zuständigkeit. Die Flughafenbetreiber (deren Gesellschafter zu je 37 Prozent die Länder Berlin und Brandenburg sowie zu 26 Prozent die Bundesrepublik Deutschland sind) sieht sich bei der notfallmedizinischen Versorgung nicht weiter in der Verantwortung, weil sie durch Werksfeuerwehr und RTW die Vorgaben der ICAO erfüllt. Ein Gesetz zur medizinischen Mindestversorgung von Flughäfen gibt es in Deutschland nicht. Für die Rettung verweist die FBB – mit Seitenblick auf die Wirtschaftslage – an den Bund. Der Bund seinerseits erklärt, dass der Rettungsdienst Aufgabe der Länder sei. Die Länder wiederum verweisen auf den Landkreis Dahme-Spreewald, dessen Ordnungsamt für den Rettungsdienst zuständig ist. Der Landkreis Dahme-Spreewald, der auf der fast dreifachen Fläche von Berlin gerade einmal 160.000 Einwohner zählt, soll nun für den Hauptstadtflughafen zuständig sein. In der politischen Hierarchie steht der

Kreis auf der untersten Ebene – obwohl bei ihm letztlich die Verantwortung hängen bleibt.

Einer auf dieser unteren Ebene und dennoch Hauptverantwortlicher ist Dr. Frank Mieck, Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes Dahme-Spreewald. In einem kargen Büro in der neugebauten Schönefelder Rettungswache erklärt er die Krux der verteilten Verantwortungen. Er kommt gerade von einer Sondersitzung mit der Leiterin des Gesundheitsamtes und sieht müde aus. Neben seiner 75-Prozent-Stelle beim Rettungsdienst arbeitet er am Klinikum Dahme-Spreewald. Früher, sagt er, war die Stelle des ärztlichen Leiters ein reines Ehrenamt. Bald ist er für einen Großflughafen verantwortlich.

Mieck spricht leise und beherrscht. In seiner Funktion muss er gut abwägen, was er sagt und wie er es sagt. Er hat sich schon einmal kritisch geäußert, in einem Fernsehbeitrag der ARD im Januar 2013. Seine Worte wählt er seit-

dem bedachter. Jetzt sagt er Dinge wie: „Die Situation wäre rechtlich ok gewesen, aber es soll noch besser werden“ und „ich bin optimistischer als früher“. Das Glas ist für ihn jetzt halbvoll. Von einem „Maulkorb“ will er aber – im Gegensatz zu seiner Vorgesetzten aus dem Ordnungsamt – nicht sprechen. Er sage noch immer seine Meinung. Dass zur eigentlichen Eröffnung im Jahr 2011 niemand auf ihn zugekommen sei und daher kaum etwas geregelt war; dass es erst spät zu Treffen mit Berliner Leitenden Notärzten kam; dass er für seine drängenden Anliegen immer über Bande spielen muss, weil die Entscheider in der Senatsverwaltung nicht mit dem Landkreis sprechen, sondern nur mit dem Land.

2. Arbeitsunfall

Dabei ist die Zuständigkeit für einen Flughafen nichts Neues für Mieck. Auch bisher ist die Johanniter-Unfall-Hilfe unter seiner Leitung für den Flughafen Schönefeld (SXF) zuständig. Quetscht sich

heute ein Flughafenmitarbeiter am Gepäckband den Finger zwischen zwei Koffern, dann muss der Mitarbeiter – ebenso wie der Schweizer mit verstauchtem Knöchel – vom hauseigenen RTW zum Flughafentor gefahren werden, dort umsteigen und weiter ins nächste Krankenhaus gebracht werden. Diese umständliche Situation ist nicht neu. Was sich allerdings ändert, das sind die Größenverhältnisse. Mit der Eröffnung des BER verdreifacht sich die Zahl der Flughafenmitarbeiter von knapp 7.000 auf rund 20.000 – damit wird sich auch die Zahl der Unfälle verdreifachen. Dazu kommen weitere Wege auf dem Gelände bei weiterhin nur einem RTW.

Was, wenn der betriebseigene Rettungswagen bereits im Einsatz ist, während der Mitarbeiter zwischen die Koffer gerät? Dann muss der Mitarbeiter eben warten, bis der RTW wieder frei ist. Oder bis Ersatz aus dem Landkreis kommt. Nach dem aktuellen Stand der Planung muss jeder Angestellte beim bloßen Verdacht auf eine Verletzung ins nächste Krankenhaus gefahren werden. Mit Umsteigen am Tor.

Bei Verdacht ins Kreiskrankenhaus

Für Dr. Nicolai Schäfer vom Bundesverband der Honorarärzte (BV-H) ist es nicht nachvollziehbar, dass ein Flughafen der Größenordnung des BER kein eigenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) betreiben wird. Eine rund um die Uhr besetzte Flughafenklinik mit Notfallversorgungern ist für ihn das Minimum. Dann müssten Angestellte nicht wegen jeder Kleinigkeit zum nächstgelegenen Krankenhaus gefahren werden, sondern könnten schnell und direkt auf dem Gelände untersucht und bei Bedarf weiterbehandelt werden. Sollte der Finger doch nicht gebrochen sein, spart sich der Mitarbeiter den Ausflug ins Kreiskrankenhaus.

Schäfer kennt die Situation rund um den geplanten Hauptstadtflughafen, als selbstständiger Notarzt war er auch in Schönefeld im Einsatz. Seiner Meinung nach reicht die notärztliche Abdeckung im Kreis nicht für einen größeren Flughafen aus. Lediglich

die beiden Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) aus den Standorten Königs Wusterhausen und Schönefeld schaffen es im Notfall innerhalb von 15 Minuten zum Flughafentor. Für ihn ist das zu wenig, da in Königs Wusterhausen rund acht Notarzt-Einsätze am Tag anfallen – in Spitzenzeiten weit mehr – und deshalb immer wieder der Schönefelder NEF zur Hilfe fahren muss. Im Zweifelsfall ist dann nur noch der Notarzt aus dem nächsten Standort in Teupitz übrig, der jedoch die 15 Minuten zum Flughafentor nicht einhalten kann.

Dr. Frank Mieck vom Rettungsdienst Dahme-Spreewald erklärt, dass die gesetzliche Hilfsfrist, die festlegt, wie schnell der Einsatzwagen am Unfallort sein muss, in Brandenburg nur für Rettungswagen gelte, nicht aber für Notarzteinsatzfahrzeuge. Ihm fehlten also die Gesetze, aufgrund derer er weitere NEF fordern könnte. Daher wird die bisherige NEF-Flotte auch zur Eröffnung des BER nicht aufgestockt werden. „Das finde ich fahrlässig bis

lebensgefährlich“, sagt Schäfer. Der gebürtige Rheinländer findet klare Worte für seine Kritik. Er war es, der das Thema der Notfallmedizin am BER im Januar 2013 öffentlich gemacht hatte. Seitdem bekommt er keine Aufträge mehr aus Schönefeld. „Das sind die Vorzüge der Selbstständigkeit – ich bin niemandem verpflichtet“, sagt er in seinem kleinen Steglitzer Büro und lacht.

3. Ambulante Akutversorgung

Es muss aber nicht einmal der Unfall sein, eine Flughafenklinik könnte schon bei Kleinigkeiten helfen. Angenommen die Tochter einer Familie aus den Vereinigten Arabischen Emiraten klagt am BER über Migräne. Ein klassischer Fall für den Hausarzt. Wenn einer vor Ort wäre. Der werkseigene Rettungsassistent kann zwar Pflaster aufkleben, Schmerztabletten aber darf er nicht verabreichen. Mit einem Transport zum nächsten Krankenhaus jedoch droht die Familie aus den Emiraten ihren Anschlussflug zu verpassen – von der



Dr. Nicolai Schäfer: „Fahrlässig bis lebensgefährlich.“

Sprachbarriere ganz zu schweigen. Beim aktuellen Stand der Planung muss die Tochter wohl oder übel die Zähne zusammenbeißen und weiterfliegen.

Für Prof. Dr. Jörg Beneker, Leitender Oberarzt am Unfallkrankenhaus Berlin und Beauftragter für Rettungsmedizin der Ärztekammer Berlin, ist eine durchgehend besetzte Rettungsstelle für die Erstambulanz unabdingbar – da ist er sich mit seinen Kollegen Mieck und Poloczek einig.

In den allermeisten Fällen handelt es sich bei den Notfällen schließlich um Kleinigkeiten: Hier etwas Druck auf den Ohren, dort eine verrutschte Zahnprothese. Der Weg ins nächste Krankenhaus ist oft überflüssig. Ein Arzt vor Ort könnte unkompliziert Spritzen, Tabletten und Zäpfchen verabreichen oder eine kurze Überwachung veranlassen.

Großinvestoren haben sich abgewandt

Zum gleichen Schluss kommt das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV) in Brandenburg. Für Thomas Barta, Leiter der Abteilung Gesundheit am MUGV, ist es für Betroffene mit leichten Verletzungen „in einem solchen Fall nicht zumutbar, das Flughafengelände zu verlassen und sich in die Gemeinde Schönefeld oder anderen Orts zu begeben, um dort ärztliche Hilfe aufzusuchen“. Diese Forderung sei bei der Betreibergesellschaft FBB zu Beginn auf offene Ohren gestoßen. In einem gemeinsam betriebenen Gesundheitszentrum sollten der Vivantes-Konzern und die Sana-Kliniken Berlin-Brandenburg in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten ein breites Spektrum an medizinischen Fachrichtungen abdecken. Neben gewinnbringenden Behandlungen gut betuchter Reisender, sollte damit die Versorgung von Passagieren, Flughafenmitarbeitern und Anrainern sichergestellt werden. Doch die Pläne zum Gesundheitszentrum am BER haben sich mittlerweile zerschlagen. Nachdem die Inbetrieb-



Mit Hacke und Helm – die Berliner Feuerwehr hilft nicht nur, wenn's brennt.

nahme des Hauptstadtflughafens mehrfach verschoben wurde, haben sowohl Sana als auch Vivantes ihre Mietverträge gekündigt und sich aus der Planung zurückgezogen. Einen Ersatz hat die Betreibergesellschaft nicht.

4. Katastrophe

Wie sieht es aber im Großschadensfall aus? Wie können ein kleiner Landkreis mit knapper Abdeckung und eine Werksfeuerwehr mit nur einem Rettungswagen einem drohenden Flugzeugabsturz entgegentreten? Dr. Frank Mieck vom Rettungsdienst Dahme-Spreewald erklärt das Vorgehen. Sollte ein Pilot im Landeanflug das Fahrwerk seiner Boeing 747 nicht ausfahren können, funkt er umgehend eine Meldung an den Tower, der wiederum die zuständige Rettungsleitstelle alarmiert – im Fall des BER ist das die Regionalleitstelle Lausitz. Dort sind für jede Situation eigene Verfahren hinterlegt. Im Falle der vollbesetzten 747 in Luftnot wäre mit einem ‚Massenanfall von Verletzten (MANV) groß‘ zu rechnen, also mit mehr als 20 Betroffenen.

Mieck spricht von „Betroffenen“ und nicht von „Verletzten“, da bei der noch fliegenden Boeing erst einmal die komplette Besatzung betroffen wäre – egal, ob später alle oder nur zwei von ihnen verletzt sind. „Bei einem ‚MANV groß‘ schicke ich sofort mindestens 16 RTW von überall los, mit Amtshilfe“, erklärt Mieck. Da der gesamte Landkreis Dahme-Spreewald insgesamt über lediglich 15 RTW verfügt, muss Hilfe aus Berlin anrollen.

Prof. Dr. Jörg Beneker vom Unfallkrankenhaus Berlin schildert das Vorgehen des Nachbarn im Katastrophenfall: Sofort nach Eintreffen melden sich die Berliner Feuerwehrkräfte im Bereitstellungsraum des Flughafens und bilden einen eigenen Einsatzabschnitt, der sich um die ‚Sichtungskategorie 1‘ kümmert – also um lebensbedrohlich Verletzte.

Diese Schwerstverletzten fahren die Berliner Kräfte direkt zu den umliegenden Berliner Notfallzentren, die aufgereiht wie an einer Perlenkette an den großen Ausfallstraßen liegen: vom Klinikum Neukölln über das Unfallkrankenhaus Berlin und das Benjamin

Franklin bis zu den Kliniken Virchow, Friedrichshain und Buch. Selbst die entfernteren Kliniken seien mit dem Hubschrauber noch in weniger als zehn Minuten zu erreichen, erklärt Beneker. Schließlich sei auch die Berliner Luftrettung im Notfall eingebunden. Alle anderen Verletzten werden von der Johanniter-Unfall-Hilfe auf brandenburgische Kliniken verteilt.

Amtshilfe und gute Nachbarschaft

Dass der Landkreis Dahme-Spreewald Hilfe aus dem angrenzenden Berlin anfordert, ist selbstverständlich. In Flughafennähe ausreichend Rettungsfahrzeuge eigens für ein Szenario dieser Größenordnung vorzuhalten, ist schlicht unmöglich. Klar, dass der Kreis daher Kräfte aus dem Nachbarland zur Unterstützung ruft. Berlin hat auf einem Drittel der Fläche mit 100 Rettungswagen, 18 Notarztsatzfahrzeugen und zwei Helikoptern knapp das zehnfache

Rettungsaufgebot. Doch auch Berlin stößt an seine Kapazitätsgrenzen. Mit rund 800 Einsätzen am Tag sind die Retter gut ausgelastet. Dr. Stefan Poloczek, Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes der Berliner Feuerwehr, sagt: „Die Kassen sind chronisch klamm, wir halten unsere Zeiten nicht wie vereinbart ein, wir sind weit weg von einer Überversorgung.“

Gesetzlich ist Berlin dazu verpflichtet, dem Nachbarn zu helfen – nicht aber, dafür eine eigene Vorhaltung zu treffen. Poloczek sitzt hinter einem breiten Schreibtisch in der Berliner Feuerwache Schillerstraße, in deren denkmalgeschützten Gängen die Fledermäuse nisten. Für ihn funktioniert die Amtshilfe wie eine gute Nachbarschaft. Nicht schlechter, aber auch nicht besser. „Wenn ich meinen Nachbarn um eine Flasche Milch bitte und er eine hat, dann wird er sie mir wahrscheinlich geben – aber er wird sicher nicht für

mich einkaufen gehen“, erklärt er und stellt klar, „mein Nachbar ist nicht für meine Milchversorgung verantwortlich.“

Zur Zeit sichert er dem Nachbarn Brandenburg für den Notfall mindestens vier RTW, zwei NEF sowie zwei Führungsfahrzeuge und einen Leitenden Notarzt zu. Poloczek meint, beim Landkreis Dahme-Spreewald eine gewisse Erwartungshaltung zu erkennen, nach dem Motto: „Berlin hilft ja im Notfall“.

Er mahnt dabei zur Vorsicht: „Bei uns sind die Kapazitäten dafür zu knapp. Wenn in Brandenburg der Flugunfall droht und in Berlin eine S-Bahn entgleist, dann muss ich alle Fahrzeuge zurückrufen.“ Die Verantwortung liegt beim Landkreis Dahme-Spreewald. Mit Blick auf seine Kollegen aus Schönefeld fügt er hinzu: „Wenn ich etwas brauche, das ich nur in



Dr. Stefan Poloczek kritisiert eine gewisse Erwartungshaltung beim Nachbarn Brandenburg.



Der Flughafen-RTW dient als First Responder – für den Rest kommen Retter aus dem Landkreis.

Brandenburg kriege, dann verlasse ich mich nicht drauf, dass ich das immer mitbenutzen kann – das wäre mir zu riskant.“

Sicherheitskontrollen

Nun aber angenommen, beim genannten Szenario der anfliegenden 747 mit blockiertem Fahrgestell kommen ausreichend viele Rettungskräfte zusammen – wie gelangen die Fahrzeuge dann auf das Flughafengelände? Schließlich können weder Feuerwehr noch Johanniter-Unfall-Hilfe einfach auf das Rollfeld fahren wie in ein Parkhaus.

Dafür gibt es eine Sonderregelung. Wie auch aktuell beim SFX wird am Hauptstadtflughafen die Sicherheitskontrolle für Rettungskräfte aufgehoben. Zwar dürfen die Helfer nicht frei über das Gelände fahren, sondern müssen einem follow-me-Fahrzeug folgen – einem zeit-

raubenden Sicherheits-Check müssen sie sich aber nicht unterziehen. Sowohl Dr. Frank Mieck vom Rettungsdienst Dahme-Spreewald als auch der Beauftragte für Rettungsmedizin der Ärztekammer Berlin, Prof. Dr. Jörg Beneker, haben mit diesem System gute Erfahrungen gemacht: „Wenn wir ankommen, steht das Follow-me schon da, Verzögerungen gab es deshalb nie, wir warten eher auf das Flugzeug.“ Mieck sieht im aktuellen Vorgehen kein Sicherheitsrisiko, da sich die Rettungsfahrzeuge nur in einem engen Korridor bewegen dürfen, den das Follow-me vorgibt. „Die Wege sind klar definiert, wir können nicht einfach abbiegen“, erklärt er. Das gilt allerdings nur, solange der Flugverkehr aufrechterhalten wird. Sobald er eingestellt wird – und das ist im Falle eines Großschadens sehr wahrscheinlich –, dürfen die Retter auch ohne Follow-me über das Gelände zu den Verletzten fahren.

5. Seuche

Neben dem zugegebenermaßen unwahrscheinlichen Absturz einer vollbesetzten Passagiermaschine bringt der geplante Großflughafen aber noch eine weitere, neue Herausforderung mit sich. Seit Juli 2007 verlangt das Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV), dass die Bundesrepublik sogenannte „Sanitätsflughäfen“ benennt. Ziel dieser Sonderflughäfen ist es, die internationale Verbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern. Neben Frankfurt am Main, München, Hamburg und Düsseldorf soll auch der BER als „Drehkreuz des Ostens“ zum Sanitätsflughafen ernannt werden. Der Seuchenfall ist zwar selten, aber dafür hoch riskant. Wenn ein Tourist aus dem Kongo am Flughafen Berlin-Brandenburg plötzlich mit hämorrhagischem Fieber zusammenbricht, dann müssen in kürzester Zeit Entscheidungen getroffen

werden. Mit wem hatte der Infizierte Kontakt und müssen Passagierlisten eingeholt werden? Hat er womöglich im Flugzeug gehustet und muss dieses nun desinfiziert werden? Wohin kommt der Patient und muss gar das gesamte Terminal gesperrt werden?

Zwar kommt die Betreibergesellschaft FBB den gesetzlichen Anforderungen des IGV nach, indem sie ein Medical Assessment Center (MAC) gebaut hat, eigenes Personal für einen Infektionsfall aber ist nicht vorgesehen. Im MAC sind laut FBB lediglich Verfahren hinterlegt, „die nach internationalen Gesundheitsvorschriften ansteckungsverdächtige Personen, Gepäck oder Fracht erstversorgen können“. Außerdem sollen dort „Kommunikationsmittel“ sowie „Schutzausrüstung, Untersuchungsmaterialien, Medikamente, Quarantäneeinrichtungen, Desinfektionsmöglichkeiten und Sonderisolerstationen“ bereitstehen.

Wieder der Landkreis in der Pflicht

Die Verantwortung liegt wieder beim zuständigen Landkreis. Das Gesundheitsamt Dahme-Spreewald in Königs Wusterhausen ist zusammen mit dem Rettungsdienst dafür zuständig, binnen einer halben Stunde mit fachkundigem Personal an Bord der infizierten Maschine zu sein und das weitere Vorgehen festzulegen. Und das rund um die Uhr, denn Flugzeuge mit Verdacht auf Seuchenebefall dürfen den Sanitätsflughafen zu jeder Tages- und Nachtzeit anfliegen.

So selten der Seuchenebefall sein mag, so gravierend wäre ein Fehler. Doch bisher hat das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz keine Verordnung für die Landkreise veröffentlicht. Dr. Astrid Schumann, Leiterin des Gesundheitsamts Dahme-

Spreewald, sagt: „Wir wissen nichts – nur, dass BER ein Sanitätsflughafen wird“. Weiter möchte sie sich nicht äußern.

Immerhin hat das MUGV in einem Sonderausschuss vom Mai 2013 zugesichert, „ein Spezialfahrzeug“ am Flughafen BER bereitzustellen, um hoch infektiöse Personen „sofort in eine Spezialstation an das Rudolf-Virchow-Klinikum in Berlin“ zu fahren.

Dafür, dass es bis heute noch keine endgültige Verordnung vom Landesministerium gibt, sieht Dr. Frank Mieck mehrere Gründe. Zum einen hat sich die Verabschiedung des IGV-Gesetzes durch den Bund verzögert. Zum anderen gab es zu Beginn der Planung grobe Missverständnisse: „Manche haben das mit dem Sanitätsflughafen anfangs nicht ganz



In Berlin übernimmt die Feuerwehr die Rettung größtenteils selbst.

verstanden – die dachten es ginge dabei um Sanitäter oder so.“ Heute wisse man jedoch besser Bescheid, sagt Mieck. Man könne die Verzögerung nicht nur dem Ministerium anlasten. Das wäre zwar einfach, decke aber nicht die komplette Wahrheit ab. Und die ist – wie immer beim Hauptstadtflughafen – kompliziert. Ein ständiger Ansprechpartner in der Nähe des Flughafens, der den Sonderbedingungen eines internationalen Großflughafens gerecht wird, könnte jedenfalls einige zusätzliche Schwierigkeiten abfangen. In der Frankfurter Flughafenklinik zum Beispiel ist der Ärztliche Leiter ein ausgebildeter Tropenmediziner – er kann sich deshalb neben der hessischen Großmutter mit Kreislaufproblemen übergangslos um den nigerianischen Reisenden mit Lassa-fieber kümmern. Das örtliche Gesundheitsamt hat dafür bestimmte Aufgaben und hoheitsrechtliche Funktionen an die Flughafenärzte der Notfallambulanz übertragen.

In Schönefeld muss das Gesundheitsamt selbst anreisen und der nächste Tropenmediziner ist weit. Ein paar zusätzliche RTW im Kreis sind bei Bedarf schnell angeschafft, aber von Tropenkrankheiten hat ein normaler Notarzt kaum eine Ahnung. Den Vergleich mit dem Frankfurter Flughafen, der in seinem Sanitätszentrum einen Unfallarzt, zwei Notfallmediziner und vierzehn externe Fachärzte beschäftigt, findet Dr. Frank Mieck nicht fair. Die wirtschaftliche Situation

sei heute eine andere und auch Frankfurt habe seine Kapazitäten in den vergangenen Jahren deutlich reduzieren müssen. „Da wurden auch Prestige-Objekte gebaut“, sagt er.

Gutachten soll Klarheit schaffen

Um mehr Klarheit in die Zuständigkeiten zu bringen, hat Mieck zusammen mit den Krankenkassen und dem MUGV ein Gutachten in Auftrag gegeben, das die notfallmedizinische Versorgung um den geplanten Flughafen BER unter die Lupe nehmen sollte. Die meisten Absprachen liefen bisher telefonisch oder auf dem Flur. Das Gutachten sollte eine handfeste Grundlage schaffen – schwarz auf weiß.

„Es gibt ja für so einen Fall keine gesetzliche Regelung“, sagt Mieck, „ein Flughafen ist erst einmal nur ein großes Privatgelände – wie ein Kaufhaus“. Mit dem Unterschied, dass der Hauptstadtflughafen dem Bund und zwei Ländern gehört. Und, dass ein Kaufhaus-Lieferwagen kaum hundert Tonnen Kerosin geladen hat und selten abstürzt.

Das Gutachten liegt dem Kreis mittlerweile vor – wenn auch noch nicht öffentlich. Es bescheinigt dem Rettungsdienst Dahme-Spreewald eine gute rettungsmedizinische Versorgung

und rät zu einem zusätzlichen RTW in Flughafennähe. Da das Gutachten auch von den Kassen und dem Landesministerium in Auftrag gegeben wurde, macht sich Mieck über die Neuan-schaffung des Rettungswagens keine Sorgen. Ein weiterer NEF wird nicht gefordert.

„Das wird nicht reichen“, warnt Prof. Dr. Jörg Beneker vom Unfallkrankenhaus Berlin. Er veranschaulicht das mit einem einfachen Rechenbeispiel: In Berlin sind 100 RTW und 18 NEF für 3,4 Millionen Menschen im Einsatz. Auf die täglich 75.000 Passagiere des BER (ohne Besucher und Angestellte) übertragen, müssten sich auf dem Flughafen rund um die Uhr also mindestens zwei RTW und ein halber NEF um die Versorgung der Reisenden kümmern. „Wohlgemerkt wären das dann erst Berliner Verhältnisse – und die sind ja auch zu knapp“, fügt Beneker hinzu.

Juristisch sieht er dafür den Landkreis in der Pflicht, moralisch jedoch die beiden Namensgeber Berlin und Brandenburg – die Passagiere seien schließlich in erster Linie Gäste Berlins und nicht Gäste des Landkreises Dahme-Spreewald. „Mieck und Poloczek können dieses Problem nicht alleine lösen“, sagt er.

Eine weitere Forderung des Gutachtens richtet sich an die Betreibergesellschaft FBB. Wie auch das MUGV kommen die Gutachter zu dem Schluss, dass eine medizinische Grundversorgung für kleinere Vorfälle sehr ratsam sei. Ob es die allseits geforderte Flughafenklinik geben wird, in der nicht nur Privatärzte ihre zahlende Privatkundschaft versorgen, bleibt abzuwarten. Denn wie immer in der Welt des Hauptstadtflughafens hängt die Entscheidung von vielen, vielen Beteiligten ab.

Aber erst einmal wird es einen neuen Termin zur Eröffnung des BER geben müssen. Vielleicht passend zum hundertsten Todestag von Franz Kafka. Im Jahre 2024.

Verfasser:

Holger Fröhlich
Freier Journalist



Die neu gebaute Wache in Schönefeld ist nur einen Steinwurf vom neuen Flughafen entfernt.



Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer
Berlin

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Ärztekammer Berlin definiert sich gern als „regionale Kammer mit überregionalem Horizont“. Dazu gehören insbesondere das Bemühen um möglichst objektives medizinisches Wissen und der Blick über den Berliner Tellerrand hinaus. Als erste und einzige Einrichtung in Deutschland hat die Ärztekammer Berlin deshalb einen Kooperationsvertrag mit dem British Medical Journal (BMJ) abgeschlossen. Das BMJ ist eine der weltweit führenden Medizinerzeitungen mit klugem Inhalt und hoher Integrität. Das Magazin, das seit 1840 wöchentlich in Englisch erscheint, wird von der BMJ Group (Eigentum der British Medical Association) in London herausgegeben und hat eine stark internationale Ausrichtung. Die Auflage beträgt rund 122.000 gedruckte Exemplare, weitere 55.000 Exemplare gehen ins Ausland. Die Online-Ausgabe erreicht nach eigenen Angaben weltweit rund 1,2 Millionen Leser monatlich.

Die Grundausrichtung und das Selbstverständnis werden im Claim des Blattes deutlich: „Helping doctors make better decisions“ („Wir helfen Ärzten, bessere Entscheidungen zu treffen“). Das BMJ veröffentlicht vor allem Originalartikel, die einem strengen evidenzbasierten Peer-review-Verfahren unterzogen werden, Übersichtsarbeiten, die – ähnlich wie BERLINER ÄRZTE mit lokalem Fokus – relevante Fakten zu Schwerpunktthemen aufgreifen sowie Nachrichten zur medizinischen Forschung. Beliebte und aufschlussreich sind auch Artikel über aktuelle Probleme der Patientenversorgung in Großbritannien, Querschnittsthemen wie Patientensicherheit und evidenzbasierte Medizin; aber auch die Nachrufe (obituaries) erfreuen sich großer Beliebtheit. Mit den Weihnachtsausgaben des BMJ erscheinen eher ironisch gemeinte Arbeiten wie z. B. die randomisierte Studie zum Nutzen von Fallschirmen. Bei strikter Sachlichkeit geraten Humor und humanistische Gesinnung nicht zu kurz. Das BMJ legt dabei großen Wert auf die Unabhängigkeit seiner Autoren, welche in Richtlinien hinterlegt ist.

BMJ in Kooperation mit dem
British Medical Journal

Die Kooperation sieht vor, dass wir künftig jährlich bis zu sechs Artikel aus dem BMJ ins Deutsche übersetzen und in BERLINER ÄRZTE sowie im Internet publizieren. Unser Ziel ist es, Ihnen – unseren Leserinnen und Lesern – einen deutlichen Mehrwert zu bieten und den Zugang zu den Themen erleichtern, die international die Medizin und Gesundheitspolitik bewegen.

Wir beginnen in dieser Ausgabe mit einem wahren „Dauerbrenner“: Tamiflu. Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen beim Lesen und freue mich auf Ihre Reaktionen, aber auch über Ihre Anregungen, welche Themen oder welche konkreten Artikel wir aufgreifen sollen.

Tamiflu®: Auch nach der 14. Grippesaison sind noch Fragen offen*

Angesichts fehlender Daten kann dem Medikament bestenfalls eine Verkürzung der Grippesymptomatik um einen Tag zugeschrieben werden

Harlan M. Krumholz, Inhaber der Harold-H.-Hines-Jr.-Professur für Medizin, Yale University School of Medicine, New Haven, CT 06510, USA, harlan.krumholz@yale.edu • **Cynthia A. Jackevicius**, Associate Professor, pharmazeutische Praxis, College of Pharmacy, Western University of Health Sciences, Pomona, CA, USA • **Joseph S. Ross**, Assistant Professor, Yale University School of Medicine, New Haven, CT 06510, USA

Inmitten einer überdurchschnittlich schweren Grippesaison [Anm. der BÄ-Redaktion: ursprüngliches Erscheinungsdatum des Artikels war Februar 2013] verschreiben Ärzte mit steigender Tendenz Virostatika, insbesondere Oseltamivir (Tamiflu®). Erstmals zugelassen wurde Oseltamivir, ein oraler Neuraminidasehemmer, im Jahr 1999 von der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA). Gemäß US-Fachinformation ist das Präparat angezeigt „zur Behandlung einer akuten, unkomplizierten Erkrankung infolge einer Influenza-Infektion bei Patienten ab einem Alter von 2 Wochen, die seit maximal 2 Tagen Symptome zeigen“ und „für die Prophylaxe der Influenza bei Patienten im Alter ab 1 Jahr“. Die in anderen Ländern zugelassenen Anwendungsgebiete sind ähnlich. Obschon die Indikation damit recht breit gefasst ist, geht die Anwendungsempfehlung einiger Behörden sogar noch darüber hinaus. So ist beispielsweise auf der Website des US-amerikanischen Department of Health and Human Services zu lesen, dass Oseltamivir unter Umständen schwerwiegende Komplikationen der Grippe verhindern kann, und die US Centers for Disease Control and Prevention vermerken auf ihrer Website, dass die frühe antivirale Therapie möglicherweise das Risiko für Grippekomplikationen und Tod verringert.^{1,2} Branchenanalysten gehen allein für dieses Jahr von einem Anstieg der Oseltamivir-Umsätze auf 562 Millionen Euro (750 Mio. \$; 474 Mio. £) aus.³

Gemessen an der großen Zahl der Betroffenen und der bemerkenswerten Verkaufszahlen sollte für die Anwendung von Oseltamivir somit von einer soliden Beweislage ausgegangen werden. Doch trotz der inzwischen 14. Grippesaison in Folge seit der Erstzulassung durch die FDA fehlen weiterhin eindeutige Studien zu Oseltamivir bei unterschiedlichen Patientengruppen und zu verschiedenen wichtigen Endpunkten. Viel schwerwiegender ist aber noch, dass die Ergebnisse vieler der erfolgten Studien weiterhin nicht oder nur teilweise veröffentlicht wurden (www.bmj.com/about-bmj/article-clusters/tamiflu).

Die aktuellste systematische Übersicht der Cochrane Collaboration zu Neuraminidasehemmern wie unter anderem Oseltamivir bei gesunden Erwachsenen und Kindern kommt zu dem Schluss, dass

„infolge der Einschränkungen bei Design, Durchführung und Offenlegung des Studienprogramms die uns vorliegenden Daten nicht ausreichend detailliert sind, um eine gesicherte Beurteilung einer möglichen Wirkung von Oseltamivir auf Komplikationen und Virusübertragung zuzulassen.“ Die Autoren schließen die Analyse mit dem Hinweis: „Im Studienprogramm zu Oseltamivir stellten wir ein hohes Risiko für einen Publikations- und Berichts bias fest.“⁴ Dabei bezog sich die Analyse auf 25 Studien, von denen 15 Oseltamivir untersucht hatten. Weitere 20 erfasste Studien konnten nicht in die Analyse eingeschlossen werden, da die verfügbaren Informationen nicht ausreichten oder die Daten ungeklärte Unstimmigkeiten aufwiesen. Bemerkenswert ist, dass sich das Cochrane-Team in dem Bemühen, alle ermittelten Studien einzuschließen, für die vollständigen Studienberichte auch an den Hersteller Roche wandte, der mit Ausnahme einer Studie alle Prüfungen finanziert hatte. Da das Unternehmen dieser Anfrage aber nicht nachkam, konnten einige der Studien nicht in die systematische Übersicht aufgenommen werden und auch eine genaue Überprüfung der Forschungsergebnisse war dadurch unmöglich.

Der fehlende Nutzen hinsichtlich der Hospitalisierungen ist besonders frappierend, da Oseltamivir von der WHO als unentbehrliches Medikament geführt wird

Von der Europäischen Arzneimittel-Agentur hingegen erhielten die Cochrane-Wissenschaftler direkte Informationen; eine umfassende Analyse der verfügbaren Daten konnte jedoch keinen Nutzen für Oseltamivir in Bezug auf das Risiko einer Hospitalisierung feststellen. Zur Beurteilung der Auswirkung auf das Risiko für Grippekomplikationen war die Datenlage weiterhin nicht ausreichend. Hat Oseltamivir also überhaupt eine Wirkung? Das Cochrane-Team fand heraus, dass Oseltamivir gemäß den verfügbaren Daten bei frühzeitiger Anwendung die Erkrankungsdauer bei Grippe um 21 Stunden von durchschnittlich fast 7 auf 6 Tage verkürzen kann. Ein eventuelles Wiederauftreten der Symptome konnte jedoch nicht untersucht

* Übersetzung aus BMJ 2013; 346; f 547

werden. Obendrein stützten sich diese Ergebnisse auf die Daten von lediglich 5 der 15 verfügbaren Studien (diejenigen, die diesen speziellen Endpunkt erfassten), von denen wiederum nur zwei publiziert worden waren. Für alle verfügbaren Studien wurden unveröffentlichte klinische Studienberichte verwendet. Daneben ermittelten die Forscher weitere drei Studien, die diesen Endpunkt untersucht hatten, allerdings nicht herangezogen werden konnten, da die Daten schlicht nicht zur Verfügung standen.

Der fehlende Nutzen hinsichtlich der Hospitalisierungszahlen ist insbesondere unter dem Aspekt frappierend, dass Oseltamivir von der Weltgesundheitsorganisation WHO als ein unentbehrliches Medikament („essential drug“) geführt, von zahlreichen staatlichen Stellen empfohlen, von vielen Ärzten verordnet und von zahllosen Patienten explizit gefordert wird, in der Hoffnung, dadurch bei grippeähnlichen Symptomen Komplikationen vermeiden zu können.

Was sollten Patienten und Ärzte also künftig tun? Trotz anderslautender behördlicher Angaben sollten wir zunächst die Unsicherheit bezüglich der Wirksamkeit von Oseltamivir sowie die Lücken bei den öffentlich zugänglichen klinischen Belegen anerkennen. Auf Grundlage der verfügbaren Daten führt das Medikament bestenfalls zu einer etwa 1-tägigen Verkürzung der Symptomatik, sofern innerhalb der ersten zwei Tage nach Auftreten der Symptome mit der Behandlung begonnen wird. Ein Effekt auf die Anzahl der Krankenhauseinweisungen besteht nicht. Darüber hinaus liegen auch keine Studiendaten vor, die Schlussfolgerungen zu Komplikationen oder der Übertragung der Grippe zuließen. Die beobachtete Verkürzung der Krankheitsdauer unter Oseltamivir beruht nur auf einem Teil der ermittelten Studien; um den Ergebnissen vertrauen zu können, müssen wir also davon ausgehen, dass die Daten der anderen Studien diesen entsprechen.

Der Fall Oseltamivir ist beispielhaft für das Scheitern unseres aktuellen Wissenschaftsbetriebs: Ein Blockbuster-Medikament konnte einen Markt trotz des Fehlens umfassender und schlüssiger Wirksamkeitsnachweise dominieren. Ein Arzneimittel mit einer solch großen Verbreitung bei hohen Kosten sollte über eine Evidenzlage verfügen, die diesen Umständen Rechnung trägt.⁵ So sind Vergleichsstudien zur Wirksamkeit nötig, die nicht von der Industrie finanziert werden und Antworten dazu liefern, wer und in welchem Umfang von dem Medikament profitieren kann.

Unabhängige Prüfungen mit Oseltamivir sollten in Anbetracht der großen Zahl geeigneter Patienten und der kurzen Zeit, die bis zum Erreichen klinisch aussagekräftiger Endpunkte erforderlich ist, einfach durchzuführen sein. Einige der Unsicherheiten bezüglich

Oseltamivir und anderen Neuraminidasehemmern könnten von den Herstellern sofort entschärft werden, indem sie alle zugehörigen klinischen Studiendaten einer unabhängigen Analyse zugänglich machen. Die Ärzteschaft und die Öffentlichkeit müssen darauf bestehen, dass mit dem Recht, ein Produkt zu vertreiben – und insbesondere eines, mit dem jedes Jahr beträchtliche Erträge erzielt werden und große Konsequenzen für die öffentliche Gesundheit verbunden sind – auch die Pflicht einhergeht, alle verfügbaren Daten hinsichtlich der Risiken und Nutzen offenzulegen, sodass unabhängige Begutachtungen erfolgen können. Ohne weitere aussagekräftige Belege und die Zusicherung des Herstellers, alle bisher erhobenen Daten und Ergebnisse zur Verfügung zu stellen, können wir über die tatsächliche Wirksamkeit dieses Medikaments nur mutmaßen. Die wievielte Grippesaison muss also kommen, bevor wir die Antworten kennen?

Interessenkonflikt: H. M. Krumholz und J. S. Ross weisen auf eine Unterstützung durch die Firma Medtronic in Form eines Forschungsstipendiums für die Universität Yale hin. H. M. Krumholz wird mit dem Stipendium U01 HL105270-03 (Center for Cardiovascular Outcomes Research, Universität Yale) des National Heart, Lung, and Blood Institute in Bethesda, MD, USA, unterstützt und führt den Vorsitz in einem wissenschaftlichen Beirat der Firma United Health. J. S. Ross wird durch das National Institute on Aging (K08 AG032886) in Bethesda, MD, USA, und über das Paul B. Beeson Career Development Award Program der American Federation for Aging Research in New York, NY, USA, unterstützt und ist Mitglied eines wissenschaftlichen Beirats der Firma FAIR Health in New York, New York, USA.

Herkunfts- und Begutachtungsangaben: Beauftragt durch das BMJ; keine externe Begutachtung.

1 US Department of Health & Human Services. [flu.gov. Symptoms and treatment.](http://flu.gov/SymptomsandTreatment/) www.flu.gov/symptoms-treatment/treatment/index.html.

2 Centers for Disease Control and Prevention. [Influenza antiviral medications: summary for clinicians.](http://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/summary-clinicians.htm) www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/summary-clinicians.htm.

3 Moss L. [Roche's tamiflu is in short supply.](http://www.northjersey.com/news/186856922_Roche_s_Tamiflu_is_in_short_supply.html) [NorthJersey.com. 2013. www.northjersey.com/news/186856922_Roche_s_Tamiflu_is_in_short_supply.html](http://www.northjersey.com/news/186856922_Roche_s_Tamiflu_is_in_short_supply.html).

4 Jefferson T, Jones MA, Doshi P, Del Mar CB, Heneghan CJ, Hama R, et al. [Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children.](http://www.cochrane.org/CD008965) [Cochrane Database Syst Rev 2012;1:CD008965.](http://www.cochrane.org/CD008965)

5 Ioannidis JP. [Mega-trials for blockbusters.](http://www.jama.com/309/239-40) [JAMA 2013;309:239-40.](http://www.jama.com/309/239-40)

Zu zitieren als: [BMJ 2013;346:f547](http://www.bmj.com/2013/346/f547)

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
■ 19.02.2014	Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung? (weitere Informationen s. S. 27)	Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1207 E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de keine Teilnehmergebühr, Anmeldung erforderlich	3 P
■ 21.02. – 22.02.2014 21.03. – 22.03.2014 25.04. – 26.04.2014 23.05. – 24.05.2014	Kurs Suchtmedizinische Grundversorgung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in vier Modulen	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1301/-1303 E-Mail: fb-aag@aekb.de 160 € je Kursteil	15 P pro Kursteil
■ 03.03.–05.03.2014	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
■ 05.03.–07.03.2014	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
■ 10.03.–15.03.2014 05.05.–10.05.2014 16.06.–21.06.2014	Qualitätsmanagement (200 Std.) nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 40806-1402 Inhalte: Tel.: 40806-1207 E-Mail: QM-Kurs2014@aekb.de	150 P
■ 21.03.2014	Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung bei Untersuchungen gemäß Fahrerlaubnisverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 60 €	5 P
■ 21.03.–22.03.2014	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 € Kombipreis mit „Unters. des Kontrast- und Dämmerungssehens“: 290 €	16 P
■ 24.03.–26.03.2014	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G 20 „Lärm“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 360 €	31 P
■ 08.05.–10.05.2014 (Modul 1) 26.06.–28.06.2014 (Modul 2) 11.09.–13.09.2014 (Modul 3) 12.12.2014 (Modul 4)	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm (weitere Informationen s. S. 27)	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: Tel.: 40806 -1301 E-Mail: aerztliche-fuehrung@aekb.de	80 P
■ 09.05.–10.05.2014 23.05.–24.05.2014 27.06.–28.06.2014	Grundlagen der medizinischen Begutachtung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Teilnehmergebühr: 400 €	41 P

Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?

Kinderschutz – eine Orientierungshilfe für die Praxis

Der Berliner Notdienst Kinderschutz dürfte vielen Ärztinnen und Ärzten dem Namen nach bekannt sein. Eine klare Vorstellung und unmittelbare Anschauung von dessen Aufgabenbereich und der praktischen Arbeitsweise haben sie vermutlich jedoch nicht. Hier setzt das Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin an, das sich an Kinderärzte und Hausärzte richtet, das aber ebenso Angehörigen anderer medizinischer Fachrichtungen offen steht. Interessierte Ärztinnen und Ärzte werden mit dieser Schlüsseleinrichtung des Kinderschutzes unmittelbar „vor Ort“ bekannt gemacht. Im Weiteren zielt die gemeinsame Fachdiskussion anonymisierter Kasuistiken darauf ab, die klinisch-praktische Arbeit und die Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinander zu verschränken.

Referenten: Andreas Neumann-Witt, Leiter Berliner Notdienst Kinderschutz; Dr. med. Matthias Brockstedt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter / Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin

Datum und Uhrzeit: Mittwoch, 19. Februar 2014; 15:00 - 16:30 Uhr
Ort: Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin

Anmeldung / Kontakt: Die Teilnahme ist kostenlos. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich; Anmeldung per Telefon: 030 / 40806-12 07 oder per E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de
Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

Patientensicherheit: Intensivseminar Fallanalyse

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

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

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

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

Termin: Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: 01.03. – 27.03.2014

Präsenzseminare: 28.03. – 29.03.2014 und 09.05. – 10.05.2014
(jeweils Freitag 12-18 Uhr und Samstag 9-14 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt.

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

Teilnehmergebühr: 550 EUR, 37 Fortbildungspunkte

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Ob Sie nun eine Station, eine Abteilung, eine Klinik, eine Praxis oder ein MVZ führen: Für jede Ärztin und jeden Arzt ist Führung ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Aber: **Wie vereint man Arzt- und „Manager“-Sein?** Wie können ärztliche Überzeugungen und organisationsrelevante Anforderungen miteinander in Einklang gebracht und die eigenen Ansprüche als Führungskraft wirkungsvoll umgesetzt werden?

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

Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln. In 2014 wird das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin bereits im vierten Jahr durchgeführt. Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz.

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

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

Termine:

Modul 1	Die Praxis des Führens	Do. 08.05. – 10.05.2014
Modul 2	Führen als interaktiver Prozess	Do. 26.06. – 28.06.2014
Modul 3	Veränderungsprozesse managen Gesundheitspolitischer Rahmen Betriebswirtschaftl. Steuerung	Do. 11.09. – 13.09.2014
Modul 4	Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts	Fr. 12.12.2014

Veranstalter: Ärztekammer Berlin

Kursleitung: Priv.-Doz. Dr. med. Peter Berchtold

Ort: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder/Berlin

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

Fragen zum Inhalt: Dr. med. Henning Schaefer, Tel.: 030 - 40806 1200

E-Mail: aertzliche-fuehrung@aekb.de

ANZEIGE

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net!

Berliner Ärzte unter dem Hakenkreuz

Überraschend gut besucht war der Saal unter dem Holocaust-Mahnmal unweit des Brandenburger Tors. Zur Freude des Veranstalters, der Berliner Medizinischen Gesellschaft, die an diesem Abend Ende Oktober zu einer Veranstaltung zum Gedenken an die verfolgten Berliner Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus eingeladen hatte. Ausgangspunkt der Veranstaltung war das Buch „Ärzte unter dem Hakenkreuz – Die Berliner Medizinische Gesellschaft im Nationalsozialismus“, das Eberhard Neumann-Redlin von Meding und Hella Conrad verfasst hatten und das im Rahmen des Themenjahres „Zerstörte Vielfalt“ erschienen war (s. auch BERLINER ÄRZTE 7/2013).



Helmut Hahn, Elmar Wille, Roman Skoblo, Ulrich Baumann, Susanne Doetz und Christoph Kopke diskutierten über die Berliner Ärzteschaft während der NS-Zeit (v.r.n.l.).

Zwei Zahlen, die die Autoren referierten, machen das Ausmaß des Einschnitts in die medizinische Versorgung Berlins nach der Machtübernahme der Nazis deutlich: Während deutschlandweit rund 8.000 bis 9.000 Ärztinnen und Ärzte und damit rund 15% der Ärzteschaft als jüdisch klassifiziert und verfolgt wurden, waren es in Berlin sage und schreibe rund 3.500 der 6.800 Ärztinnen und Ärzte, also mehr als die Hälfte! „Hier in dieser Stadt kann niemand sagen, er hätte die Verfolgung nicht mitbekommen“, erklärte Elmar Wille, Vizepräsident der Ärztekammer Berlin und Teilnehmer der anschließenden Podiumsrunde. Doch neben der reinen Quantität ist es vor allem die Geschwindigkeit, mit der das NS-Regime die Einschnitte in die Ärzteschaft vollzog, die schaudern lässt – oft begleitet von voraus eilendem Gehorsam und unter Mitwirkung der nichtbetroffenen Ärzte. Wie schnell das Gesetz zur Herstellung des Beamtenrechts vom 7.4.1933 umgesetzt wurde, lässt sich beispielhaft an der Berliner Medizinischen Gesellschaft selbst zeigen. Dem damaliger Vorsitzenden und Ehrenmitglied Alfred Goldscheider wurde nach einer von Ferdinand Sauerbruch vermittelten geheimen Besprechung am Vorabend der 2. a. o.

Fakultätssitzung vom 31.3.1933 zum April 1933 gekündigt. Goldscheider starb 1935 vereinsamt. Mit der neuen undemokratischen Satzung wurde auf der Generalversammlung am 15.11.1933 die Gleichschaltung der Berliner Medizinischen Gesellschaft abschließend vollzogen.

War der Rassenhygiene-Wahn schuld?

Doch wie konnte es so schnell dazu kommen? Für die auf dem Podium anwesenden Historiker Susanne Doetz und Christoph Kopke vom Institut für Geschichte der Medizin der Charité spielte die zum Beginn des 20. Jahrhunderts weit verbreitete Eugenik-Lehre bei Medizinern dabei eine Rolle. „Rassismus kam so wissenschaftlich in der Ärzteschaft an“, erklärte Susanne Doetz.

Doch waren sich die Podiumsteilnehmer rasch einig, dass diese Erklärung für die schnelle Unterstützung der Ärzteschaft alleine nicht ausreicht (rund 45% der nichtbetroffenen Ärzte waren nach 1933 Mitglied der NSDAP!). „Die antisemitische Haltung war in der Ärzteschaft wie sonst auch in Bevölkerung“, zeigte sich Elmar Wille überzeugt. Für Roman Skoblo, Vor-

sitzender der jüdischen Ärzte Berlins, waren es vor allem niedrige menschliche Beweggründe, die zum schnellen Umschwenken der Ärzteschaft führten. Seit den 20er Jahren habe das Facharztwesen stark zugenommen, darin hätten sich zu einem großen Teil jüdische Ärztinnen und Ärzte etabliert. Der „Futterneid“ auf gut gehende Praxen und hohe Positionen in Kliniken habe entscheidend zu „diesem unheiligen Gebräu“ beigetragen, das dann im Raubmord an der jüdischen Bevölkerung gipfelte. So verwundert es nicht, dass die NSDAP insbesondere von jungen, ehrgeizigen Ärzten Zulauf hatte, die im neuen System Karriere machen wollten. Freie Stellen gab es plötzlich genug.

Bewegende Einzelschicksale

Doch was wurde aus den vertriebenen Ärztinnen und Ärzten? Anders als die nüchternen Zahlen machen die Einzelschicksale, die die Autoren dem Publikum exemplarisch und stellvertretend vorstellten, das Grauen unmittelbar deutlich (s. Kasten). Besonders bewegend waren dabei die Auszüge aus dem Bericht von Lucie Adelsberger über ihre Zeit in Auschwitz. In ihren Erinnerungen, die sie bereits kurz nach dem Krieg veröffentlichte, schilderte sie mit dem nüchternen Blick der Wissenschaftlerin schonungslos die psychologischen Veränderungen und die Entmenschlichung der KZ-Gefangenen.

Was wäre heute möglich?

Helmut Hahn, Vorsitzender der Berliner Medizinischen Gesellschaft und Initiator der Veranstaltung, zeichnete zu deren Beginn ein düsteres Bild: „Menschen sind Opportunisten. Heute wäre Ähnliches möglich.“ Aus dem Publikum meldete sich später die junge Ärztin Yael Adler zu Wort, die negative menschliche Eigenschaften wie Eitelkeit und Neid als einen Auslöser für die Bereitschaft der Ärzteschaft sah, die Vertreibung der jüdischen Kollegen zu akzeptieren und zu unterstützen. Diese Eigenschaften gebe es nach wie vor. „Wir bleiben Menschen, wir bleiben Ärzte“, sagte sie und fügte einen Appell für mehr Engagement hinzu: „Wir sind zu unpolitisch!“

Sascha Rudat

Beispielhafte Einzelschicksale vertriebener und ermordeter jüdische Ärztinnen und Ärzte

Fritz Demuth (1892-1944)

- Fritz Demuth, protestantisch getauft, wurde als Kinderarzt von den Kindern „vergöttert“ (Stein 2010).
- Ab 1926 betrieb er medizinische Grundlagenforschung bei Albert Fischer am neuen Kaiser-Wilhelm-Institut für Gewebephysiologie. Da er mit einer Nicht-Jüdin verheiratet war, fühlte er sich relativ sicher.
- Am 2. 1. 1939 kam es zum Entzug der Approbation und zur Überführung ins KZ Sachsenhausen. Von dort entlassen, gelang Demuth die Flucht nach Holland.
- Nach Besetzung des Landes 1940 wurde er erneut inhaftiert und nach Auschwitz deportiert. Hier starb er an Fleckfieber, wie seine Frau erst 1950 in Erfahrung bringen konnte.
- Ihm zu Ehren wurde am 4. 12. 2005 in Zehlendorf ein Stolperstein verlegt.

Magnus Hirschfeld (1868-1935)

- Magnus Hirschfeld war zunächst Allgemeinarzt in Magdeburg und ab 1890 in Berlin. Er prägte 1910 den Begriff Transvestitismus.
- Von 1899-1923 gab Hirschfeld das „Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen“ heraus und gründete 1919 das Institut für Sexualwissenschaften. Der erste Kongress wurde 1921 im Langenbeck-Virchow-Haus abgehalten.
- 1931 kehrte er von einem Vortrag in den USA nicht nach Deutschland zurück. Ab 1932 lebte er in Frankreich im Exil und verstarb am 14.5.1935.
- Nach der Machtübernahme durch die Nazis wurde das Institut für Sexualwissenschaften geplündert und dessen Bibliothek am 10.5.1933 auf dem heutigen Bebelplatz verbrannt.

Rahel Hirsch (1870-1953)

- Hirsch war 1903 Ärztin an der II. Med. Klinik bei Friedrich Kraus. Sie leitete 1908 die Medizinische Poliklinik der Charité und wurde 1913 erste Professorin in Preußen.
- 1919 ließ sie sich nieder, um Th. Brugsch, nach dessen Rückkehr aus dem Krieg, Platz zu machen.
- Von 1933-1938 wirkte sie nur noch in der Nähe von jüdischen Institutionen. Der Deportation entging Hirsch „in letzter Minute“ durch die Flucht am 7.10.1938 nach London. Dort wurde sie Laborassistentin.
- Sie verstarb einsam und vergessen am 6.10.1953 im Friern-Hospital, London. Vergessen auch, denn Theodor Brugsch erwähnt sie mit keinem Wort in seiner Biographie, obwohl er jahrzehntelang mit ihr zusammengearbeitet hat (Brinkschulte, Schwach 2009).

Ilse Kassel (1902-1943)

- Ilse Kassel verbrachte als Anhängerin einer Widerstandsgruppe von Ende 1936 bis 1939 im Zuchthaus, in dem sie am 09.05.1937 ihre Tochter Edith gebar.
- 1940 arbeitete sie als Krankenschwester im Jüdischen Krankenhaus und versteckte sich im September 1942 auf dem Bauernhof ihrer ehemaligen Patientin. Als sie dort denunziert wurde, versuchte sie, sich und der Tochter das Leben zu nehmen. Die Tochter überlebte das verabreichte Giftpräparat, während sie in der Netze bei Landsberg/W. ertrank und am 20.09.1943 auf dem Dorffriedhof von Lippkischbruch beerdigt wurde, wo die angeschwemmte Leiche gefunden wurde.
- Die sechsjährige Edith wurde über Theresienstadt nach Auschwitz deportiert und dort wahrscheinlich am 25.10.1944 ermordet. Seit 2008 liegt ein Stolperstein vor der heutigen Wachsmuthstr. 9 (ehemalige Bahnhofstr. 9) in Berlin-Hermisdorf (Schwach, 2009).

Georg Klemperer (1865-1946)

- Georg Klemperer war Internist und habilitierte sich an der Charité. Unter seiner Leitung wurde das Krankenhaus Moabit zum Lehrkrankenhaus der Charité, das er zum Status eines „Mekka“ für eine ganze Generation von Ärzten führte. Sein Lehrbuch „Grundriss der klinischen Diagnostik“ erschien in 26 Auflagen.
- 1933 wurde ihm gekündigt, woraufhin er zu seinen Söhnen in die USA floh. Er starb am 25.12.1946 in Boston. Die Ärztekammer Berlin verleiht seit 2007 jährlich die Georg-Klemperer-Ehrenmedaille, zuletzt am 29.11.2013.

Ludwig Pick (1868-1944)

- Ludwig Pick promovierte bei Ernst Neumann in Königsberg, habilitierte sich als Pathologe in Berlin und war ab 1906 Prosektor am Klinikum Friedrichshain.
- Im 1. Weltkrieg erhielt er das Eisene Kreuz Erster Klasse. 1921 wurde er Honorarprofessor der Berliner Universität. Sein Name lebt in der „Niemann Pick-Krankheit“ fort.
- Obwohl sich die politische Lage zuspitzte, wollte Pick „dem Vaterland Deutschland auch in der schweren Zeit“ beistehen und lehnte 1933 (!) den Ruf an die University of Chicago ab. Sein Haus wurde enteignet und 1942 einem SS-Führer überschrieben. 1942 nach Theresienstadt deportiert, verstarb er dort am 3.2.1944.

Lucie Adelsberger (1895-1971)

- Ab 1920 arbeitete sie am Städtischen Krankenhaus Friedrichshain.
- 1925 Praxis als Internistin und Kinderärztin. Beitritt in eine Forschungsgruppe für Serologie am RKI. Mit Hans Munter Forschungs-, Beratungs- und Behandlungsstelle für Allergien bis 1933.
- 1933 Entzug der Approbation. Sie reiste in die USA, kehrte jedoch zur Pflege ihrer schwer erkrankten Mutter nach Deutschland zurück. Trotz Freikaufs-Zahlungen, erfolgte die Deportation im Mai 1943 nach Auschwitz. Sie überlebte den Todesmarsch nach Westen in das KZ Ravensbrück.
- Von Amsterdam gelang es ihr unter großen Mühen, im Oktober 1946 nach New York auszureisen.
- In den USA arbeitete sie im Montefiori Medical Center. Sie starb 1971 im Alter von 75 Jahren an den Folgen eines Mamma-Karzinoms.

ANZEIGE

Dem „Beininfarkt“ wirksam vorbeugen!

Wenn beim Gehen Schmerzen in den Beinen zum Pausieren zwingen; wenn der Patient immer mal wieder hinken muss („Claudicatio internittens“ heißt das vornehm-fachlich); wenn sich die Haut verfärbt und der Patient von Brennen, Kribbeln, Gefühl von Kälte oder Taubheit in Füßen oder Beinen berichtet; wenn Wunden schlecht heilen (Diabetes!) – dann horchen Sie sicherlich auf. Denn die periphere Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) wird endlich so ernst genommen, wie geschätzte 60.000 Amputationen pro Jahr es notwendig machen.

Das sind Durchblutungsstörungen, da kann man sowieso nichts machen“, habe der Hausarzt zu der Patientin mit dem nekrotischen Fuß gesagt. Ein Extremfall, sowohl die Nekrose als auch die Antwort des Arztes. Andere empfehlen angesichts einer pVAK beiläufig Spaziergänge. Nicht falsch, aber zuwenig, meinte der Angiologe Clemens Fahrig. Leiter des Gefäßzentrums Berlin-Brandenburg im Zehlendorfer Ev. Hubertus-Krankenhaus, eines von bisher elf zertifizierten Berliner Gefäßzentren. Auf der 51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie hielt Fahrig kürzlich in Berlin den ersten einer Reihe von Vorträgen zum Thema „Durchblutungsstörung und ihre Folgen“.

Diese Folgen können fatal sein, schlimmstenfalls kommt es zum „Beininfarkt“. Ein Begriff, der sich in der Analogie zum Herz- und Hirninfarkt durchzusetzen beginnt, sagte Fahrig. Mit Recht, denn „Schaufensterkrankheit“ klingt allzu harmlos, und „pVAK“ versteht kaum ein Patient. Hier verstanden sie’s und es fiel auf, das Ärzte und Patienten auf Augenhöhe diskutierten. Denn bei der sehr aktiven Selbsthilfevereinigung „Amputierten-Initiative“ hat sich erstaunlich viel Sachverstand auch zum Thema Amputationsvermeidung angesammelt, dank der selbst beinamputierten Initiatorin und Vorsitzenden Dagmar Gail, die von dieser Fachgesellschaft gleich zu drei Kon-

gressvorträgen geladen war und sogar an Leitlinienarbeit beteiligt ist.

Jede 3. Amputation vermeidbar

Dass Durchblutungsstörungen in den Beinen (seltener in den Armen) bisher von vielen Ärzten nicht so wichtig genommen wurden, ist erklärlich: Sie haben beim Studium kaum etwas davon erfahren. Bis heute gibt es in Deutschland nur drei angiologische C4-Lehrstühle. Die Zahl der jährlichen Amputationen aber wird auf 60.000 geschätzt, und in 90 Prozent der Fälle liegt ein Gefäßleiden vor. Jede dritte Amputation ließe sich vermeiden, auch wenn sie dem Patienten vorgeschlagen wird, sagte Fahrig.

Die pAVK ist kein isoliertes Problem nur der Extremitäten, betonte er, sondern Ausdruck einer Systemkrankheit, nämlich einer generalisierten Atherosklerose. Herz-, Hirn- und Beininfarkt gehören also zusammen: Ein Gefäß ist verschlossen. 70 Prozent der pAVK-Patienten sind auch kardial gefährdet, das Insultrisiko ist ebenfalls erhöht. (Carotis untersuchen!) Die bekannten Risikofaktoren für Gefäßkrankheiten werden zuwenig beachtet: Erhöhte Blutzucker-, Blutfettwerte, Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht.

Die Primär- und Sekundärprävention ergibt sich aus diesen Risikofaktoren. Bei der Umstellung des Lebensstils ist laut Fahrig Bewegung das A und O – aber richtig und regelmäßig. Ebenso wie Herz- gibt es auch Gefäßsportgruppen

zum programmierten Gehtraining. Erst danach rangiert die adäquate medikamentöse Einstellung.

Gefäße wieder öffnen

Ist die pAVK schon fortgeschritten, muss man sich klarmachen: „Man kann die Funktion des Gefäßes nicht wiederherstellen“, sagte Fahrig. Eine Arterie ist kein starres Rohr; aber man kann sie wieder durchgängig machen, wenn sie stenosiert oder gänzlich verschlossen ist, wie beim Beininfarkt. Die verschiedenen Verfahren zur operativen Gefäßrekonstruktion stellte Ernst Weigang dar, Chefarzt der Gefäßchirurgie im Gefäßzentrum des Hubertus. Das Methodenspektrum ist so groß, dass uns hier, wo es in erster Linie um die Sensibilisierung für das vernachlässigte Problem pVAK geht, ein paar Stichworte zu den wichtigsten Verfahren genügen müssen: Angioplastie, das heißt verschiedene Formen der Aufdehnung eines stenosierten Gefäßes, bei starker Verkalkung mit Stent; Ausschälung eines Thrombus; notfalls Bypass (vor genau 100 Jahren zuerst beschrieben), wofür man im Hubertus nur natürliches Material – eigene Venen – verwendet. Denn, so Weigang, damit sind nach fünf Jahren noch 80 bis 90 Prozent der Gefäße offen, beim Kunststoff-Bypass nur 50 Prozent. Die neuesten Techniken (noch in Mainz von Weigang mitentwickelt) sind mikrochirurgisch.

Notfalls schonend amputieren

Ist dann doch eine Amputation unumgänglich, versucht man soviel wie möglich von der bedrohten Extremität zu erhalten. Die Amputation ist kein Eingriff für Anfänger, das machten die operationstechnischen Vorträge dieses Kongresses deutlich. Erfahrene Chirurgen arbeiten immer subtiler, beugen Stumpf- und Phantomschmerzen vor, versuchen, die Bedingungen für die Anpassung der Prothese und für eine möglichst erfolgreiche Rehabilitation zu schaffen. Und die Prothesen werden immer raffinierter. Es gibt heute kostspieli-

ge High-Tech-Konstruktionen, mit denen beispielsweise sogar Radfahren möglich ist. Zumindest, wenn man jung und sonst gesund ist und sein Bein durch einen Unfall verlor.

Für alle aber ist eine Amputation eine „gewaltige Erschütterung“, und bündelweise stürzen auf jeden Fragen herein, sagte Dagmar Gail. Viele empfinden sich als Verstümmelte, als „Krüppel“, als Stigmatisierte. Partnerschaft und Beruf werden in Frage gestellt. Und alle leiden unter dem Mangel an Wissen und an Verständnis für ihre Situation. Da wird einem gefäßkranken Amputierten der Treppenlift verweigert; anderen wurde der Antrag auf den Schwerbehindertenausweis für die ersten sechs Monate nicht genehmigt: weil in den Augen des Versorgungsamtes „ein Dauerzustand für die angegebene Gesundheitsstörung Amputation noch nicht erreicht ist und somit eine bleibende Behinderung derzeit nicht festgestellt werden kann...“ (Meint der Amtsschimmel, einem Menschen können Arm oder Bein nachwachsen wie einer Eidechse der Schwanz?)

Patienten bald besser informiert als Ärzte?

Zum Glück scheinen für die peripher Verschlusskranken jetzt bessere Zeiten anzubrechen: Die pAVK, mit oder ohne Beininfarkt, war in den letzten zwölf Monaten mehrfach Programmpunkt wissenschaftlicher Kongresse oder öffentlicher Veranstaltungen. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie machte sie Ende 2012 zum Thema eines Pressegesprächs. Auf dem 37. Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer „Fortbildung und Fortschritt in der Medizin“ Anfang dieses Jahres (das seit dem Umzug nach Berlin leider unverdient schlecht besucht wird) war sie ebenfalls eines der Hauptthemen.

Und am 8. Oktober 2013 startete die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin auf einer Pressekonferenz in Berlin ihren „Gefäßtag“ mit einer bundesweiten „Action“-Kampagne gegen Arterienverkalkung unter dem Titel „Epidemie Gefäßverkalkung: vom Beininfarkt bis zum Schlaganfall – Rollt eine Lawine von

Gefäßpatienten auf uns zu?“

Hauptthema war in diesem Jahr die pAVK, hundert Kliniken nahmen teil. Und für den 30. November setzte die Deutsche Gesellschaft für plastische und Wiederherstellungschirurgie, aus deren Jahreskongress wir hier berichteten, ihren eigenen „Gefäßtag“ an.

Werden die Patienten bald besser informiert sein als die Ärzte?

Rosemarie Stein

Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie:
www.dgpw.de

Informationen zur ACTION-Kampagne:
www.gefaesschirurgie.de

Gefäßzentrum Berlin-Brandenburg:
gefaesschirurgie@ehk-berlin.de
www.amputierten-initiative.de

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen September bis Oktober 2013 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Tobias Alexander	FA Innere Medizin	11.09.13
Fuad Ali	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.10.13
Dr. med. Manuel Anhold	FA Innere Medizin und Geriatrie	23.10.13
Dipl.-Med. Bärbel Behrens	FA Allgemeinmedizin	08.10.13
Dr. med. Alena Bergmann	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	02.10.13
Dr. med. Maika Bigalke	FA Neurologie	03.09.13
Uwe Binz	FA Urologie	28.10.13
Michael Peter Blanca	FA Gefäßchirurgie	22.10.13
Priv.-Doz. Dr. med. Florian Blaschke	FA Innere Medizin und Kardiologie	30.10.13
Dr. med. Trixi Braasch	FA Innere Medizin	09.10.13
Dr. med. Frieder Brehm	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.10.13
Dr. med. univ. Kristina Brenner	FA Psychiatrie und Psychotherapie	22.10.13
Dr. med. Christine Breunig	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	16.10.13
Özgür Bülbül	FA Urologie	28.10.13
Dr. med. Jonas Busch	FA Urologie	28.10.13
Dr. med. Veronika Buschmann	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	08.10.13
Priv.-Doz. Dr. med. Ivo Buschmann	FA Innere Medizin und Angiologie	16.10.13
Dr. med. Catharina Crolow	FA Innere Medizin und Pneumologie	11.09.13
Hawa Diallo	FA Chirurgie	22.10.13
Wenzel Julius Dimroth	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.10.13
Iouliia Dogangüzel-Koudriachova	FA Kinder- und Jugendmedizin	18.09.13
Dr. med. Janine Zweigner	FA Hygiene und Umweltmedizin	03.09.13
Dr. med. Helmut Eckardt	FA Innere Medizin	16.10.13
Dr. med. Volker Edelmann	FA Nervenheilkunde	29.10.13
Dr. med. Verena Ernst	FA Innere Medizin	02.10.13
Nabil Eshtiwi	FA Innere Medizin und Pneumologie	23.10.13
Dr. med. Andrea Förster	FA Allgemeinmedizin	08.10.13
Dr. med. Ulrike Franz	FA Innere Medizin	23.10.13
Prof. Dr. med. Jürgen Gallinat	FA Psychiatrie und Psychotherapie	17.09.13
Dr. med. Maximilian Galonska	FA Innere Medizin	16.10.13
Anke Geupel	FA Innere Medizin	11.09.13
Dr. med. Christina Gröger	FA Innere Medizin	02.10.13
Irina Gutt	FA Nervenheilkunde	01.10.13
Dr. med. Reimara Haag	FA Anästhesiologie	23.10.13
Jan-Hendrik Haneke	FA Allgemeinmedizin	23.09.13

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Jürgen Härer	FA Diagnostische Radiologie	25.09.13
Dr. med. Andreas Haßler	FA Urologie	28.10.13
Stephan Torsten Heinrich	FA Nervenheilkunde	01.10.13
Dr. med. Christina-Maria Herbrich	FA Innere Medizin	04.09.13
Dr. med. Josepha Herrling	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	02.10.13
Dr. med. Florian Heußen	FA Augenheilkunde	25.09.13
Antje-Katrin Hochfeld	FA Kinder- und Jugendmedizin	18.09.13
Dr. med. Jürgen Homberger	FA Innere Medizin und Angiologie	16.10.13
Dr. med. Christian Andreas Hudert	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.10.13
Dr. med. Henning René Kahnert	FA Innere Medizin und Pneumologie	11.09.13
Dr. med. Katja Kahnert	FA Innere Medizin und Pneumologie	11.09.13
Julia Verena Kalus	FA Anästhesiologie	30.10.13
Dr. med. Julia Karstädt	FA Allgemeinmedizin	03.09.13
Robert Khuri Elyas	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.10.13
Maciej Grzegorz Kiepuszewski	FA Anästhesiologie	23.09.13
Dr. med. Gisa Kimont	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	24.09.13
Dr. med. Moritz Benjamin Klaas	FA Kinder- und Jugendmedizin	18.09.13
Dr. med. Christian Kleber	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.09.13
Dr. med. Christine Klühs	FA Innere Medizin	04.09.13
Dr. med. Mareike Kristina Körber	FA Anästhesiologie	23.09.13
Christian Krall	FA Anästhesiologie	23.10.13
Dr. med. Sebastian-Klaas Krampe	FA Innere Medizin	09.10.13
Nicole Kuhnert	FA Innere Medizin	16.10.13
Dr. med. Volker Kullmann	FA Innere Medizin und Nephrologie	04.09.13
Burkhard Leisering	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	16.10.13
Dr. med. Jörg Liesegang	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	24.09.13
Dr. med. Anja Lilge	FA Innere Medizin	16.10.13
Dr. med. Alexandra-Nina Genovefa Maier	FA Innere Medizin	30.10.13
Dr. med. Anna-Karina Maier	FA Augenheilkunde	25.09.13
Dr. med. Maciej Malinowski	FA Allgemeine Chirurgie	17.09.13
Dr. med. Katerina Mallwitz	FA Kinder- und Jugendmedizin	18.09.13
Alexios Martin	FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	16.10.13
Dr. med. Jan Martin	FA Anästhesiologie	30.09.13
Dr. med. Thomas Mell	FA Psychiatrie und Psychotherapie	08.10.13

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Sabine Mensching	FA Allgemeinmedizin	23.09.13
Dr. med. Henning Meyer	FA Radiologie	16.10.13
Dr. med. Andrey Mitroshkin	FA Innere Medizin	02.10.13
Dr. med. Anne-Katrin Müller	FA Augenheilkunde	25.09.13
Torsten Oetjeng	FA Innere Medizin	23.10.13
Dr. med. Katrin Offermann	FA Anästhesiologie	23.09.13
Dr. med. Astrid Parloh	FA Chirurgie	17.09.13
Dr. med. Heiko Petersmann	FA Laboratoriumsmedizin	31.10.13
Dr. med. Wayan Philipps	FA Innere Medizin	16.10.13
Dr. med. Brar Piening	FA Hygiene und Umweltmedizin	31.10.13
Dr. med. Malte Pietzcker	FA Innere Medizin	04.09.13
Dr. med. Jan Preiß	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	25.09.13
Priv.-Doz. Dr. med. Wieland Raue	FA Gefäßchirurgie	22.10.13
Dr. med. Hannes Renghausen	FA Innere Medizin	09.10.13
Markus Renius	FA Anästhesiologie	30.09.13
Dr. med. Christine Rühl	FA Allgemeinmedizin	08.10.13
Dr. med. Kirsten Sänger	FA Innere Medizin und Pneumologie	23.10.13
Dr. med. Dirk-Ulrich Schaaf	FA Innere Medizin und Angiologie	16.10.13
Dr. med. Miriam Schickhaus	FA Allgemeinmedizin	23.09.13
Dr. med. Sonja Schönbohm	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.10.13
Susanne Schulze	FA Allgemeinmedizin	03.09.13
Miriam Schwantes	FA Innere Medizin	23.10.13
Dr. med. Przemyslaw Socko	FA Anästhesiologie	23.09.13
Mirjam Sommerfeld	FA Innere Medizin	09.10.13
Sophie Sommerick	FA Neurologie	22.10.13

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Annegret Staginnus	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	02.10.13
Dr. med. Caroline Stellbaum	FA Innere Medizin	30.10.13
Alexander Stepanenko	FA Herzchirurgie	17.09.13
Dr. med. Katja Stier	FA Urologie	28.10.13
Dr. med. univ. Georg Carolos Syrmas	FA Anästhesiologie	30.09.13
Ishak Teber	FA Innere Medizin und Pneumologie	23.10.13
Dr. med. Stephan Anis Towfigh	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	24.09.13
Dr. med. Ivo van der Voort	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	25.09.13
Dr. med. Grit Vollmar	FA Allgemeinmedizin	08.10.13
Cordula von Kleinsorgen	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	16.10.13
Dr. med. Ira Voß	FA Innere Medizin	04.09.13
Dr. med. Andreas Wehner	FA Augenheilkunde	25.09.13
Kathrin Winkler	FA Innere Medizin	23.10.13
Anne Wolfers	FA Innere Medizin	30.10.13
Dr. med. Henrik Wurps	FA Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie	23.10.13
Dr. med. Susanne Zieflé	FA Innere Medizin	02.10.13
Jessica Züblin da Silva	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.10.13

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

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

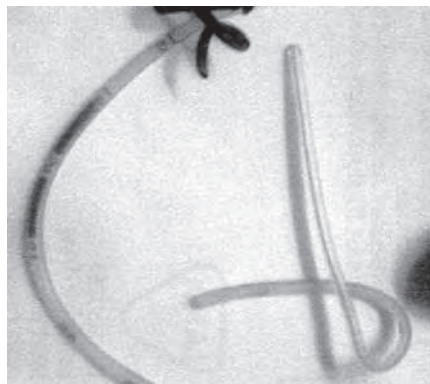
Magensonde verhakt

Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 20 Berliner Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu betreiben die Kliniken nicht nur intern ein Fehlerberichts- und Lernsystem, sondern berichten auch intern in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System): In anonymisierter Form werden im Netzwerk CIRS-Berlin Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden gesammelt. Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen. Insbesondere praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Schäden werden im Anwender-Forum des Netzwerks ausgetauscht. Damit andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in „BERLINER ÄRZTE“ veröffentlicht.

Aus der Kinder- und Jugendmedizin wird der folgende, erstmalige Fall berichtet:

Eine (nasale) Magensonde konnte bei einem Säugling nicht gezogen werden, da die Spitze verdreht und verhärtet war. Die Sonde lag bereits sechs Tage; sie darf laut Hersteller sieben Tage liegen bleiben. Zur Entfernung musste sie durch einen Arzt – Zugang über den Mund – durchgeschnitten werden. Die Firma wurde informiert. Eine Woche nach dem Vorfall, nach Rücksprache mit der Vertreterin der Firma, wurden alle gleichen Magensonden aus dem stationären Ablauf genommen. Die Magensonde wurde aufgehoben und fo-



Das Foto zeigt die abgeschnittene Spitze der Magensonde, die im Körper des Kindes verhärtete und in dieser Form nicht über die Nase entfernt werden konnte.

tografiert (siehe Foto), die Medizintechnik des Hauses informiert.

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

In diesem Fall wurden – wie vielerorts – Magensonden aus PVC (Polyvinylchlorid) verwendet, unter Berücksichtigung der angegebenen Verwendungs- (Liege-) Dauer. Dennoch kam es zur Aushärtung des Materials und dem beschriebenen Ereignis. Die Magensonde konnte komplikationslos entfernt werden, allerdings wurde das Kind dafür kurz sediert.

Die Aushärtung des Materials ist für PVC bekannt: Über die Zeit lösen sich die Weichmacher aus dem Material. Aus diesem Grund sind die Wechselintervalle für Magensonden aus PVC auch kurz.

Von der Klinik wurde der Fall beim Hersteller und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldet. Infolge der Meldung nahm der Hersteller die PVC-Magensonden vom Markt und liefert nur noch PU (Polyurethan)-Magensonden aus.

Neben PVC-Sonden gibt es noch Sonden aus PU und Silikon. PU-Sonden haben bei gleichem Außendurchmesser ein größeres Lumen und erscheinen damit z.B. für Frühgeborene geeigneter. Silikonsonden

dürfen bis zu sechs Wochen im Patienten belassen werden. Ursprünglich waren sicherlich Kostengründe ausschlaggebend für die Entscheidung für PVC-Magensonden. Das Material PVC ist bei der Verwendung bei Kindern umstritten, da die Weichmacher (meist so genannte Phthalate), die sich aus dem Material herauslösen, z. T. vom Körper aufgenommen werden und hier hormonartige Wirkungen entfalten können.

In diesem Fall wurde richtig gehandelt, um Schaden vom einzelnen Patienten abzuwenden. Damit auch Schaden von weiteren Patienten in anderen Häusern abgewendet werden konnte, war die Meldung an Hersteller und BfArM unerlässlich!

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

- **Überprüfung des Einsatzes von (Phthalat-haltigen) PVC-Materialien**
- **Meldung von Produktfehlern** (auch bei Verdacht!) und Medikamenten-nebenwirkungen an die entsprechenden Institutionen (**BfArM und Hersteller**), damit ggf. Produkte überarbeitet, Indikationen eingeschränkt oder Produkte gar vom Markt genommen werden können. Diese Meldungen sind für Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Klinikbetreiber verpflichtend.
- **Meldung** von möglichen oder bereits nachgewiesenen Fehlern **nach intern sowie extern** (z.B. CIRS-Berlin), um Fehlervermeidungsstrategien zu etablieren und auch Außenstehenden die Möglichkeit zu geben, aus Fehlern zu lernen.
- **Patientennahe Beobachtung und ausführliche Dokumentation** auch von eingespielten **Prozessen und Handlungsabläufen**, um sie ggf. nachvollziehen und Fehler bzw. Fehlerquellen nachträglich analysieren sowie benennen zu können.

Diesen Fall können Sie auch unter der Nummer 37615 unter www.cirs-berlin.de nachlesen.

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

Peter Hauber: Kinderarzt und Veranstalter von Benefizkonzerten

Ärzte, die neben dem Hauptberuf noch etwas ganz Besonderes vorzuweisen haben, nicht nur als Hobby: Eine zweite, nichtmedizinische Ausbildung zum Beispiel; den Aufbau eines neuen Fachgebiets; kontinuierliche und bedeutsame soziale oder kulturelle Aktivitäten... Über solche in mehreren Sätteln gerechte Kolleginnen und Kollegen berichtet BERLINER ÄRZTE in lockerer Folge immer mal wieder. In Heft 10/2013 stand Michael Arnold im Zentrum, der vom Anatom zum Gesundheitssystemforscher mutierte. Diesmal geht es um den Berliner Arzt Peter Hauber. Er betreibt nicht nur eine ungewöhnliche Kinderarztpraxis, sondern zusammen mit seiner Frau eine noch ungewöhnlichere „Konzertagentur“.

Auch wieder so einer mit zwei ganz verschiedenen „Jobs“, nicht nacheinander, sondern nebeneinander betrieben. Zunächst die Praxis: Ein geräumiges, aber verwinkeltes Steglitzer Souterrain, einst tristes Warenlager, jetzt einladend hell, bunte Bilder an den Wänden – und blitzsauer. Obwohl an einem Schmuddelwetter-Wochenende im Winter schon mal an die zweihundert kleine Patienten gebracht werden. Denn freundliche Gymnasiasten helfen den Müttern und Kindern beim Schuhwechseln, wenn sie sich aus einer Kiste das passende Paar leichter Clogs angeln.

Dann werden sie in eines der zwei Wartezimmer geleitet, (eins für Infektionsfälle). Meist müssen sie dort nicht sehr lange ausharren. Denn Hauber und seine drei pädiatrischen Kolleginnen – zwei davon in Teilzeit – stehen vor allem dann bereit, wenn andere Kinderarztpraxen geschlossen sind: abends und am Wochenende. Aus der 1996 gegründeten „Praxis für akut kranke Kinder“ wurde 2005 ein „Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)“. Weil ein MVZ fachübergreifend zu sein hat, ist der Pädiater Hauber auch noch Facharzt für Allgemeinmedizin geworden und kann eine hausärztliche Versorgung für Kinder anbieten. Aber er sagt den Eltern, dies sei in erster Linie eine Praxis für „Notfälle“ oder akute Krankheiten, und sie sollten dann wieder in die gewohnte Praxis gehen. In der

Tat haben 95 Prozent einen anderen Kinderarzt.

Sonntags nie? Sonntags immer!

Nachahmer hat Hauber noch nicht gefunden, einen fahrenden Bereitschaftsdienst für Kinder wie den für Erwachsene gibt es auch nicht. Daher, so argumentiert er gegenüber der KV, werde für Kinder der Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt. „Die Eltern mit ihren kranken Kindern müssen sich auf den Weg in die nächste Kinderklinik machen und besonders in den Wintermonaten vier bis acht Stunden in überfüllten Ambulanzen warten, bis ein Arzt kommt. Husten, Fieber, unklare Hautausschläge, Schrei- und Schmerzzustände, Erbrechen, Durchfall, Nahrungsverweigerung und Apathie kommen auch an den Wochenenden und Feiertagen vor. Für die Eltern sind es Notfälle“, meint Hauber (im KV-Blatt 4/2013 S. 6).

Für den Berliner Südwesten ist seine Praxis eine Lösung. Er ist alleiniger Gesellschafter und Geschäftsführer des „MVZ für akut kranke Kinder Steglitz GmbH“ mit 28 Angestellten (einschl. Teilzeit- und Minijobs), darunter fünf Kinderkrankenschwestern, die von Anfang an dabei sind, wenn auch die Sonntag- und Feiertagsdienste den Familienmüttern unter den Fachangestellten manchmal Probleme machen.



Peter Hauber, Dr. med. und „Konzertagentur“.

Arzt in 5. Generation

Peter Hauber ist keineswegs aus einem ungeliebten Beruf ins ehrenamtliche Musikmanagement geflüchtet; vielmehr ist er ein sehr engagierter und erfolgreicher Arzt, übrigens in fünfter Generation. Der Vater des 1945 in Starnberg Geborenen war Dr. Kurt Hauber, erster deutscher Facharzt für Anästhesie, die Mutter Krankengymnastin. Schon als Kind wurde er in Konzerte mitgenommen, mit sechs lernte er Flöte, mit zehn Geige. Das Studium an der FU Berlin ließ anfangs noch Zeit fürs Mitspielen in zwei Kammerorchestern. Und im Studentendorf scharten sich die Kommilitonen um Haubers „Schneewittchensarg“, wie man den Braunplattenspieler nannte. Ganz wichtig: Die Pharmaziestudentin Ingrid Hähnel war immer dabei. Sie heirateten im Jahr seines Staatsexamens 1973. Später leitete sie in Wannsee eine Apotheke, jetzt macht sie die Praxisbuchhaltung. Und für „IPPNW Concerts“ ist sie unentbehrlich.

Zum Werdegang des Arztes Peter Hauber: Als prägenden Lehrer betrachtet er den Internisten Werner Tang (Theodor Wenzel-Krankenhaus und den Pädiater Hasso Schäfer (Rittberg-Krankenhaus). Im Rittberg arbeitete er zwei Jahrzehnte, erst in der Chirurgie, von 1977 bis 1995 in der Kinderklinik. Der 1978 promovierte Facharzt für Kinderheilkunde (seit 1982) mit diversen Lehraufträgen hatte auch die Ermächtigung als praktischer Arzt, für seine Tätigkeit im Elisabeth Weiske-Heim des DRK für körperlich und geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Soweit die Zeit vor der Praxisgründung.

„Ärzte gegen den atomaren Wahnsinn: IPPNW“

Und die Konzerte für die IPPNW? Die Bewegung „International Physicians for the Prevention of Nuclear War“ entstand 1980 auf Initiative des weltbekannten amerikanischen Kardiologen Bernard Lown*. Er gewann seinen Fachkollegen Eugen Tschasow (damals UdSSR) mitten im kalten Krieg als Mitbegründer und Co-Präsident; aus

* Seine beiden auch auf deutsch erschienenen und fesselnd geschriebenen Erinnerungsbände „Die verlorene Kunst des Heilens – Anleitung zum Umdenken“ und „Ein Leben für das Leben – Ein Arzt kämpft gegen den atomaren Wahnsinn“ sind dringend zu empfehlen.

ANZEIGE

der Erkenntnis, dass bei einem Atomschlag keine ärztliche Hilfe möglich wäre. Das zeigten schon die Folgen der ersten Atombombenexplosion in Hiroshima mit rund 70.000 sofort Getöteten und einer unbekanntem Zahl von Spätopfern. Schon 1984 verlieh die UNESCO ihren Friedenspreis der IPPNW, ein Jahr später wurde die Ärztebewegung sogar mit dem Friedens-Nobelpreis ausgezeichnet – gegen den wütenden Protest Helmut Kohls.

Auch das konservative Publikum hellhörig zu machen für den zigfachen Overkill des Atomkrieges, das war eines der Motive Haubers für die IPPNW-Konzerte. Das andere: Die völkerverbindende Kraft der Musik, die es schafft, „über politische und gesellschaftliche Gegensätze hinweg emotionale Brücken zu den Menschen verschiedener Völker zu schlagen“, schreibt Hauber in der 2009 erschienenen Broschüre „25 Jahre Benefizkonzerte der IPPNW“ (wo man deren Erfolgsgeschichte detailliert nachlesen kann: www.ippnw-concerts.de).

Aber wie kam Peter Hauber überhaupt zur IPPNW? Zur deutschen Sektion der „Ärzte zur Verhinderung des Atomkriegs“, die sich später den Zusatztitel „Ärzte in sozialer Verantwortung“ gab? Als die Stationierung von Atomraketen in Europa beiderseits des Eisernen Vorhangs diskutiert wurde, wollten die Haubers genau wissen, ob und wie man

sich schützen kann. Auf Anfragen an alle möglichen Instanzen kamen nur unbefriedigende Antworten. Bei der Besichtigung eines nahen „Schutzbunkers“ stellten sie fest, dass Schutzsuchende dort nach etwa zehn Stunden ersticken würden. „Wir sahen die Schlagzeile der IPPNW bestätigt: Wir werden Euch nicht helfen können – die Lebenden werden die Toten beneiden“, schrieb Hauber.

Wie Hauber die Benefizkonzerte erfand...

Den Anstoß zu den Benefizkonzerten gab unbewusst Leonard Bernstein, der später ihr Schirmherr wurde. In einem Fernsehinterview zu seinem 65. Geburtstag verlor der amerikanische Dirigent und Komponist kein Wort über Musik, sondern griff als erster prominenter Künstler die Nachrüstungsbeschlüsse seiner Regierung an: „Wenn dieser Wahnsinn in der Politik mit diesen verdammten Atombomben weitergeht, dann habe ich kaum noch Hoffnung für die Zukunft...“ Eine Woche später schrieb Hauber (in Abstimmung mit der IPPNW) einen an Karajan adressierten offenen Brief und schickte Kopien an alle Berliner Philharmoniker und an weitere 150 bekannte Musiker in Ost und West. Die Bitte, sich in der Sprache der Musik für eine weltweite Abrüstung zu engagieren, fand eine überwältigende Resonanz. Prominente Musiker wie Wolfgang Schneiderhahn, Christoph Eschenbach, Wolfgang Sawallisch, Aurele Nicolet und viele Philharmoniker erklärten sich bereit, „Friedenskonzerte“ für die IPPNW zu geben.

Das erste Benefizkonzert fand aus Anlass der UNESCO-Friedenspreisverleihung statt: im November 1984 mit dem Brandis-Quartett und einem Mozart-Programm. Als Redner konnte der Internist Ulrich Gottstein den IPPNW-Gründer Bernard Lown gewinnen. In der Jubiläumsbroschüre schrieb Lown rückblickend: „Ich hielt dieses Konzert damals für einen brillanten Einfall, aber doch für ein singuläres Ereignis. Zu jener Zeit hatte ich keine

Ahnung von dem leidenschaftlichen und unbeirrbar Engagement der beiden Haubers. Bald aber wurde mir klar, dass sie bereit waren, für Ihre Idee barfuß durchs Feuer zu gehen...“

Der Erfolg dieses ersten Konzerts, die öffentliche Resonanz, die vielen Angebote von Musikern zwangen quasi zum Weitermachen. Die stets hochrangigen Konzerte haben ihren eigenen Stil. Sie werden von Kurzvorträgen oder Lesungen begleitet, die für die Botschaft der Ärzte sensibilisieren sollen. Alle Musiker und Schauspieler treten kostenlos auf, auch alles andere wird gesponsert, von den Sälen (ob Kirche, ob Philharmonie) bis zu den Hotelzimmern der auswärtigen Interpreten.

Die Berliner Festwochen integrieren diese Konzerte in ihr jährliches Musikfest. Viele der Konzerte werden von verschiedenen Sendern übertragen. Und IPPNW Concerts darf Kammerkonzerte von Philharmonikern mit-schneiden und, wie die Aufnahmen der eigenen Konzerte, als CD verkaufen. Mittlerweile sind es schon 72 CDs, deren Erlöse wie die der Konzerte besonders Hilfsbedürftigen in aller Welt zugute kommen.

... was sie einspielen und wem das hilft

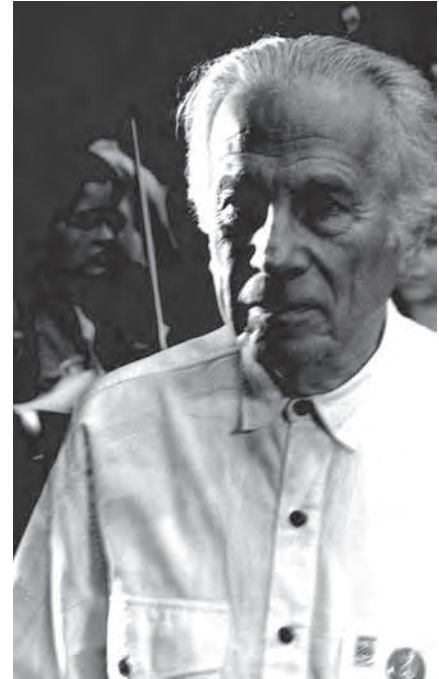
Die eingespielten 20.000 DM des ersten Benefizkonzerts gingen, so erinnert sich Lown, „an die vergessenen und am wenigsten beachteten Opfer atomarer Verstrahlung, nämlich die Überlebenden von den nach Hiroshima verfrachteten koreanischen Sklavenarbeitern.“ Allein in den letzten fünf Jahren haben die Benefizkonzerte über 200.000 Euro erbracht, sagt Hauber. Empfänger waren zum Beispiel Kinderkliniken und Waisenhäuser in Minsk, Spätopfer der Atombombentests im Pazifik, Amnesty International, Krankenhäuser in Mostar, das Berliner Folteropferzentrum, Aufbau eines Kinderorchesters in Fukushima nach venezolanischen Vorbildern oder die Malteser-Migrantenmedizin.

Die Einnahmen des bewegenden Herbstkonzerts dieses Jahres gingen ans ungarische Büro von Human Rights Watch – aus aktuellem Anlass: Andrés Schiff, der das Programm (darunter Bartók und Dórtati) zusammen mit dem Bassbariton Hanno Müller-Brochmann bestritt, kann nicht mehr in seine ungarische Heimat zurückkehren. „Wenn ich nach Ungarn komme, dann werden sie mir beide Hände abhacken“, sagte der Pianist in einer Veranstaltung über Menschenrechte am Vortag des Konzertes. Man bedrohe ihn, weil er in einem Leserbrief an die Washington Post die ungarische Regierung wegen Menschenrechtsverletzungen wie Diskriminierung von Ausländern und Minderheiten, Zensur der Presse und der Künste kritisiert hatte.

Missa solemnis-Tournee und Fukushima-Improvisation

Ein anderer Ungar, der Dirigent und Komponist Antal Doráti, hatte mit 82 Jahren die Idee einer ganz besonderen Konzertserie, und Hauber realisierte sie unter Überwindung großer Schwierigkeiten: Beethovens Missa solemnis mit der Widmung des Komponisten „Bitte für inneren und äußeren Frieden“ wurde von 311 Musikern vieler Länder in Ost und West aufgeführt, und zwar vom 3. bis zum 7. Juli 1988, hintereinander in der Berliner Philharmonie, in Moskau, Dresden und London, nach nur drei Tagen Probezeit. Die in Berlin aufgenommene CD lag in London schon vor, und 1989 erschien (im FAB-Verlag Berlin) ein englisch-deutsch geschriebenes und reich illustriertes Erinnerungsbuch: „Concert Tour for Peace – Konzertreise für den Frieden“. In der Einleitung nannte Yehudi Menuhin diese Konzertserie „Antal Dorátis letzte ehrfürchtige Geste an die Öffentlichkeit“.

Solche internationalen Konzerte zu organisieren, kostet viel Energie, Zähigkeit und Zeit. In nur einem Jahr schafften die beiden Haubers die vierfache Missa solemnis. Nach dem GAU von Fukushima am 11. Mai 2011 ging's



Antal Doráti dirigierte Beethovens „Bitte für inneren und äußeren Frieden“.

noch viel schneller: Drei Tage danach wurde Hauber von ein paar Philharmonikern angesprochen: „Können wir da nicht was machen?“ Er schlug ein Benefizkonzert in der Gedächtniskirche vor. Der Organist: „Abends halbzehn könnten Sie rein.“ Der Tagesspiegel sagte eine Anzeige zu, das Deutschlandradio eine Sendung auch für Japan per Eurovision-Satelliten, das ZDF kam und auch ein japanischer Fernsehsender, Kolja Blacher wollte die berühmte Bach-Chaconne spielen und und und... Acht Tage nach Fukushima abends halb elf war die Kirche überfüllt, die Türen blieben offen. Der Eintritt war frei, trotzdem kamen über 15.000 Euro zusammen: Spenden. (Ob sich das am 10. Dezember in der Gedächtniskirche wiederholt? Lesen Sie im Nachrichtenteil dieses Heftes, Seite 7, den Hinweis auf das nächste Benefizkonzert!).

Auch jenes „seiner“ Konzerte, das Peter Hauber selber am meisten beeindruckte, fand in der Gedächtniskirche statt. (Sie verdient es, schlicht nur noch so zu heißen, ohne den obsoleten Kaiser

Wilhelm.) Am 12. Januar 1991, zwei Tage vor Beginn des drohenden Golfkriegs, spielten spätabends 23 Solostreicher der Berliner Philharmoniker unter Sir Simon Rattle (schon!) die „Metamorphosen“, die der späte Richard Strauß

schrrieb, als Deutschland in Schutt und Asche lag – samt seinen Opernhäusern. Hauber erinnert sich: „Nach dem letzten Ton kein Applaus – die Stille ist kaum auszuhalten. Vor der Kirche bildet sich eine Lichterkette.“

Kontakt (auch zum Bestellen von CDs):
www.ipnw-concerts.de

Die Berliner Ärztedynastie Strassmann

Jutta Lange-Quassowski, Volkmar Schneider: Eine bedeutende Ärztedynastie – Die Strassmanns, 176 S., 44 Abb., br. Hentrich & Hentrich, Berlin 2012, 14.90 EU.

Was für eine weitverzweigte Arztfamilie! Die Bachsche Musikersippe ist dagegen übersichtlich. Hilfreich ist da (auf S. 170-175) der Stammbaum mit den beiden Hauptästen, dem rechtsmedizinischen und dem gynäkologischen. Ein Teil der berühmten Ärztedynastie ist auf jenem Drei-Generationen-Bild vereint, das den Umschlag dieses kleinen (dank der Sponsoren, auch Ihrer Kammer), aber außergewöhnlich dicken Bandes der verdienstvollen Reihe „Jüdische Miniaturen“ ziert. Hilfreich auch der wieder abgedruckte Text aus dem Jahr 2000 des unvergessenen Berliner Medizinhistorikers Rolf Winau, der sich hier dankbar auf Forschungen seines Kollegen Manfred Stürzbecher stützt.

Beschrieben werden vor allem fünf fotografierte Strassmanns vor den drei Gemälden bereits Verstorbener. Anlass der Aufnahme von 1913 war die juristische Ehrenpromotion in Edinburgh von

Fritz (1858-1940), dem berühmtesten Spross des Gerichtsmedizinerzweigs der Familie. Der wurde mit Ämtern und Ehrungen überhäuft: Gerichts-Physikus der Stadt Berlin, Geheimer Medizinalrat, Ordinarius der Charité, Wohnung in bester Lage am Pariser Platz, international bekannter Forscher und Lehrbuchautor – und als halbseitig gelähmter alter Mann im Rollstuhl knapp der Deportation entgangen. Ein Schicksal, das seinem Sohn Reinhold (einem Mathematiker), der ihn hingebungsvoll pflegte, nicht erspart blieb. Er wurde in Auschwitz ermordet.

Die Strassmanns waren, wie die jüdischen Ärzte überhaupt, in Deutschland hoch geehrt, voll integriert, mitten im liberalen oder auch deutschnationalen Bürgertum zu Hause. Das wird durch die vielen sehr verschiedenen Texte dieses Büchleins immer wieder deutlich. Die Strassmanns haben sich meist politisch oder sozial engagiert, waren kommunalpolitisch aktiv wie Virchow; Ferdinand (1838-1931) fungierte kraft seiner vielen Ämter faktisch als Berliner Sozial- und Gesundheits senator. Die Assimilation und Integration nahm manchmal sogar groteske Züge an. So erinnert sich Fritz Strassmann gern an



Korps und Kaisermanöver, und im Ersten Weltkrieg hat er sich „über das Ausbleiben einer Einberufung getröstet, indem ich mir sagte, dass ich einer Feldtätigkeit vielleicht doch nicht mehr gewachsen gewesen wäre“.

So liest man's in Fritz Strassmanns „Lebenserinnerungen“, die eigentlich nur für seine Kinder bestimmt waren und in dem vorgestellten Buch nur in Auszügen zitiert sind. In extenso bilden sie aber das Kernstück einer ergänzten Materialsammlung, die 2012 als Privatdruck ohne Verlagsangabe von Volkmar Schneider und Fred Strassmann herausgegeben wurde. Hingewiesen wird dort auch auf zwei ausführliche Publikationen: „Die Strassmanns – Schicksale einer deutsch-jüdischen Familie über zwei Jahrhunderte“ von Wolfgang Paul Strassmann (Frankfurt/New York 2006) sowie auf Cathrin Menzel: „Leben und Wirken von Fritz Strassmann (1858-1940)“. Medizinische Dissertation HU Berlin 1989.

R. Stein

Gegen das Lügengebäude

Ben Goldacre: Die Pharma-Lüge. Wie Arzneimittelkonzerne Ärzte irreführen und Patienten schädigen. Kiepenheuer&Witsch. 448 S. 19,99 Euro. ISBN-10: 3462045776

Wir sind es alle gewohnt, vom Außendienst der Pharmafirmen umworben zu werden, und das beginnt zu einem Zeitpunkt, wo wir noch anfällig für höfliche Aufmerksamkeit sind, als junge, von vielen Seiten oft auch unsanft zurechtgewiesene Assistenzärzte. Die Kassenärzte sind heute in keiner besseren Situation: Sie kämpfen mit Regressen, Auflagen, Vorschriften, Anfragen und werden von Kassen und auch von den Behörden oft nicht mit der gebührenden Höflichkeit behandelt. Welch ein Lichtblick dagegen die wohlerezogenen, charmanten und aufmerksamen meist jungen und hübschen Frauen und auch Männer!

Irgendwie hatte man aber immer schon so ein blödes Gefühl, dass es die nicht wirklich unseretwillen tun, sondern einfach um ihr Produkt zu verkaufen, an dem sie in ihrer Firma gemessen werden. Wir nahmen aber an, weil wir das doch wert wären, dass es eine gesunde Mischung aus Beidem ist, was in man-

chen Fällen ja auch zutreffen mag. Was aber genau dahintersteckt, davon hatten wir keine Ahnung und sollten das auch auf keinen Fall haben. Dieses Thema griff erstmals 1981 Dr. Hans Weiss aus Österreich mit dem Buch „Gesunde Geschäfte“ auf, das in Deutschland, im Gegensatz zu seinem Sachbuch „Bittere Pillen“, wenig beachtet wurde, auch nicht, als er 1998 „Korrupte Medizin“ nachlegte. Derselbe Verlag, Kiepenheuer&Witsch, bringt nun die deutsche Übersetzung von Ben Goldacres englischem Bestseller „Bad Pharma“ (der „Bad Science“ folgte) mit dem Titel: „Die Pharma-Lüge“.

Der im britischen National Health Service arbeitende Psychiater Dr. Ben Goldacre durchleuchtet darin sehr systematisch die Arbeitsweise der Pharmabranche von der Entdeckung eines Medikaments über dessen wissenschaftliche und klinische Prüfung, das Zulassungsverfahren bis hin zu einem sehr ausgeklügelten Marketing, das er als gewinn- und nicht patientenorientiert beschreibt, was eigentlich niemand wundern sollte – schließlich haben wir es hier mit multinationalen Konzernen zu tun, deren Ziel natürlich die Generierung von Gewinn für alle Teilhaber und Aktionäre sein muss.

Mit sehr viel Sachkenntnis, detailliert und trotzdem allgemeinverständlich erklärt er wie, warum, von wem und mit welchem Ziel Arzneimittelstudien durchgeführt werden.

Seine Hauptaussagen, die er alle an Hand seriöser wissenschaftlicher Untersuchungen belegt (im umfangreichen Literaturverzeichnis nachzulesen) sind, dass weiterhin trotz gegenteiliger Zusicherungen Studien mit unerwünschtem Ergebnis unveröffentlicht bleiben, und dass industriefinanzierte Studien die Ergebnisse bis an die Grenzen des Betrugs im Sinne des Auftraggebers „interpretieren“, schönreden, hinbiegen. Er weist auch auf Fehler hin, die schon bei der Planung von Studien eingebaut werden, damit das gewünschte Ergebnis rauskommt. Und auch die finanziellen Verflechtungen von „Hauptmeinungsbildnern“ unter den Ärzten werden ausführlich thematisiert.

Ob man das alles glaubt? Man möchte es lieber nicht glauben, aber am besten man liest dieses trotz der darin steckenden Leidenschaft nie ohne Humor geschriebene und immens spannende Buch selbst. Trotz der über 400 Seiten ist es so fesselnd, dass ich oft länger gelesen habe, als es für meinen nächsten Arbeitstag gut war.

Dr. med. Peter Pommer
Oberammergau

Praxisjournale von anno dunnemals

Er war Forscher, und er hat ein Jahrzehnt lang in Berlin praktiziert. Aber den Arzt Johannes Magirus (1615-1695) kannten bis vor kurzem nicht einmal mehr die Medizinhistoriker. Jetzt ist klar, warum. Er war nicht nur Mediziner, sondern – was zu seiner Zeit häufig war – Polyhistor. In Berlin lehrte er nicht etwa Medizin, sondern Festungsbau und Kartographie. Und im Titelblatt seines mehrbändigen, 620 Seiten langen und natürlich lateinisch geschriebenen „Diarium medicum“ stellt er sich als „Mathematicus, Philosophus et medicus“ vor. (Wir kommen auf ihn zurück.)

Es geht um Praxistagebücher und ähnliche ärztliche Aufzeichnungen in einer Sonderausstellung des Berliner Medizinhistorischen Museums der Charité. „Praxiswelten – zur Geschichte der Begegnung zwischen Arzt und Patient“ heißt sie. Der Name ist ebenso erklärungsbedürftig, wie der Anlass der Ausstellung. „Praxen“ als medizin-spezifisch ausgestattete Behandlungsräume werden hier nicht gezeigt, die gibt es noch gar nicht so lange. Es geht ums Praktizieren ganz allgemein, im Hause des Patienten (der dort nötigenfalls sogar obduziert wurde!) oder seltener des Arztes. Denn auch Krankenhäuser im modernen Sinne gibt es bei uns noch nicht lange. Die alten Hospitäler waren keine medizinischen, sondern karitative Einrichtungen für Arme, Obdachlose, Alte, Waisen, auch Kranke und andere Hilfsbedürftige.

Und „Begegnung“? Auch dies ist sehr allgemein zu verstehen. Von der Arzt-Patient-Beziehung erfahren wir nur mittelbar etwas – aus den Notizen des Arztes. Die Kranken haben keinen eigenen Blick und keine eigene Stimme. „Der Kranke wird als ‚Patient‘ zum Gegenstand, zu einem zu lösenden Problem“, sagte Museumsdirektor Thomas Schnalke bei der Eröffnung. Und Elmar Wille, Vizepräsident der Ärztekammer Berlin: Wenigstens wurde die Ausformung von Anamnese und Befund bisher von DIN- oder ISO-Normen verschont. So

blieb die Sicht des einzelnen Arztes auf die Medizin und die Patienten individuell – noch. Denn die „massive EDV-Aufrüstung“ der Praxen sowie die gesetzliche Normierung und Schematisierung haben auch die Begegnung von Arzt und Patient verändert, stellte Wille fest.

Anlass der Ausstellung ist ein DFG-geförderter Forschungsverbund von acht Projekten. Untersucht wurden oder werden acht handschriftliche Krankenjournale (17.-19. Jahrhundert) aus verschiedenen deutschsprachigen Gebieten. Das Berliner Medizinhistorische Museum kooperiert zum einen mit diesem Forschungsverbund, zum anderen mit dem Deutschen Medizinhistorischen Museum in Ingolstadt, wohin die Schau später wandern wird.

Wie aber stellt man Praxisaufzeichnungen aus? Über dies sind die Handschriften nur Repliken, die Bilder Reproduktionen. Originale sind nur die medizinischen und Alltagsgegenstände, die Assoziationen zu den Arztnotizen herstellen sollen. Kuratoren haben's immer schwer, „Flachware“ (so heißt es im Jargon) zu inszenieren. Fachkundige Besucher wollen lieber lesen, Laien wollen was sehen. Der Spagat wird hier im – sonst sehr gut gemachten – Katalog besonders deutlich: Die acht Ärzte samt Praxisjournale werden zweimal behandelt, einmal als Forschungsgegenstand, getrennt davon noch einmal als Ausstellungsobjekt. Da muss der Leser hin- und herspringen.

In den Räumen selbst öffnen sich acht „Zeitfenster“. Im ersten sehen wir Johannes Magirus, der mal ein Berliner war. Wir blicken in sein medizinisches Tagebuch, das 1647 bis 1656 entstand, erst in Berlin, dann in Zerbst, wo der Gelehrte Stadtarzt wurde. Aufgeschlagen ist die Fallgeschichte des kleinen Sohnes eines

Zerbster akademischen Kollegen. Daneben findet man, wie bei allen „Zeitfenstern“, denselben Text lesbar (evt. übersetzt) und erläutert.

Das Kleinkind hatte Fieberkrämpfe, der Arzt fand auch den Harn verdickt. Er untersuchte das Kollegenkind besonders aufwendig – samt Bestimmung der Planetenpositionen zu Krankheitsbeginn –, er verordnete eine Vielzahl von Arzneimitteln, und nach einer Woche waren die Krämpfe unter Abgang von zwei Würmern verschwunden. Wie in jedem „Zeitfenster“ bekommt man auch Informationen über den behandelnden und dokumentierenden Arzt, über das medizinische und zeitgeschichtliche Ambiente und über Volksmedizinisches. (Die warmen Eingeweide eines Katers gegen Bauchschmerzen...) dazu ein paar Objekte; hier zum Beispiel steht eine kostbare Kinderrassel fürs kranke Kollegenkind, ein Himmelsglobus für den sternkundigen Arzt. Auch eine Taschensonnenuhr könnte ihm bei der Horoskopberechnung geholfen haben. Zwei Seiten eines Kalenders sind ebenfalls zu sehen, wie Magirus ihn von 1646 bis 1678 herausgab. Da konnte jeder nachsehen, welche Tage für einen



Johannes Magirus begann sein Diarium Medicum 1647 in Berlin.

Aderlass oder eine andere Behandlung günstig sein würden.

Rosemarie Stein

Praxiswelten. Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité, bis 21.9.2014, Di, Do, Fr, So 10-17, Mi, Sa 10-19 Uhr. Katalog 15 €

BERLINER ÄRZTE

12/2013 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 Pötter (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 pico-Fotolia.com (Pflaster)

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, Umlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Brühlsche Universitäts-
druckerei GmbH & Co. KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 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