

BERLINER

10/2014 51. Jahrgang

KAMMERWAHL



2014

ÄRZTE

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztelammer Berlin

thebmj
in Kooperation mit dem
British Medical Journal



Sie haben die Wahl.
Alle Anschlüsse
in dieser Nummer

Die Wahlvorschläge zur
14. Delegiertenversammlung
der Ärztekammer Berlin

15.10. bis 5.12.2014

BERLINER  ÄRZTE

10/2014 51. 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.
Michaela Braun (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:
stockphoto-graf - Fotolia.com

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de, E-Mail: mb@l-va.de
Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Brühlsche 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 € 82,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 55,60 inkl. Versandkosten, im Ausland € 82,50 (zzgl. Porto) . Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,65 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2014 vom 01.01.2014.

ISSN: 0939-5784

Mitgestalten? Ja, bitte!

Als Opfer erlebt man sich als tätige Ärztin und tätiger Arzt inzwischen häufiger als erwünscht. Krankenkassen und andere Einrichtungen machen Vorschriften, die die ärztliche Freiheit massiv einschränken. Die Politik ringt mit zentralen Fragen medizinischer Ethik wie beispielsweise der Sterbehilfe und reguliert nicht nur künftig die Betreuung von Krebspatienten (Krebsregistergesetz), sondern auch die von Volkskrankheiten durch DMPs.

Geplante Einschränkungen im Tarifrecht sind insbesondere für alle angestellten Ärztinnen und Ärzte von Bedeutung. Die Tariffreiheit kleinerer Gewerkschaften soll eingeschränkt werden. Hier sind nicht nur ärztliche Interessen, sondern auch das Grundgesetz durch politische Maßnahmen bedroht.

Es gibt einen Bereich, in dem dies nicht so ist. Innerärztliche Angelegenheiten wie Berufsordnung, ärztliche Fortbildung, die Weiterbildung und unser Versorgungswerk werden von Gremien geleitet, die durch Sie wählbar sind. Es ist wieder so weit. Die aktuelle Legislaturperiode läuft aus. Ab dem 15. Oktober werden die Wahlunterlagen an alle knapp 30.000 Ärztinnen und Ärzte in Berlin verschickt, mit denen Sie per Briefwahl bis zum 5. Dezember die Liste und die Kandidatinnen und Kandidaten wählen können, die Ihre Interessen in der Delegiertenversammlung der Ärztekammer vertreten sollen.

Das 46-köpfige Gremium (45 gewählte Delegierte + 1 Vertreter der Hochschulmedizin) wählt nicht nur den Vorstand, sondern auch die Mitglieder der Ausschüsse, die die Kernarbeit ärztlicher Interessensvertretung übernehmen. Zu praktisch allen Fragen, die ärztliche



Foto: K. Friedrich

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

Qualifikation wie auch das ärztliche Verhalten betreffend, bestimmen wir unsere Regeln selber. Dies gilt auch für den politischen Stil, in dem die Ärztekammer agiert. Der amtierende Vorstand definiert die Rolle der Ärztekammer als „Dienstleistungseinrichtung mit hoheitlichen Aufgaben“. Unsere Ausschüsse sind mit ehrenamtlich tätigen Kolleginnen und Kollegen besetzt, die mit ärztlichem Sachverstand und Augenmaß diskutieren und entscheiden.

Die Unabhängigkeit und Freiheit des Arztberufes ist unser zentrales Anliegen. Mit dem unabhängigen Fortbildungskongress hat die Ärztekammer Berlin als erste Ärztekammer in Deutschland einen Fortbildungskongress organisiert, der vollständig frei von Sponsoren und damit von ökonomischen Interessen Dritter ist. Das Abkommen mit dem British Medical Journal ermöglicht es, sechsmal im Jahr Artikel aus dem BMJ auf Deutsch in BERLINER ÄRZTE abzdrukken. Wir möchten damit einen Beitrag zu einem Horizont liefern, der selbstverständlich über die Grenzen Berlins hinausgeht. Fortbildungspunktekonten sind online geführt und einsehbar. Über 1.000 Fortbildungsveranstaltungen pro Monat in der Hauptstadt werden durch die Ärztekammer Berlin zertifiziert. Auch der Bearbeitungsstand in der Weiterbildung ist künftig online einsehbar.

Die Evaluation der Weiterbildung wurde durch Antrag Berliner Delegierter auf dem Deutschen Ärztetag vor mehreren Jahren

initiiert und erfolgreich durchgeführt. Inzwischen haben zahlreiche Krankenhausträger erkannt, dass sie den drohenden Nachwuchsmangel vor allem durch gute Bedingungen in der Weiterbildung in den Griff bekommen werden. Querschnittsthemen wie Patientensicherheit und ärztliche Führung sind ebenfalls ein Kernanliegen der Ärztekammer Berlin. Wir führen mit großem Erfolg Kurse zur ‚ärztlichen Führung‘ durch.

Das berlinweite Fehlerlernsystem CIRS-Berlin.de hat ebenfalls Vorbildcharakter. Der Versuch der Europäischen Kommission, dieses Thema durch europäische Normen zu regeln, wurde vorerst erfolgreich gestoppt.

Die Unabhängigkeit und Eigenständigkeit des ärztlichen Versorgungswerks wird von der Ärztekammer Berlin verteidigt. Unsere Rente ist sicher. Dies ist nicht selbstverständlich. Dies alles geschah mit Senkung der Kammerbeiträge, von 0,7% auf 0,63% in den höchsten und von 0,3% auf 0,18% in den niedrigsten Beitragsstufen, von 1991 bis 2013.

Die Ärztekammer Berlin als Anwalt und Sachwalter für ärztliche Angelegenheiten mischt sich aktiv in die Gesundheitspolitik ein.

Sie ist ein ausgewiesener Gesprächs- und Kooperationspartner für andere Einrichtungen, allen voran die Berliner Politik. Die Zusammenarbeit mit dem Berliner Senat ist inzwischen sehr gut. Auch im Gesundheitsministerium wird der Rat der „Hauptstadtkammer“ inzwischen gerne gehört. Die Ärztekammer als Selbstverwaltungsorgan vertritt ihre Interessen. Eine hohe Wahlbeteiligung erhöht die Akzeptanz und Leistungsfähigkeit Ihrer Ärztekammer und verhindert autoritäre Maßnahmen von außen. Bitte tragen Sie aktiv dazu bei und beteiligen Sie sich an dieser Wahl.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Günther Jonitz
g.jonitz@aekb.de

Das Rezept für Bewegung – Einsatzmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte

Zahlreiche Studien belegen die gesundheitsförderlichen und präventiven Effekte von regelmäßiger körperlicher Aktivität. Die Ausübung von Sport trägt nachweislich zur Vorbeugung verschiedener Erkrankungen wie z.B. Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates oder auch bestimmter Krebserkrankungen bei. Ebenfalls gibt es Nachweise, dass Sporttreiben die psychische Gesundheit positiv beeinflussen kann. Diese Erkenntnisse sind nicht neu – viele Ärztinnen und Ärzte empfehlen ihren Patientinnen und Patienten schon jetzt, sich regelmäßig zu bewegen. Mit dem neuen „Rezept für Bewegung“ (RfB) haben Ärztinnen und Ärzte nun die Möglichkeit, ihrer Empfehlung noch mehr Verbindlichkeit und Konkretisierung zu verleihen.

Von Jürgen Wismach und Isko Steffan

Was ist das „Rezept für Bewegung“ und welche Vorteile hat es?

Das neue RfB wurde von der Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention und dem Deutschen Olympischen Sportbund gemeinsam konzipiert. Es wurde mit den Erfahrungen aus dem bereits 2004 im Rahmen der gemeinsamen Kampagne „Berlin komm(t) auf die Beine“ von Ärztekammer

Berlin, Kassenärztlicher Vereinigung Berlin, Berliner Sportärztebund und Landessportbund Berlin eingeführten RfB entwickelt. Mit dem neuen RfB wird das seinerzeit in Berlin gestartete Konzept nun in einem überarbeiteten und bundesweit einheitlichen Erscheinungsbild fortgesetzt.

Das RfB ähnelt äußerlich einem normalen Rezept. Im Rahmen des Arzt-Patientengesprächs, bei der Information, Beratung und Motivation zu mehr Bewegung als wirksamen Mittel zur Gesunderhaltung können Ärztinnen und Ärzte das RfB an Patientinnen und Patienten aushändigen und so ihrer Bewegungsempfehlung noch mehr Verbindlichkeit verleihen. Bei Bedarf kann die ärztlich empfohlene Form der Sportausübung genauer konkretisiert werden, indem auf dem RfB der spezifische Schwerpunkt angekreuzt wird (z.B. Herz-Kreislauf oder Muskel-Skelettsystem) oder durch direkte schriftliche Hinweise an die Übungsleitung. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass der Arzt/die Ärztin über das RfB Rückmeldungen von Seiten der Übungsleitung erhalten kann. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten kann so bei Wiedereinbestellung die Gelegenheit genutzt werden, über die gemachten Erfahrungen, Erfolge, aber auch Hemmnisse zu sprechen, um möglichst optimal auf die Bedürfnisse einzugehen und das Präventionsziel zu erreichen.

Erwähnt werden muss, dass mit dem RfB keine Abrechnungsmöglichkeit verbunden ist und es auch nicht mit einer Verordnung für Rehabilitationssport zu verwechseln ist. Durch das RfB wird zwar keine Zuschussung einer Teilnahme an Präventionsmaßnahmen nach § 20 SGB V garantiert, gleichwohl kann die Teilnahme an Sportangeboten mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT, auf die u.a. durch das RfB hingewiesen wird, von den gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst werden. (Genauere Auskünfte hierzu erteilen die jeweils zuständigen gesetzlichen Krankenkassen.)

Wann und wie kann das „Rezept für Bewegung“ eingesetzt werden?

Das RfB lässt sich im Kontext einer motivierenden Gesprächsführung effektiv einsetzen, wie sie auch für die Tabakentwöhnung oder Beratung zur Gewichtsabnahme relevant ist. Das Ausstellen eignet sich im Rahmen einer ärztlichen Beratung zu bestehenden Risikofaktoren bzw. im Zusammenhang mit einer Gesundheitsuntersuchung und verstärkt die mündliche Empfehlung. Das RfB lässt sich sehr gut mit der Broschüre Gesundheitssport des Landessportbundes Berlin kombinieren, in der die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT zertifizierten präventiven Gesundheitssportangebote, geordnet nach Berliner Bezirken sowie nach ihrer jeweiligen Schwerpunktsetzung (z.B. Herz-Kreislauf oder Muskel-Skelettsystem), aufgeführt sind. Mit der Aushändigung dieser Broschüre in Verbindung mit dem RfB erhalten Patientinnen und Patienten gleich noch in der Arztpraxis eine Übersicht, wo die empfohlene Ausübung von Gesundheitssport konkret umgesetzt werden kann.

Wo kann man das „Rezept für Bewegung“ erhalten?

Ärztinnen und Ärzte erhalten das RfB als Rezeptblöcke sowie auch die Broschüre Gesundheitssport kostenfrei beim Landessportbund Berlin. Kontakt: Christoph Stegemann, C.Stegemann@lsb-berlin.de, 030/30002164.

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname der/des Versicherten geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr. Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. Datum
Rezept für Bewegung Regelmäßige körperliche Aktivität tut Ihnen und Ihrer Gesundheit gut!	
<input type="checkbox"/> Bewegung kann Krankheiten des Herz-Kreislauf- und des Stoffwechselsystems verhindern und zur Entspannung beitragen. Daher empfehle ich Ihnen die Teilnahme an Angeboten, die sich nachweisbar hohen Qualitätsstandards verpflichtet haben. Eine Möglichkeit ist die Teilnahme an Kursen mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT von Sportvereinen, die die meisten Krankenkassen finanziell fördern – informieren Sie sich dort über Einzelheiten! Darüber hinaus empfehle ich, täglich mehr Bewegung in Ihren Alltag zu integrieren!	
Ich empfehle Ihnen ein Training mit folgendem Schwerpunkt: <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf <input type="checkbox"/> Muskel-Skelettsystem <input type="checkbox"/> Entspannung/Stressbewältigung <input type="checkbox"/> Koordination und motorische Förderung	
Hinweise an die Übungsleitung:	
Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes	



EDITORIAL.....

Mitgestalten? Ja, bitte!
Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BUNDESINSTITUTE
Ausreichend Jod und Folsäure sind wichtig für schwangere und stillende Frauen
Informationen des Bundesinstituts für Risikobewertung 11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Das Rezept für Bewegung – Einsatzmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte
Von Jürgen Wismach und Isko Steffan.....4

„Deutschland hat nicht das teuerste, aber eines der leistungsfähigsten Gesundheitswesen“
Interview mit Detlev Ganten und Günther Jonitz zum World Health Summit 2014 14

Neues zur ärztlichen Leichenschau
Informationen der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin.....16

Zu den Grenzen eines effektiven Kinderschutzes in Deutschland
Kommentar von Michael Tsokos.....18

Aufregende Pränatalphase des Virchow-Bundes – und Geburtshelfer Harald Mau geht
Von Rosemarie Stein.....20

Die Wahlvorschläge zur 14. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

in der Heftmitte zum Herausnehmen.

Evidenzbasierte Medizin: Eine Strömung in der Krise? – Teil 2

BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal..... 24

Gesundheitsförderung und Prävention – Herausforderung und ärztliche Aufgabe zugleich
Von Manja Nehr Korn, Johannes Bruns und Uwe Torsten.....27

FORTBILDUNG.....
Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin..... 22

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen Juli/August 2014.....28

In memoriam Hans Peter Meißner.....30

Zum 75. Geburtstag von Udo Schagen.....31

FEUILLETON.....

Das stärkste Pathogen
Von Rosemarie Stein.....31

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt „Häusliche Gewalt“

„Wenn Partnerschaft verletzend wird... – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt“

Gewalt in Partnerschaften ist weit verbreitet und betrifft überwiegend Frauen. Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen, wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten. Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren

sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basisfortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am 11.10.2014 (10-16 Uhr) sowie am 15.10.2014 (17-19.30 Uhr) in den Räumen der Ärztekammer

Berlin statt. Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Partnerschaften“. Eine Anmeldung ist erforderlich. **Anmeldeverfahren:** S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle

Hilde Hellbernd, MPH; Karin Wieners, MPH; E-Mail: wieners@signal-intervention.de; Fax: 030 / 27 59 53 66 Die Basis-Fortbildung ist mit 6 Fortbildungspunkten (11.10.2014) bzw. mit 3 Fortbildungspunkten (15.10.2014) der Ärztekammer Berlin anerkannt.

Fortbildung

Patientensicherheit und Arzthaftung

Was Ärztinnen und Ärzte wissen und können sollten, um Fehler zu vermeiden und auf mögliche Behandlungsfehler adäquat zu reagieren

Patientensicherheit ist ein elementarer Aspekt jeder ärztlichen Tätigkeit und eng verknüpft mit ärztlicher Haftpflicht. Wichtigstes Lernziel der interaktiv und mit vielen Fallbeispielen gestalteten Fortbildung ist es, sinnvolle Strategien zur Vermeidung von Behandlungsfehlern einsetzen zu können. Im Falle eines Behandlungsfehlers bzw. beim Vorwurf eines solchen sollen Ärztinnen und Ärzte nach Abschluss des Seminars sicher und angemessen reagieren und zur Schadensbegrenzung beim Patienten, bei sich selbst und bei der Organisation (Praxis, Klinik) beitragen können.

Das Seminar besteht aus einem einleitenden E-Learning-Modul und drei Präsenzmodulen, die an drei Wochenenden in vier- bis achtwöchigen Abständen stattfinden.

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Peter Marx, Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH

Termine: E-Learning 01.11. - 21.11.2014
Freitag 21.11.2014 – Samstag 22.11.2014
Freitag 16.01.2015 – Samstag 17.01.2015
Freitag 27.02.2015 – Samstag 28.02.2015

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1402

E-Mail: e.hoehne@aekb.de

(Die Teilnehmerzahl ist auf 30 Personen begrenzt)

Kosten: 680 Euro, 38 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 2015 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 02.03.- 07.03.2015 / Woche 2: 04.05.-09.05.2015 / Woche 3: 15.06.-20.06.2015 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.: 030 / 40806-1402 (Organisation),

Tel.: 030 / 40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2015@aekb.de

Kurs

Impfungen in der Praxis

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

Termin: Sonnabend, 6. Dezember 2014, 9-17.30 Uhr

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

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

Veranstaltungsort:

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

Anmeldung: Ärztekammer Berlin (Tel.: 030 / 40806-1215

Fax: 030 / 40806 55-1399; E-Mail: fb-aag@aekb.de)

ANZEIGE

3. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Nach den Erfolgen der beiden Fortbildungskongresse der vergangenen zwei Jahre lädt die Ärztekammer Berlin zusammen mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zum 3. Fortbildungskongress im November 2014 ein.

Die Überflutung mit wissenschaftlichen und pseudowissenschaftlichen Informationen und die schleichende Veränderung des Gesundheitswesens hin zur Gesundheitswirtschaft war einer der Auslöser dafür, dass dieser industrieunabhängige Fortbildungskongress 2012 ins Leben gerufen wurde.

In diesem Jahr haben wir erneut ein Programm aufgelegt, das sich wesentlichen medizinischen Herausforderungen widmet und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern insbesondere in den sieben Workshops

- Management akuter und chronischer Kreuzschmerzen
- Depression: Praxis- und leitlinienorientierte Diagnostik und Therapie

- Die transparente Kommunikation von Risiken
- Schwindel in der hausärztlichen Praxis
- Polypharmazie bei älteren Patienten-Arzneimittelinteraktionen (Möglichkeiten zur Optimierung und Reduktion)
- ADHS im Erwachsenenalter
- Prävention im Alter

die Möglichkeit geben soll, in kleinen Gruppen und im engen Kontakt mit den Referenten Lösungen zu konkreten Fragen und Aufgabenstellungen aus der ärztlichen Praxis zu erarbeiten. Erstmals haben Sie Gelegenheit, zwei der sieben angebotenen Workshops zu besuchen.

Der 3. Fortbildungskongress widmet sich am ersten Tag ausschließlich dem Thema „Unsicherheiten des medizinischen Screenings“, welches wir zusammen mit Ihnen und ausgewählten Experten diskutieren möchten.

Am zweiten Tag werden in den drei Vorträgen die Themen „Arzneimittel im Bestandmarkt

– Wie erkenne ich therapeutischen Fortschritt“, „Me-too-Präparate“ und „Evergreening-Strategien?“, „Rationale anti-

krobielle Therapie häufiger Infektionskrankheiten“ sowie „Personalisierte Onkologie“ kritisch dargestellt.

Kongressleitung:	Dr. med. Günther Jonitz, Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Dr. med. Matthias Brockstedt, Stephan Bernhardt
Termin:	Freitag, 28. 11. 2014, 17:00 – 19:00 Uhr Samstag, 29. 11. 2014, 09:20 – 17:00 Uhr
Veranstaltungsort:	Ärztekammer Berlin Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnehmerentgelt:	28.11.2014: Kostenlos, 29.11.2014: 45,00 EUR (Mitglieder der ÄkB) 65,00 EUR (Nichtmitglieder der ÄkB)
Fortbildungspunkte:	28.11.2014: 2 Punkte, 29.11.2014: 9 Punkte
Informationen zum Inhalt:	Dr. med. Henning Schaefer Tel.: 030/40806-1200 E-Mail: fortbildungskongress@aeKB.de
Anmeldung:	Andrea Hofmann, Tel.: 030/40806-1205 E-Mail: fortbildungskongress@aeKB.de Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.
Programm/ Anmeldeformular:	Siehe Homepage der Ärztekammer Berlin: www.aerztekammer-berlin.de => Ärzte=> Fortbildung=> Fortbildungskongress

Leserbriefe

**Leserbrief zum Interview
„Die Selbstverwaltung ist der richtige Ort, um Probleme zu benennen und Vorschläge zu entwickeln“ Interview mit Dipl.-Med. Mathias Coordt in BERLINER ÄRZTE 8/2014**

„Kollege Coordt sagt, es sei eine „großartige Leistung“, „...“, dass Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam die medizinische Versorgung organisieren...“ Das ist bemerkenswert. Schon rein rechtlich können Nicht-Mediziner nicht die medizinische Versorgung übernehmen. Möglicherweise hält Herr Coordt eine medizinische Ausbildung zur Durchführung medizinischer Diagnostik und Therapie jedoch für entbehrlich. Sind das Medizinstudium und die Approbation als Arzt aus seiner Sicht überflüssig oder obsolet? Für die Gesundheit der Bevölkerung wäre das verhängnisvoll.

Auf jeden Fall steht seine Meinung in schroffem Widerspruch zum aktuellen Beschluss der Deutschen Ärzteschaft, der da lautet: Der 117. Deutsche Ärztetag lehnt jede Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliche akademisierte Berufsgruppen ab.

Warum sagt Kollege Coordt nicht: „...“, dass Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam die psychotherapeutische Versorgung organisieren...“? Das tun Mediziner und andere Berufe nämlich bereits, und zwar in

bester Kooperation. Ca. 19.000 psychotherapeutisch tätige Ärzte und ungefähr noch einmal 19.000 psychotherapeutisch Tätige anderer Berufe (Pädagogen, Psychologen, Sozialpädagogen) stehen für die Versorgung psychischer Erkrankungen zur Verfügung.

Damit verfügt das Gesundheitssystem in der ambulanten Versorgung über mehr Psychotherapeuten (Mediziner und Nicht-Mediziner zusammengenommen) als über Allgemeinmediziner. Irritierend sind seine Aussagen allerdings im Rahmen der Ärztekammer. Will er andere Berufsgruppen, die bereits anderenorts gekammert sind, nun in die Ärztekammer holen oder gar ins Versorgungswerk?

Dr. Anna Goedel, Berlin

Leserbrief zur medizinischen Behandlung von Flüchtlingen in Berlin:

„Das Land Berlin hat mit den Flüchtlingen vom Oranienplatz eine Vereinbarung geschlossen, die eine Perspektivklärung, Deutschunterricht, Unterkunft und eine freiwillige Leistung von Geldzahlung festgelegt hat. Dass dort keine explizite Vereinbarung zu medizinischer Versorgung gemacht wurde, wird jetzt zum Problem.

Die Flüchtlinge werden zum einen ehrenamtlich von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, den Einrichtungen von Wohlfahrtsorganisationen und Initiativen, die spendenbasiert arbeiten, behandelt, zum anderen in Krankenhäusern ambulant und stationär versorgt, ohne dass diese Einrichtungen wissen, ob und wie sie die Kosten erstattet bekommen.

All diesen Kolleginnen und Kollegen, die die Patienten ohne Ansehen auf den nicht geklärten Versicherungsstatus behandeln, die sich der Menschen annehmen, die hier in großer Hilflosigkeit von

Engagement abhängig sind, gilt mein Dank. Auf dem Rücken der Flüchtlinge und der Mitarbeiter im Gesundheitssystem wird ausgetragen, was die Politik nicht lösen will. Eine Koalition aus Politikern, die sich sowohl einen christlichen, wie auch sozialen Anspruch in ihren Namenszug schreibt. Weder das eine noch das andere sehe ich hier verwirklicht. Dass noch nicht mal eine basismedizinische Versorgung zugesichert ist, ist ein unhaltbarer Zustand. Die Gleichung ist beschämend richtig. ill=egal!“

Myriam Kaiser, Berlin

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Park-Klinik Weißensee

Zum 1. Oktober 2014 wird Prof. Dr. med. Marina Backhaus

Chefärztin der neu eingerichteten Fachabteilung Innere Medizin – Rheumatologie und Klinische Immunologie. Sie wechselt aus der Charité, Campus Mitte, wo sie Leiterin der Rheumatologischen Fachambulanz war, an die Park-Klinik Weißensee. Die besondere Expertise von Marina Backhaus sind bildgebende Verfahren in der Rheumatologie und hier vor allem der Gelenkulterschall.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause. Tel. 030/40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199, E-Mail: m.braun@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

Leserbrief

Leserbrief zum Artikel „Der lange Weg für ausländische Ärzte in Deutschland“ von Angela Mißbeck in BERLINER ÄRZTE 8/2014

Für den sehr interessanten und gut geschriebenen Artikel von Frau Angela Mißbeck zu ausländischen Ärzten in Deutschland danke ich Ihnen. Es handelt sich um ein wichtiges Thema, bei dem viel Aufklärungsarbeit zu leisten ist. Der Artikel leistet hierzu einen wichtigen Beitrag.

Im Hinblick auf die Anerkennung des ausländischen Abschlusses und der Approbation sind Sie jedoch einem Irrtum über die Rechtslage erlegen. Erforderlich ist keineswegs immer eine Kenntnisstandsprüfung (so aber die Behauptung auf S. 16). Vielmehr wird nach der seit April 2012 geltenden Neuregelung die Approbation erteilt, wenn wesentliche Unterschiede zur deutschen Ausbildung nicht festgestellt werden. Die Beweislast für das Fehlen der Gleichwertigkeit liegt damit bei der Behörde. Sind wesentliche Unterschiede (unter Berücksichtigung der Berufserfahrung) nicht festzustellen, besteht ein Anspruch auf Erteilung der Approbation. M.a.W.: Die Kenntnisstandsprüfung ist nur statthaft, sofern wesentliche Unterschiede bestehen. Dies dürfte weit weniger oft der Fall sein, als gemeinhin vermutet wird.

Dr. jur. Johannes Seidl, Berlin

Anmerkung der Redaktion: Herr Dr. Seidl hat Recht. An dieser Stelle sind die Begrifflichkeiten Kenntnisstands- und Gleichwertigkeitsprüfung etwas durcheinander geraten. Wir bitten, dies zu entschuldigen.

Die Redaktion

Zusammenspiel als Chance



BERLINER
GESUNDHEITSPREIS
2015

INTERPROFESSIONELLE TEAMS IM KRANKENHAUS

Im September haben die Initiatoren des „Berliner Gesundheitspreises“, der AOK-Bundesverband, die Ärztekammer Berlin und die AOK Nordost, zum zehnten Mal den bundesweiten Innovationswettbewerb gestartet. Der „Berliner Gesundheitspreis 2015“ greift das Thema „Interprofessionelle Teams im Krankenhaus“ auf. Der Preis ist mit insgesamt 50.000 Euro dotiert.

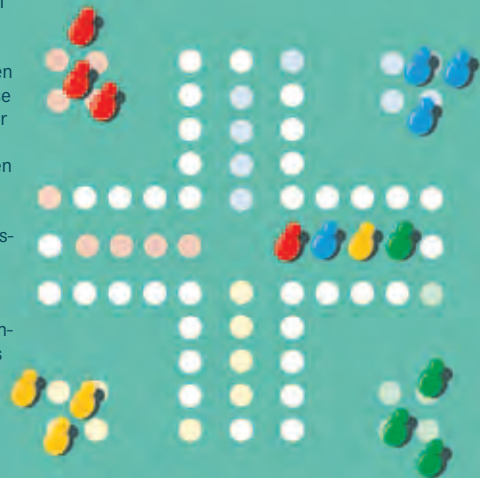
Auf Menschen, die im Krankenhaus arbeiten, kommen ständig neue Herausforderungen zu. Medizinischer und technischer Fortschritt, aber auch die demografische Entwicklung stellen veränderte Anforderungen an die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen. Patienten wollen und sollen schnell wieder auf die Beine kommen. Neuartige Operationsmethoden und schonende Verfahren machen komplizierte Eingriffe beherrschbar, verkürzen den Genesungsprozess und eröffnen die Chance, immer ältere Patienten zu behandeln. Um im komplexen Klinikalltag eine hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten, müssen unterschiedliche Fachdisziplinen und Berufsgruppen gut und vertrauensvoll zusammenarbeiten, sich vernetzen und neue Kommunikationswege nutzen.

Für den „Berliner Gesundheitspreis 2015“ werden Beispiele aus der Praxis gesucht, die im Interesse einer guten Patientenversorgung und zufriedener Mitarbeiter Organisationsabläufe optimieren, Selbständigkeit fördern, Schnittstellen reduzieren und eine gemeinsame Behandlungsdokumentation sicherstellen. Außerdem geht es bei dem Wettbewerb um Führungsstrukturen, professionsübergreifende Fort- und Weiterbildung sowie gemeinsame Teambesprechungen. Ziel des Preises ist, gute Beispiele auszuwählen, die Antworten auf die steigenden Herausforderungen an die Patientenversorgung im Krankenhaus geben und eine Blaupause für andere Einrichtungen sein können.

Bewerben können sich zum Beispiel: Krankenhausleitungen, Qualitätsbeauftragte, Koordinatoren der Krankenhausversorgung, Versorgungsteams, wissenschaftliche Einrichtungen, Universitäten sowie Fach- und Hochschulen.

Am 30. November 2014 endet die Bewerbungsfrist. Eine hochkarätig besetzte Jury mit Vertretern aus Wissenschaft, Politik und Praxis wird 2015 die Entscheidung über die Preisträger treffen. Die Preisverleihung ist für Juni 2015 geplant.

Die Wettbewerbsunterlagen können über www.berliner-gesundheitspreis.de abgerufen werden. Rückfragen zum Wettbewerb werden unter berliner.gesundheitspreis@bv.aok.de oder 030/34646-2310 beantwortet.



www.berliner-gesundheitspreis.de

*Tamoxifen***Absolute Dunkelheit beim Schlafen?**

Tamoxifen (Nolvadex®) gehört zur Standardtherapie des Mamma-Ca, obwohl bei Einnahme dieses Arzneistoffes zahlreiche unerwünschte Wirkungen auftreten können. Neu ist, derzeit nur tierexperimentell bestätigt, dass schon Dämmerlicht die Wirkung von Tamoxifen aufheben kann. Als Ursache wird vermutet, dass das Gehirn schon bei geringster Helligkeit die Produktion von Melatonin einstellt und Melatonin das Krebswachstum beeinflussen kann. Es ist noch zu früh, daraus therapeutisch-pharmakologische Schlüsse zu ziehen. Vor allem könnte der Tag-Nacht-Rhythmus durch die Einnahme melatoninhaltiger Arzneimittel gestört werden. Das Schlafen bei absoluter Dunkelheit sollte jedoch eine Option sein, die Patienten nicht zu sehr belasten sollte.

Quelle: Pharm. Ztg. 2014; 159: 2511

*Bupropion***Panzytopenie**

Nach Auswertung von Einzelfallberichten hat die Europäische Union aktualisierte Produktinformationen zu dem Antidepressivum Bupropion (Elontril®, Zyban®) empfohlen. Ein möglicher Zusammenhang zwischen der Einnahme dieses Antidepressivums und dem Auftreten einer Panzytopenie

(gleichzeitiges Auftreten einer Anämie, Leukopenie und Thrombozytopenie) wird vermutet. In Deutschland ist Bupropion zugelassen zur Behandlung von Episoden einer depressiven Erkrankung und zur Hilfe bei einer Raucherentwöhnung. Bei Abwägung des Risikos des Auftretens einer schweren unerwünschten Wirkung und eines Therapieerfolges in letztgenannter Indikation scheint ein Verzicht auf den Einsatz dieses Antidepressivums erwägenswert.

Quelle: Pharm Ztg. 2014; 159 (32): 78

*Hypertonie***Empfohlener Zielblutdruck zu niedrig?**

Nach Empfehlungen europäischer Gesellschaften soll bei der Therapie der Hypertonie ein Zielblutdruck von 140/90 mmHg angestrebt werden, bei Hochbetagten gelten Werte zwischen 140 und 150 mmHg als ausreichend. Bei Diabetikern werden diastolische Werte zwischen 80 und 85 mmHg empfohlen.

In einer pharmakritischen Zeitschrift wird eine systematische Zusammenfassung von vier Studien an circa 9.000 Hypertonikern zitiert, nach der eine antihypertensive Therapie bei Werten zwischen 140/90 und 160/95 mmHg bei Patienten ohne kardiovaskuläre oder renale Erkrankungen die gefürchteten Komplikationen einer Hypertonie wie Schlaganfall oder KHK nicht verringerte. Statistisch traten, nicht

verwunderlich, vermehrt unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf (eingesetzte Arzneistoffe: Thiazide, Betablocker). Die Autoren empfehlen bei dieser Patientengruppe ohne zusätzliche Risiken vermehrte Bewegung, reduzierte Salzzufuhr und eventuell eine Reduzierung des Körpergewichtes und des Alkoholkonsums.

Quelle: Prescrire internat. 2014; 23: 1061

*Acitretin***Teratogene Effekte langfristig ausschließen**

Die Teratogenität von Acitretin (Acicutan®, Neotigason®) ist bekannt. Nach Absetzen der Therapie soll nach Herstellerangaben noch zwei Jahre jede Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Die lange Halbwertszeit dieser Arzneistoffe im Fettgewebe hat zu Empfehlungen in den USA geführt, insgesamt drei Jahre nach der letzten Einnahme eine Schwangerschaftsverhütung durchzuführen. Zum Schutz von Frauen im gebärfähigen Alter sollte diese längere Frist eingehalten werden. Dies gilt auch für Etrethinhaltige Arzneimittel (in Deutschland aus dem Handel).

Quelle: Prescrire internat. 2013; 22: 213

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

**Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein,
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf,
Telefon: 0211 / 4302-2272**

Ausreichend Jod und Folsäure sind wichtig für schwangere und stillende Frauen

Frauen, die eine Schwangerschaft planen, sowie schwangere und stillende Frauen sollten sich ausreichend mit Jod und Folat, beziehungsweise Folsäure versorgen. Darauf weist das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) in einem aktualisierten Merkblatt für Ärzte „Jod, Folat/Folsäure und Schwangerschaft – Ratschläge für die ärztliche Praxis“ hin. Neben einer ausgewogenen Ernährung mit Seefisch und Milch sowie mit Obst, Gemüse und Vollkornprodukten sind für Schwangere und Stillende Präparate mit Jod und Folsäure wichtig, um Mangelerscheinungen vorzubeugen und das Risiko für Neuralrohrdefekte zu senken. Frauen sollten sich jedoch vor Einnahme der Präparate ärztlich beraten lassen.

Jod zählt zu den essenziellen Spurenelementen und ist zur Regulation wichtiger Stoffwechselforgänge notwendig. Jodmangel kann in schweren Fällen zu Fehlgeburten, Fehlbildungen sowie zu Störungen von Wachstum, Knochenreifung und Gehirnentwicklung des ungeborenen Kindes führen. Auch während der Stillzeit sollte die Mutter auf eine ausreichende Jodzufuhr achten, da sowohl der Jodbedarf der Frau als auch der des Kindes sichergestellt werden muss.

Das BfR empfiehlt, für eine nachhaltige Jodversorgung regelmäßig Seefisch und



Bundesinstitut für Risikobewertung

Milchprodukte zu verzehren, ausschließlich Jodsalz zu verwenden und bevorzugt Brot und Fleischwaren zu konsumieren, die mit Jodsalz hergestellt wurden. Die dadurch mögliche Jodaufnahme reicht jedoch meist nicht, um den in Schwangerschaft und Stillzeit erhöhten Bedarf zu decken. Daher sollten schwangere und stillende Frauen zusätzlich zu einer jodhaltigen Ernährung und nach Rücksprache mit ihrem Arzt täglich 100 bis 150 µg Jod in Form von Jodtabletten zu sich nehmen.

Da Deutschland aufgrund geologischer Bedingungen zu den Jodmangelgebieten gehört, haben schwangere und stillende Frauen oft einen Jodmangel. Bestimmte Lebensumstände oder Verhaltensweisen, wie Alter, Rauchen, die Einnahme von oralen Verhütungsmitteln oder eine vegane Ernährung, können einen Jodmangel begünstigen.

Folat zählt zu den wasserlöslichen B-Vitaminen und ist für alle Zellteilungs- und Wachstumsprozesse notwendig. Folate kommen natürlicherweise in Lebensmit-

teln vor; mit Folsäure wird dagegen die synthetische Form in Nahrungsergänzungsmitteln oder angereicherten Lebensmitteln bezeichnet. Frauen, die eine Schwangerschaft planen, sollten – auch bei folatreicher Ernährung – spätestens vier Wochen vor einer Schwangerschaft und bis zum Ende des ersten Schwangerschaftsdrittels 400 µg Folsäure pro Tag in Tablettenform einnehmen. Dadurch kann das Risiko für Neuralrohrdefekte beim Kind reduziert werden. Informationen dazu und die Empfehlung zur Einnahme gehören zur ärztlichen Beratung vor und während der Schwangerschaft.

Auch nach dem ersten Schwangerschaftsdrittel haben Schwangere und Stillende einen erhöhten Bedarf an Folat. Um die empfohlene Aufnahme zu erreichen, ist eine abwechslungsreiche Ernährung und eine schonende Zubereitung der Lebensmittel notwendig. Besonders reich an Folaten sind Leber, grünes Gemüse wie Spinat und Brokkoli, Hülsenfrüchte, Weizenkeime, Hefe, Eigelb, Vollkorngetreideprodukte, Zitrusfrüchte und -säfte.

Das Merkblatt „Jod, Folsäure und Schwangerschaft – Ratschläge für Ärzte“ ist unter <http://www.bfr.bund.de/cm/350/jod-folat-folsaeure-und-schwangerschaft.pdf> erhältlich.

ANZEIGE

Abschlussprüfungen der auszubildenden Medizinischen Fachangestellten

Ärztliche Prüferinnen und Prüfer für Prüfungsausschüsse gesucht

Die Amtszeit der bei der Ärztekammer Berlin eingerichteten Prüfungsausschüsse für die Prüfungen der auszubildenden Medizinischen Fachangestellten wird am 31. März 2015 enden. Zum 1. April 2015 möchte die Ärztekammer neue Prüfungsausschüsse errichten.

Die Ausschüsse sind mit je einer Ärztin/einem Arzt, einer/einem Medizinischen Fachangestellten sowie einer Lehrkraft der berufsbildenden Schulen zu besetzen. Der Vorstand der Ärztekammer sucht daher auch sachkundige und geeignete ärztliche Mitglieder für die Prüfungsausschüsse.

Die Prüferinnen und Prüfer sind überwiegend für die Abnahme der praktischen Abschlussprüfungen zuständig, die zwei Mal jährlich stattfinden: Im Januar ca. 2 ½ Wochen, und im Juni ca.

3 ½ Wochen. In diesen Phasen prüfen in der Regel 4 Prüfungsausschüsse pro Tag ca. 24 Kandidatinnen und Kandidaten; jeder Ausschuss ist mithin täglich für 6 Prüflinge zuständig. Die Prüfungen beginnen um 8.00 Uhr und sind in der Regel gegen 17.00 Uhr beendet. Der konkrete Prüfungseinsatz wird zwischen der Verwaltung und den Prüfungsausschüssen im Vorfeld abgestimmt. Die ehrenamtliche Tätigkeit im Prüfungsausschuss wird angemessen entschädigt; Praxisausfall oder Verdienstausfall werden dabei berücksichtigt. Des Weiteren ist auch eine Einbeziehung in Prüfungsstrukturausschüsse denkbar; das sind Ausschüsse, die sich mit grundsätzlichen Themen befassen, wie z. B. die Erstellung und Auswahl von schriftlichen oder praktischen Prüfungsaufgaben; auch diese Tätigkeit wird entschädigt.

Wir bitten Kammermitglieder, die Interesse an einer Prüfertätigkeit haben, um ihre Mittei-

lung bis zum 21. November 2014. Bitte richten Sie Ihr Schreiben, sehr gerne mit Angaben zu Ihrer bisherigen Ausbildungs- bzw. Prüfungserfahrung, an die Ärztekammer Berlin, Abteilung 3, Schwerpunkt Berufsbildung.

Weitere Informationen zum Prüfungsverfahren können Sie dem nachstehenden Bericht entnehmen. Ihre Fragen beantworten wir Ihnen auch gerne telefonisch unter der Rufnummer 030 / 40806-2626.

Ergebnisse der Abschlussprüfung Sommer 2014

Von Ende April bis Ende Juni 2014 haben ca. 390 Kandidatinnen und Kandidaten ihre Abschlussprüfung zur bzw. zum Medizinischen Fachangestellten in der Ärztekammer Berlin abgelegt.

Der schriftliche Teil der Prüfungen fand am 29. und 30. April in den Fächern Behandlungsassis-

tenz, Betriebsorganisation und -verwaltung und Wirtschafts- und Sozialkunde statt. In der Zeit vom 2. bis 25. Juni folgte der praktische Teil: In der jeweils 75-minütigen Prüfung mussten die Prüfungsteilnehmer eine komplexe Prüfungsaufgabe bearbeiten und ihre Fähigkeiten und Kenntnisse durch Demonstration, Dokumentation und Präsentation praxisbezogener Arbeitsabläufe unter Beweis stellen. Zum Abschluss unterzogen sich die Prüflinge jeweils noch einem 15-minütigen Fachgespräch, das unter anderem dazu dient, den Verlauf des Prüfungsgeschehens kritisch zu reflektieren.

Durch das hohe Niveau der praxisnahen Abschlussprüfungen soll eine Unterstützung der Ärzteschaft durch gut qualifiziertes Fachpersonal sichergestellt werden. In den beiden Prüfungsteilen der Sommerprüfung erzielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer folgende Ergebnisse:

Punkte	100 – 92,00	91,99 – 81,00	80,99 – 67,00	66,99 – 50,00	49,99 – 30,00	29,99 – 0
Note	1 (sehr gut)	2 (gut)	3 (befriedigend)	4 (ausreichend)	5 (mangelhaft)	6 (ungenügend)
1. Schriftlicher Teil der Abschlussprüfung						
Behandlungsassistenz						
Anzahl	12	80	158	117	12	1
Betriebsorganisation und -verwaltung						
Anzahl	1	18	91	206	69	1
Wirtschafts- und Sozialkunde						
Anzahl	20	40	141	122	58	6
2. Praktischer Teil der Abschlussprüfung						
Anzahl	19	94	139	110	18	/

Im kommenden Winter (Dezember 2014/Januar 2015) werden sich mehr als 300 Kandidatinnen und Kandidaten ihrer Abschlussprüfung stellen.

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau

Im Zuge der Einführung des neuen Leichenschauscheins geht die von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales durchgeführte Veranstaltung auf die Handhabung des neuen Leichenschauscheins und mögliche Fehlerquellen beim Ausfüllen ein. Um die Qualität der Leichenschau insgesamt zu verbessern, legen die Referenten besonderen Wert auf das praktische Vorgehen bei der äußeren Leichenschau und stellen differentialdiagnostische Aspekte, Praxisbeispiele und besonders problematische Fälle vor. Im Anschluss an die Vorträge besteht jeweils die Möglichkeit zur Diskussion mit den Experten.

Referentinnen und Referenten:

Dr. Sabine Hermann, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales; Patrick Larscheid, Bereichsleiter Hygiene und Umweltmedizin im Gesundheitsamt Neukölln von Berlin, stellv. Amtsarzt, Leiter des Berliner Zentralarchivs für Leichenschauscheine; Dr. med. Levke

Kurs

Hygieneverordnung Berlin: Qualifikation Hygienebeauftragter Arzt / Krankenhaushygieniker

Strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“

Die Hygieneverordnung Berlin adressiert an definierte medizinische Einrichtungen in Berlin, bis spätestens zum 31.12.2016 die Mitarbeit bzw. Beschäftigung u.a. von Hygienebeauftragten Ärzten bzw. Krankenhaushygienikern sicherzustellen. Als Qualifikationsmaßnahme zum Hygienebeauftragten Arzt bzw. zum Krankenhaushygieniker schreibt die Hygieneverordnung die Absolvierung der „strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene“ der Bundesärztekammer (6 Module, 200 h) vor.

Die Ärztekammern Berlin, Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt bieten im Verbund die Qualifikationsmaßnahmen zum Hygienebeauftragten Arzt / Krankenhaushygieniker gemäß dem o.g. Curriculum der Bundesärztekammer in 2015/ 2016 ein zweites Mal an.

Teilnehmer, die das Modul I des Curriculums durchlaufen, erwerben die Qualifikation eines Hygienebeauftragten Arztes. Zum Erwerb der Qualifikation „Krankenhaushygieniker“ ist

u.a. die Teilnahme an den weiteren fünf Kursmodulen des Curriculums erforderlich. Im Kontext mit der Frist 31.12.2016 (s.o.) ist von besonderer Bedeutung, dass die Teilnehmer in dieser Zeit in einer Klinik mit mindestens 50% einer Vollzeitstelle die Tätigkeit als Hygienebeauftragter Arzt erledigen und die dort anfallenden Aufgaben für insgesamt 24 Monate übernehmen müssen.

Um vor diesem Hintergrund insbesondere die Qualifikation zum Krankenhaushygieniker bis zur Frist 31.12.2016 (s.o.) erwerben zu können, sollten sich Interessierte bitte **umgehend** an die Ärztekammer Berlin wenden.

Wichtige Informationen zu den weiteren Voraussetzungen für den Erwerb der Qualifikationen sowie die angebotenen Kurs-Termine finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin oder erfragen diese bitte telefonisch bei der unten benannten Ansprechpartnerin.

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

Quabeck, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales; Prof. Dr. med. Michael Tsokos, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin

Moderator:

Dr. med. Werner Wyrwich, Kaufm. Leiter des Charité Centrums 13, Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin

Termin: 27.11.2014, 17:00 – 20:00 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin / Konferenzsaal; Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anerkannt mit 3 Fortbildungspunkten – eine formlose persönliche Anmeldung ist erforderlich.

Bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktmöglichkeiten:

E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de oder Fax 030 40806-551403 (s. auch S. 16 „Neues zur ärztlichen Leichenschau“)

Naturheiltage Berlin

Herbstkongress 2014 – Kurs IV

Freitag bis Sonntag, 07.-09.11. und 21.-23.11.2014

Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ mit Zertifizierung (38 Punkte)

Veranstalter: Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.

INHALTE:

Physikalische Th.: Neurophysiologische Grundlagen der Naturheilverfahren; Elektrotherapie; KG bei Radikulärsyndromen; b. Gelenkerkr. Risiken und Wechselwirkungen; Traditionelle u. „rationale“ Phytotherapie; Phytotherapie in der Pädiatrie; Gynäkologie;

Phytotherapie: 08.11. Tabakentwöhnung; Selbsthilfe bei Essstörungen; bei Kopfschmerzen; Umgang mit Alkoholkr.

Ordnungsth.: 21.11. in der Schwangerschaft/Stillzeit; bei Stoffwechselstörungen bei entzündl. rheumat. Erkrankungen; bei Reizdarm;

Ernährungsth.: 22.11. vorm. 22.11. nachm. **Schwerpunktthema:** Praxiserfahrung mit naturheilkundlichen Konzepten

Neuraltherapie: 23.11. und vegetatives Nervensystem; und internistische Erkrankungen; und Gynäkologie.

Anmeldung: Naturheiltage Berlin, c/o Dr. med. Reinhold Heinzler, Tel: 0175 / 8557262 E-Mail: r.heinzler@web.de

Veranstaltungsort: St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf

Kursgebühren: 380,00 Euro für den gesamten Kurs IV. Ermäßigungen unter bestimmten Voraussetzungen und bei entsprechendem Nachweis.

Ausführliches Programm unter: www.naturheiltage-berlin.de

„Deutschland hat nicht das teuerste, aber eines der leistungsfähigsten Gesundheitswesen“



Foto: S. Rudat

Der World Health Summit (WHS) wurde 2009 im Rahmen der 300-Jahrfeier der Charité gegründet. Das jährliche Treffen hat sich als international führendes strategisches Forum für Fragen der globalen Gesundheit etabliert und genießt die Schirmherrschaft von Bundeskanzlerin Angela Merkel, Frankreichs Staatspräsident François Hollande und EU-Kommissionspräsident José Manuel Barroso. Der nächste WHS findet vom 19. – 22.10.2014 im Auswärtigen Amt in Berlin mit über 1.000 Teilnehmern aus ca. 80 Ländern statt. Zentrale Themen werden sein:

- Klimawandel und Gesundheit
- Gesundheit und Prävention in Städten
- Bewegung und gesundes Altern
- Demografischer Wandel

Berlin ist damit ein Treffpunkt für Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und Zivilgesellschaft geworden um Strategien für eine Verbesserung der Weltgesundheit zu entwickeln.

Interview mit Dr. Günther Jonitz und Prof. Dr. Detlev Ganten

BÄ: Berlin ist ein wissenschaftlicher Ballungs-ort mit der Charité, dem MDC und dem Berlin Institute of Health (BIH), dem World Health Summit, Ministerien und natürlich der starken Berliner Ärztekammer. Wird das Kooperationspotenzial voll genutzt?

Jonitz: Wo Berlin ist, ist vorn. In der Tat sind fast alle relevanten gesundheitlichen Einrichtungen in Berlin versammelt. Leider sind diese in der Regel auch durch ihre ureigensten Aufgaben bis zum Äußersten in Anspruch genommen. Es wäre wichtig, einen Ort zu schaffen, an dem man sich regelmäßig und zwanglos austauscht.

Ganten: Im Bereich Gesundheit hat Berlin nach der Wiedervereinigung eine wirklich imposante Entwicklung erlebt, wissenschaftlich und wirtschaftlich. Beim Thema Public Health gibt es trotzdem noch viel zu tun – da ist die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und dem öffentlichen Gesundheitsdienst ein entscheidendes Element. Wir freuen uns über die große Bereitschaft zur engeren Zusammenarbeit. Das erwähnte BIH kann auch hier eine wichtige Rolle spielen.

BÄ: Deutschland hat ein gutes aber teures Gesundheitssystem. Was sind die dringlichsten Aufgaben die es national zu lösen gilt?

Jonitz: Das deutsche Gesundheitswesen steckt in der gleichen Krise wie alle ande-

ren Gesundheitssysteme auf diesem Globus. Die jahrelange praktizierte Arbeitsteilung zwischen Politik, Krankenkassenleistungsträgern und Patienten ist ins Stocken geraten. Nach Jahrzehnten unbegrenzten Wachstums ist jetzt die Phase der Optimierung angebrochen. Die zentrale politische Frage ist die, ob die Optimierung des Systems an der Ökonomie oder am Nutzen für die Patientenversorgung gemessen wird. Letzteres scheint inzwischen als richtig erkannt worden zu sein. Ein solcher Prozess der Optimierung bedarf der politischen Führung. Dies ist noch nicht geregelt.

Ganten: Diese Themen sind natürlich auch international bedeutsam. Wir stützen uns noch immer nicht auf „Gesundheitssysteme“, die präventiv tätig sind, sondern auf „Krankensysteme“, die reaktiv Krankheiten behandeln. Das ist auf absehbare Zeit für kein Land mehr finanzierbar. Es darf nicht sein, dass von den 7 Milliarden Menschen auf der Erde nur ein Bruchteil der Weltbevölkerung ausreichenden Zugang zu medizinischer Versorgung hat.

BÄ: Wie unterscheiden sich die nationalen Aufgaben von den Herausforderungen, mit denen speziell das Berliner Gesundheitswesen konfrontiert ist?

Jonitz: Ein großer Unterschied zwischen dem Bund und Berlin ist, dass deutschlandweit noch Krankenhausbetten abgebaut werden sollen. In Berlin haben wir diesen Prozess bereits hinter uns. Trotz dieser stark geschrumpften Kapazitäten ist das System noch nicht ausfinanziert.

BÄ: Welche Rolle spielt deutsche Unterstützung in der int. Gesundheitsversorgung? Was können andere von uns lernen?

Jonitz: Das deutsche Gesundheitswesen, basierend auf den Bismarckschen Gesetzen vom Ende des 19. Jahrhunderts, ist für viele Länder vorbildlich. Dies gilt speziell auch für das Thema der Selbstlösung von Aufgaben durch Selbstverwaltung, auch und gerade was die Frage der ärztlichen Qualifikation angeht durch die Ärztekammern. Das Prinzip der Selbstverwaltung entspricht mit Einschränkungen dem Prinzip des ‚Lean-Managements‘, das heißt, die Ebene auf der Probleme gelöst werden sollen, ist möglichst nah an der Ebene, in der die Probleme entstehen. Dies gelingt in vieler Hinsicht gut. Deutschland hat nicht das teuerste Gesundheitswesen, aber es ist sicherlich eines der leistungsfähigsten.

Ganten: Die Bundesregierung hat letztes Jahr ihr „Konzept zur globalen Gesundheitspolitik“ vorgelegt. Das ist ein wichti-

ger Schritt für eines der reichsten Länder der Welt, das darüber hinaus eine so große medizinische Tradition hat. Es ist an der Zeit, dass Deutschland mehr Verantwortung übernimmt. Die „Kultur der Zurückhaltung“ haben wir ja jetzt auch verlassen – die nächsten Schritte müssen aber humanitär orientiert sein. Was kann ein modernes, demokratisches Deutschland besseres tun, als medizinische und zivile Hilfe in notleidende Regionen zu schicken, Vertrauen aufzubauen und der Bevölkerung vor Ort zu helfen?

BÄ: Thema Klimawandel: Welche Rolle kann Deutschland bei diesem globalen Thema einnehmen?

Jonitz: Deutschland muss auf der internationalen politischen Ebene seine Rolle definieren. Wir haben sowohl das inhaltliche Know-how als auch die ökonomische und politische Kraft, um das Thema Klimawandel stärker zu adressieren. Dies muss jedoch politisch entschieden werden und nicht durch die auch in Deutschland vorhandenen Fachleute. Diese müssen sich der Aufklärung über die medizinischen Folgen des Klimawandels stärker annehmen.

Ganten: In Deutschland erhält die Energiewende hohe politische Aufmerksamkeit. Es gilt, mit gutem Beispiel voranzugehen und zum Beispiel den wirtschaftlich erfolgreichen Schwellenländern zu helfen, ihren wachsenden Erfolg nicht auf Kosten der Umwelt gehen zu lassen. Im Dezember 2015 findet ein großer Klimagipfel der Vereinten Nationen in Paris statt. Der World Health Summit in Berlin arbeitet strategisch auf dieses Treffen hin, indem er das Thema „Klimawandel und Gesundheit“ zentral behandelt und mit Ergebnissen und Empfehlungen das französische Treffen vorbereitet.

BÄ: Am 10. November werden Sie beide auf dem Podium des MB-FORUM Wissen und Gesundheit in der BBAW zum Thema „Menschliche Medizin und Ergebnisse des WHS 2014“ sprechen. Was sehen Sie in Ihrem jeweiligen Aufgabenfeld als Schwerpunkte und wo können Sie Einfluss nehmen? Wo gibt es Gemeinsamkeiten?

Ganten: Schwerpunkte sind natürlich die zentralen Themen, die wir auch beim

World Health Summit dieses Jahr besprechen – wobei vor allem „Klimawandel und Gesundheit“ sowie „Gesundheit und Prävention in Städten“ zu betonen sind. Letzteres wird mit „Bewegung und gesundes Altern“ ja auch ein Kernthema des World Health Summit Publikumstages am 22. Oktober 2014 sein, zu dem alle Berliner eingeladen sind.

Jonitz: An der „Humanisierung des Gesundheitswesens“ muss mit Nachdruck gearbeitet werden. Patienten sind nicht Träger klinischer Diagnosen, sondern kranke Menschen mit einem zum Teil bei gleichen Krankheiten völlig unterschiedlichen Verhaltens- und Erwartungsmuster. Eine im besten Sinne ‚personale Medizin‘ (nach Gerhard Danzer) und eine verstärkte Bindung im Bereich psychosomatischer Erkrankungen wird notwendig sein. Entscheidend ist es, die im Gesundheitssystem arbeitenden Menschen stärker zu machen und nicht nur auf immer neue Produkte und Apparate zu setzen. Gleichzeitig müssen die Arbeitsbedingungen wieder humaner werden. Stichwort Entschleunigung.

BÄ: Welchen besonderen Herausforderungen in der medizinischen Versorgung sieht sich die wachsende Zahl der Megacities gegenüber?

Ganten: Im April fand das Regional Meeting des World Health Summit in São Paulo statt, nachdem es 2013 in der sehr modernen Metropole Singapur war und wir im April 2015 in Kyoto sein werden. Alle diese Städte sind grundverschieden bezüglich Lebensbedingungen, Stadtplanung, Umweltbelastung und medizinischer Versorgung. Daraus kann und muss man viel lernen. Megacities wie São Paulo, Shanghai und Mumbai sind aber natürlich keine Zukunftsmodelle, denn unterschiedlichste Zivilisationskrankheiten resultieren auch aus diesen Entwicklungen zu riesigen Städten. Verglichen damit ist Berlin ein glückliches, lebenswertes Dorf.

Jonitz: Die gesundheitlichen Herausforderungen für Megacities sind ein internationales Problem. Dort kulminieren im erheblichen Maße soziale Probleme, die sich dann zu gesundheitlichen auswirken. Die Bandbreite ist groß. Sie reicht von der Vereinzelung alter wie auch junger Menschen mit dem Wegfall familiärer

Unterstützungen bis hin zu besonderen Erkrankungen einzelner Gruppierungen wie HIV und Tuberkulose. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, ist eine konzertierte Aktion notwendig. Die politische Führung der Megcities wird sich künftig der Herausforderung stellen, weniger durch staatliche Regulierungen als durch politische Führung diese konzertierte Aktion zu führen.

BÄ: Können die Probleme in diesen Riesenstädten noch mit bisherigen Konzepten bewältigt werden? Welche neuen Wege können beschritten werden? Gibt es bereits herausragende positive Beispiele? Was kann Berlin von solchen Städten lernen?

Ganten: In naher Zukunft werden 75 Prozent der Weltbevölkerung in Städten leben. Auf Dauer muss ein Umdenken in diesen Entwicklungen einsetzen. Stadtplanungen der Zukunft darf man nicht den Architekten und Investoren alleine überlassen. Mediziner, Soziologen, alle Kräfte der Gesellschaft müssen an den Entwicklungen beteiligt sein. Unsere Zukunftsfrage ist der intelligente Umgang mit Komplexität – und Gesundheit gehört dazu, ist vielleicht sogar das wichtigste und komplexeste Thema der Zukunft überhaupt. Darum versammeln wir jeden Oktober die besten Köpfe der Welt aus Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und Zivilgesellschaft beim World Health Summit in Berlin. Wir wollen gemeinsam an einer gesunden Zukunft für alle arbeiten.

BÄ: In den 90-er Jahren gab es ein bundesweites „Gesunde Städte Netzwerk“, dem Berlin auch beigetreten ist, was ist daraus geworden und gibt es internationale Parallelen?

Ganten: Eine gute und wichtige Initiative, die von vielen großen und kleinen Städten unterstützt wird. Berlin ist natürlich auch dabei. Am letzten Tag des World Health Summit, am 22. Oktober, laden wir die Berliner Bevölkerung auch direkt ein, zum Thema Gesunde Städte, Bewegung und Olympische Bewegung im Auswärtigen Amt mit uns und der Ärzteschaft zu diskutieren.

Das Gespräch führten Reiner Felsberg und Sascha Rudat.

www.worldhealthsummit.org

Neues zur ärztlichen Leichenschau

Nachfolgend informiert die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales über eine Gesetzesänderung betreffend die ärztliche Leichenschau. Die geänderte „Durchführungsverordnung zum Bestattungsgesetz“ ist am 01.10.2014 in Kraft getreten. Informationen hierzu können Sie ferner dem Merkblatt der Ärztekammer Berlin „Die ärztliche Leichenschau“ entnehmen, das unter www.aerztekammer-berlin.de (dort: „Ärzte“ -> „Recht“ -> „Berufsrechtliches“) veröffentlicht und abrufbar ist.

Neuer Leichenschauschein (LSS) in Berlin und Änderungen der Durchführungsverordnung zum Bestattungsgesetz

In Berlin wird ab Oktober 2014 ein neuer Leichenschauschein verwendet. Bei dem neuen Vordruck handelt es sich um einen Durchschreibeformularsatz, bei dem für die statistische Auswertung durch das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg ein Teil der Daten anonymisiert ist. Sowohl in der Gestaltung als auch inhaltlich erfolgt eine Anpassung an den Brandenburger Totenschein. Die Verwendung (bzw. Weiterleitung) der einzelnen Durchschläge des LSS hat sich zum Teil geändert. Es sind daher dringend die Hinweise, die jedem LSS beigelegt sind, zu beachten.

Verteilung des neuen Scheins

Um die Einführung des neuen LSS zu erleichtern, lässt die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin eine Jahresauflage drucken und stellt sie den Einrichtungen sowie den Ärztinnen und Ärzten, die regelmäßig Leichenschauen durchführen, einmalig kostenfrei zur Verfügung. Die Verteilung erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung Berlin bzw. direkt an die Kliniken, Pflegeheime etc. Sobald die neuen Formulare des Leichenschauscheins zur Verfügung stehen, sollen die alten Formulare nicht mehr benutzt und alle Restbestände vernichtet werden.

Weitere Änderungen im Berliner Bestattungsrecht ab dem 01.10.2014

- In der Verordnung werden erstmals die Mindestanforderungen festgelegt, die

an eine äußere Leichenschau zu stellen sind (s. u.). Ein Zuwiderhandeln kann als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld geahndet werden.

- Ärztinnen und Ärzte, die eine Leichenschau durchgeführt haben, behalten zukünftig eine Ausfertigung des Leichenschauscheins. Erfolgt die Archivierung dieser Ausfertigungen nicht an zentraler Stelle (z. B. im Krankenhaus oder beim Aufgabenträger des Notarztdienstes), haben die Ärztinnen und Ärzte für eine ordnungsgemäße Archivierung unter Anwendung der berufsrechtlichen Vorschriften für ärztliche Aufzeichnungen zu sorgen. Hiernach beträgt die Aufbewahrungszeit 10 Jahre. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, gegenüber Behörden, Privatpersonen und privaten Einrichtungen (etwa Versicherungsunternehmen) Auskünfte über die in dem LSS gemachten Angaben zu erteilen.
- Mit der Verordnung wird neben dem Leichenschauschein ein Formular „Vorläufige Todesbescheinigung“ eingeführt. Nach dem Berliner Bestattungsgesetz können in der Notfallrettung tätige Ärztinnen und Ärzte sich auf die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes und der äußeren Umstände beschränken, wenn sie durch die Durchführung der Leichenschau an der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der Notfallrettung gehindert werden. Sie haben in diesem Fall unverzüglich eine vorläufige Todesbescheinigung auszustellen und sicherzustellen, dass ein anderer Arzt die vollständige Leichenschau durchführt.

Beispiele weiterer Regelungsinhalte:

- Im Sinne bürgerfreundlicher Abläufe wurde geregelt, dass die Vorlage des nicht vertraulichen Teils des LSS in Zukunft nur noch im Standesamt erforderlich ist.
- Bestimmte Aufgaben der Gesundheitsämter werden nun einem Zentralarchiv für LSS – angesiedelt beim Gesundheitsamt Neukölln – zugewiesen.

Weitere Informationen

Informationen zum neuen Leichenschauschein sowie zum Wortlaut der „Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes und der Gesundheitsdienst-Zuständigkeitsverordnung“ finden Sie auch auf der Internetseite der Senatsverwaltung für Gesundheit www.berlin.de/sen/gesundheitsvorsorge/bestattungen.

Hinweise zur Durchführung der Leichenschau und zum Ausfüllen des Leichenschauscheins

Nach § 3 Berliner Bestattungsgesetz (BestG) ist jede niedergelassene Ärztin / jeder niedergelassene Arzt verpflichtet, eine Leichenschau auf Verlangen vorzunehmen, sofern sie / er nicht aus wichtigem Grund daran gehindert ist. Bei Sterbefällen in Krankenhäusern trifft diese Verpflichtung die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Die Feststellung des Todes und die Durchführung der Leichenschau stellen die letzten ärztlichen Maßnahmen an der verstorbenen Person dar. Hierbei gelten dieselben Sorgfaltspflichten wie bei der ärztlichen Untersuchung von lebenden Personen. Ärztinnen und Ärzte, die eine Leichenschau durchführen, tragen eine hohe Verantwortung: Nur durch ihre sorgfältige Durchführung der Leichenschau und Dokumentation der Ergebnisse auf dem LSS werden die richtigen Weichen dafür gestellt, ob die Leiche zur Bestattung freigegeben wird oder ob weitere Ermittlungen im Hinblick auf einen nicht natürlichen Tod erforderlich sind.

Durchführung der Leichenschau

Mit dem neuen LSS in Berlin sowie den Regelungen der neuen Verordnung sollen Beiträge zur Verbesserung der Qualität der Leichenschau und der Todesursachenstatistik geleistet werden.

Insbesondere werden in der neuen Verordnung die Mindestanforderungen festgelegt, die an eine äußere Leichenschau zu stellen sind. So ist die Leichenschau bei ausreichender Beleuchtung und an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen, insbesondere des Rückens und der behaarten Kopfhaut, und aller Körperöffnungen, sorgfältig durchzuführen. Nur so hat die Ärztin oder der Arzt die Möglichkeit, die Todesursache gewissenhaft festzustellen und Merkmale und Zeichen zu erkennen, die auf einen nicht natürlichen Tod oder eine ungewisse Todesart hindeuten. Die Untersuchung sollte in einem geschlossenen Raum oder einem abgeschirmten Bereich erfolgen. Sofern sich bei der Leichenschau Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die/der Verstorbene eines nicht natürlichen Todes gestorben oder ihre/seine Todesart ungewiss ist, hat die Ärztin / der Arzt die Leichenschau zu beenden und unverzüglich die Polizeibehörde zu benachrichtigen (§ 6 Abs. 2 BestG). Die Ärztin oder der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass bis zum Eintreffen der Polizeibeamten keine Veränderungen an der Leiche und deren Umgebung vorgenommen werden und dass die Polizeibehörde alle Durchschläge des LSS (bis auf Blatt 4, das für die Ärztin oder den Arzt bestimmt ist) erhält.

Die genannten Durchführungsmodalitäten erscheinen selbstverständlich, werden jedoch in der Praxis nicht immer konsequent befolgt (vgl. etwa Vennemann B, Du Chesne A, Brinkmann B: Die Praxis der ärztlichen Leichenschau. DMW 2001; 126: 712 - 716).

Feststellung der Todesart

Bei Durchführung der Leichenschau ist insbesondere die Festlegung der Todesart mit größter Sorgfalt vorzunehmen. Die Ärztin oder der Arzt darf sich unter keinen Umständen von anderen Personen zu der

Klassifikation einer Todesart drängen lassen, die nicht ihrem/seinem Untersuchungsergebnis entspricht. Um eine falsche Zuordnung der Todesart zu vermeiden, werden auf dem neuen LSS die Definitionen der verschiedenen Todesarten erläutert. Beispiele für die einzelnen Todesarten finden sich auch auf dem Informationsblatt, das dem LSS beigelegt ist.

Ein **natürlicher Tod** kann nur attestiert werden, wenn konkrete Befunde für eine lebensbedrohliche Krankheit bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (wie z. B. Unfall, äußere Einwirkung, Suizid) plausibel erklären und wenn ein Fremdverschulden ausgeschlossen werden kann. Der Tod muss aufgrund des Krankheitsverlaufs zu diesem Zeitpunkt zu erwarten gewesen sein. Dabei ist nach Möglichkeit die Krankengeschichte zu recherchieren, z. B. durch Rückfrage bei der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt. Bei Feststellung einer natürlichen Todesart ist der Krankheitsablauf in einer Kausalkette anzugeben (z. B. Tod durch Hirnblutung bedingt durch Hirnmetastasen bei Grundleiden Mamma-Karzinom). Die Feststellung einer natürlichen Todesart erfordert die Überzeugung des leichenschauenden Arztes, dass die vorgenannten Voraussetzungen gegeben sind.

Nicht natürlich ist demgegenüber ein Todesfall, der auf ein anderes, von außen einwirkendes Ereignis zurückzuführen ist, unabhängig davon, ob dieses selbst- oder fremdverschuldet ist. Es handelt sich um einen Sammelbegriff für Selbsttötungen, Unfalltodesfälle, Tötungen durch fremde Hand, Todesfälle infolge ärztlicher Eingriffe und tödlich verlaufende Folgezustände der vorgenannten Einwirkungen. Für die Klassifikation eines **nicht natürlichen Todes** reicht bereits der Verdacht, dass einer der vorgenannten Fälle vorliegt. Bei Feststellung einer nicht natürlichen Todesart ist das Ereignis, das nach Auffassung der Ärztin/des Arztes zum Tode geführt hat, zu beschreiben (z. B. „Sturz mit Oberschenkelhalsfraktur – stationäre Behandlung – Tod durch Pneumonie nach 10 Tagen“).

Wenn sich trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Erkrankung finden lassen (oder sich etwa aufgrund fortgeschrittener Fäulniszeichen nicht erheben lassen), jedoch auch keine Hinweise auf einen nicht natürlichen Tod vorliegen, ist die **Todesart ungewiss** (z. B. plötzliche Todesfälle im Erwachsenen- und Kindesalter ohne Krankheitsvorgeschichte). Diese Todesart liegt auch bei Todesfällen im Krankenhaus vor, wenn Wechselwirkungen mit medizinischen Behandlungen nicht auszuschließen sind.

Weiterführende Informationen:

- Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes und der Gesundheitsdienst-Zuständigkeitsverordnung“ vom 01.10.2014 (GVBl. S. 294)
- Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin: „Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau“ (Stand: Dezember 2012), abrufbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002l_S1_Leichenschau_2013-01.pdf
- Statistisches Bundesamt und Deutsches Institut für medizinische Information und Dokumentation: „Todesursachen in der Todesbescheinigung - Eine kurze Anleitung“, abrufbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/mortalitaet/totenscheinanleitung.pdf>

Lesen Sie auch auf S. 13 den Hinweis auf die Fortbildungsveranstaltung zur Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau.

Zu den Grenzen eines effektiven Kinderschutzes in Deutschland

Kommentar zur aktuellen Diskussion um Kindesmisshandlung, zur Begrifflichkeit des „Kinderärzte-Hoppings“ und zu den Grenzen eines effektiven Kinderschutzes in Deutschland

Von Michael Tsokos

Die im Juni 2014 vom Bundeskriminalamt veröffentlichten Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik sind alarmierend. Im Jahr 2013 wurden in Deutschland 153 Kinder tödlich misshandelt; davon waren 113 Kinder unter 6 Jahre alt [1]. Das bedeutet nicht weniger, als dass jede Woche in Deutschland drei Kinder an den Folgen tödlicher Misshandlungen versterben. Verantwortlich sind fast immer die Personen, die den betroffenen Kindern am nächsten stehen und die sie eigentlich beschützen sollen. Denn: Kindesmisshandlung ist ein Delikt, das sich so gut wie ausschließlich im direkten familiären Umfeld (kriminologischer Begriff: „Nahfeld“) ereignet; die Täter sind typischerweise die Eltern, der neue Lebensgefährte eines Elternteils oder die Pflegeeltern [2,3]. Die genaue Anzahl der Fälle tödlicher und überlebter Kindesmisshandlungen ist aufgrund einer fehlenden validen Dunkelfeldforschung für Deutschland weitgehend unbekannt.

Laut Statistischem Bundesamt können mehr als ein Drittel aller tödlichen Verletzungen bei Säuglingen, die sich im Zeitraum von 2001 bis 2010 ereigneten, auf Gewalthandlungen zurückgeführt werden [4]. Die 2012 vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Trendanalyse für den Zeitraum 2001 bis 2010 verdeutlicht, dass die Rate der tödlichen Verletzungen durch Gewalthandlungen gegen Säuglinge, im Gegensatz zur tendenziell abnehmenden Unfallmortalität, in diesem Zeitraum auf konstant hohem Niveau verblieb [4]. Hier muss man sich fragen, wieso wir es in Deutschland zwar schaffen, seit vielen Jahren alle möglichen

Unfallgefahren zu minimieren und damit die Zahl verletzter oder getöteter Kinder in Haushalt, öffentlichen Badeanstalten und Straßenverkehr zu reduzieren, die Zahl der zu Tode misshandelten Kinder und der überlebten Fälle von Kindesmisshandlung sich aber seit Jahren auf einem konstant hohen Niveau befindet. Was die überlebten Fälle von Kindesmisshandlung angeht, muss laut Polizeilicher Kriminalstatistik nach einem erstmaligen Rückgang im Jahr 2012 ($n = 3.998$) für 2013 mit 4.051 Fällen sogar wieder ein Anstieg der Fallzahlen verzeichnet werden!

Was läuft so grundlegend falsch im Kinderschutz in Deutschland?

In dem gemeinsam mit Frau Dr. Saskia Etzold verfassten Buch „Deutschland misshandelt seine Kinder“ haben wir uns unter anderem gegen eine gesetzliche Meldepflicht (Anzeigepflicht), wohl aber für eine gesetzlich verankerte ärztliche Reaktionspflicht ausgesprochen [6], also nicht etwa zwingend die Einschaltung der Polizei in Verdachtsfällen gefordert, sondern die ärztliche Pflicht, Kinder mit misshandlungsverdächtigen Verletzungen in die nächste Kinderklinik mit assoziierter Kinderschutzgruppe zu überweisen und/oder die Einschaltung des zuständigen Jugendamtes. Eine solche ärztliche Reaktionspflicht ist bisher nicht im Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG vom 01.01.2012) verankert; es handelt sich bei der im BKISchG in § 4 genannten Regelung lediglich um eine „kann“-Bestimmung und nicht um eine per Gesetz verpflichtende Maßnahme („..., so sind sie [Ärztinnen

oder Ärzte, die ein Tätigwerden des Jugendamtes zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung für erforderlich halten] befugt, das Jugendamt zu informieren“). Bedauerlich ist, dass auf diese von Fachleuten (Kinderärzten gemeinsam mit Rechtsmedizinern!) im Vorfeld der Gesetzeseinführung eingeforderte Reaktionspflicht, ebenso wie auch auf die Vereinheitlichung und verbindliche Festlegung von Fachstandards im Kinderschutz – auf politischen Druck von Einrichtungs- und Kostenträgern hin – im später verabschiedeten Gesetz bewusst verzichtet wurde.

Es war zu keinem Zeitpunkt beabsichtigt, mit Aussagen in unserem Buch „ehrschneidend“ gegenüber der Berufsgruppe der Kinderärzte oder einzelner ärztlicher Kollegen zu agieren. Wenn wir Einzelnen mit unseren Aussagen zu Nahe getreten sind, bedauern wir das. Aber: Es ist falsch, wenn man seine Augen vor unliebsamen Wahrheiten verschließt. Zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Thema Kindesmisshandlung gehört auch die kritische Selbstreflexion der Funktion der eigenen Person im System und das ständige Überprüfen von Effektivität und Effizienz des diesbezüglichen Handelns. Ist es tatsächlich zum Wohl des Kindes? Oder ist mein Tun eher um seiner selbst Willen? Um überhaupt etwas zu tun? Und dient es nicht vielleicht doch eher (oder vielmehr nur) dem Wohl der Eltern und damit dem System eines nicht Kind-zentrierten sondern auf Unterstützung der Eltern ausgerichteten Systems? Unterstütze ich vielleicht ein System, das – auch unter den Vorzeichen des Kostendrucks und zunehmender Delegation staatlicher Aufgaben an private Träger – in die Jahre gekommen und nicht mehr zeitgemäß ist?

Bei einigen deutlich überzeichneten öffentlichen Reaktionen auf unser Buch hin fragt man sich in der Tat, ob diese Reaktionen nicht eher Ausdruck und Eingeständnis eigener Unzulänglichkeiten sind und mit dieser Erkenntnis zugleich ein Verhaltensmuster an den Tag tritt, das schon in der Antike bekannt war, nämlich den Überbringer schlechter Nachricht stellvertretend für deren Ursache zur Verantwortung zu ziehen.

Uns wurde vorgeworfen, den Begriff des „Kinderärzte-Hoppings“ nicht in seinem eigentlichen Kontext zu verwenden bzw. modifiziert zu haben. Dem ist mitnichten so. Gemeint ist hier nicht etwa das „Ärzte-Hopping“ oder „Doktor-Hopping“, ein von den Krankenkassen geprägter Begriff, der den Umstand beschreibt, dass bestimmte Patienten bei mehreren unterschiedlichen Ärzten vorstellig werden und sich so eine zweite, dritte oder vierte Meinung/Diagnose einholen oder auch Alternativtherapien parallel beginnen, ohne dass die involvierten Ärzte voneinander wissen. Das „Kinderärzte-Hopping“ ist ein in der Rechtsmedizin und insbesondere Kriminalistik gebräuchlicher Begriff (siehe <http://www.riskid.de>) für das, was täglich in Deutschland passiert, nämlich, dass Kinderärzte, die Misshandlungen gegenüber den Eltern offen ansprechen, in der Konsequenz von eben diesen Misshandlern nicht mehr aufgesucht werden und diese dann den Kinderarzt wechseln.

Wenn es um das „Kinderärzte-Hopping“ geht, haben wir es mit einer ganz anderen Intention und damit auch Qualität des Handelns der dafür Verantwortlichen zu tun. Die rechtsmedizinische Erfahrung zeigt, dass sehr viele Kinder, die von körperlichen Misshandlungen betroffen sind, eine langjährige „Arzt-Patienten-Karriere“ durchmachen bzw. hinter sich haben. Aus meiner Sicht ist allein schon der Umstand, dass diejenigen, die Kinder misshandeln und denen die Strafbarkeit dieser Handlung sehr wohl bewusst ist, in Deutschland die Möglichkeit haben, die betroffenen Kinder einer genaueren Exploration und nachfolgenden Intervention entziehen zu können, ein Skandal. Es bedarf dringend einer Änderung des Heilberufsgesetzes dahingehend, dass Ärzte sich interkollegial über misshandlungsverdächtige Befunde austauschen dürfen, ohne hierdurch ihre Schweigepflicht zu verletzen. Nur so kann dem Wohl der kleinen Patienten gedient werden und Misshandlung als Form einer „chronischen Krankheit“ entgegengewirkt werden. Insofern ist die derzeit laufende Initiative einiger Parteien im nordrhein-westfälischen Landtag hinsichtlich einer diesbezüglichen Änderung des dortigen Heilberufsgesetzes als sehr positiv zu werten und es wäre wünschenswert, wenn andere Länderregierungen diesem Beispiel nachfolgen würden, wobei das Ziel eine entsprechende Bundesgesetzgebung sein muss.

Das BKiSchG war ein erster und wichtiger, wenn auch in vielen Punkten nicht wirklich konsequenter Schritt in die richtige Richtung. Wenn aber zum jetzigen Zeitpunkt einige Verantwortliche linientreu ins Horn stoßen und eine deutlich verbesserte Zusammenarbeit von Gesundheitshilfe, Jugendhilfe und Suchthilfe in den zurückliegenden Jahren mit ihren vermeintlich so positiven Auswirkungen auf den Schutz unserer Kinder lobend herauskehren, dann frage ich mich vor dem Hintergrund der oben referierten aktuellen Zahlen tödlicher Misshandlungen ernsthaft, woraus eine solche Effektivität angeblich positiver Entwicklungen im Kinderschutz denn abzuleiten ist – aus der aktuellen Polizeilichen Kriminalstatistik und den Zahlen des Statistischen Bundesamtes jedenfalls nicht. Durch Beschönigen und Realitätsverkennung werden wir keine Kinderleben retten!

Wir müssen uns der Herausforderung stellen, Gewalt in unserer Gesellschaft nicht nur zu ächten, sondern auch tatsächlich einzudämmen – und das Phänomen Kindesmisshandlung ist leider nur eine Erscheinungsform dessen, was den Schwachen und Schwächsten unserer Gesellschaft tagtäglich widerfährt. Aber genau das ist für mich auch eine aus dem von uns geleisteten hippokratischen Eid erwachsende Verpflichtung.

Die Gewaltschutzambulanz der Charité, räumlich angegliedert an das Institut für Rechtsmedizin, hat zum 15. Februar 2014 ihre Arbeit aufgenommen und ist nicht nur die erste, sondern zur Zeit auch die einzige Anlaufstelle in Berlin, die Gewaltopfern aller Altersstufen und beider Geschlechter eine rechtsmedizinische und damit gerichtsfeste Dokumentation ihrer Verletzungen und eine Rekonstruktion der erfolgten Gewalteinwirkung bietet – ohne die Notwendigkeit einer sofortigen Einschaltung der Polizei, wohl aber eingebettet in ein breit gefächertes und von der

Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen (B.I.G.) vorgehaltenes Beratungs- und Hilfsangebot. Die aktuelle Diskussion um Kindesmisshandlung zeigt die Notwendigkeit solcher niederschwelliger Hilfsangebote deutlich auf. Unser Angebot wird, wie die Bilanz des ersten Halbjahres zeigt, nicht nur von Privatpersonen, sondern auch von Jugendämtern, Familiengerichten und dem Kinder- und Jugendnotdienst, dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und von niedergelassenen Kinderärzten mit steigender Häufigkeit angenommen – was durch 78 entsprechende Untersuchungen in der Ambulanz innerhalb der ersten fünf Monate ihres Bestehens nachhaltig belegt wird. Durch die enge Anbindung und Kooperation mit den Berliner Netzwerken gegen Gewalt werden nicht nur die Verletzungen von Gewaltopfern rechtsmedizinisch und damit gerichtsfest dokumentiert, sondern den Betroffenen und ihren Familien auch konkrete Hilfsangebote an die Seite gestellt. Die Phänomene *Häusliche Gewalt* und *Kindesmisshandlung* lassen sich in diesem Umfeld für Berlin prospektiv erforschen mit dem Ziel, präventive Ansatzpunkte abzuleiten und bestehende Hilfsangebote und institutionelle Maßnahmen hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz kritisch zu evaluieren.

Wer Gewalt, nicht nur gegen Kinder, ernsthaft verhindern will, muss sich mit diesem Thema aktiv auseinandersetzen. Und dazu gehören die öffentliche Diskussion des Themas und die damit zwangsläufig verbundene kritische Auseinandersetzung auch mit unliebsamen Wahrheiten, die für einige Kollegen leider so gar nicht in das ärztliche Selbstverständnis passen.

Auch wenn ein absoluter, hundertprozentiger Schutz vor Misshandlung in unserer Gesellschaft nicht möglich sein wird, dürfen wir nicht aufhören, die interdisziplinäre Bearbeitung des Themas Kinderschutz weiter voranzutreiben; und dazu gehört auch das Ertragen konstruktiver Kritik und die Bereitschaft, aus eigenen Fehlern zu lernen.

Prof. Dr. Michael Tsokos,
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Charité und des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin

Aufregende Pränatalphase des Virchow-Bundes – und Geburtshelfer Harald Mau geht

Der Ort – Virchows Hörsaal im Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité – hätte passender nicht sein können; die Zeit für diese Jubiläumsfeier war ohnehin klar: Vor 25 Jahren wurde, anfangs noch konspirativ, der „Rudolf-Virchow-Bund“ als „Verband der Ärzte und Zahnärzte der DDR“ gegründet. Und nun, nach einem Vierteljahrhundert, beendet der Hauptinitiator Harald Mau seine Arbeit für diesen ersten und einzigen DDR-Ärzteverband. Nach dem Ende der DDR fusionierte er mit dem NAV, dem „Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschland“.

Prof. Dr. Harald Mau

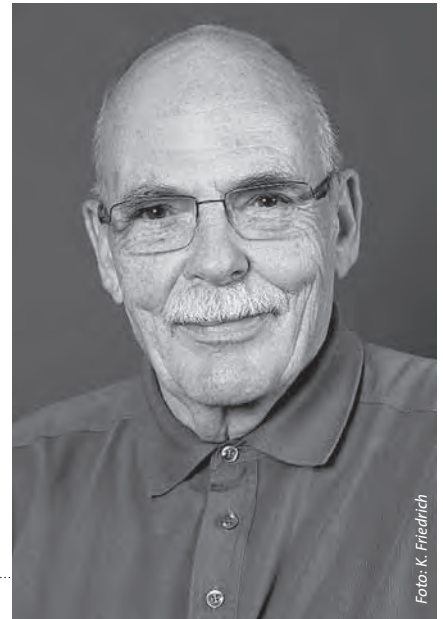


Foto: K. Friedrich

Der Doppelverband rief und alle, alle kamen: Verbandspräsidenten, berufliche Wegbegleiter, Verwandte und Freunde des nun ehrend zu verabschiedenden „Virchow-Bund-Vaters“ Mau, des Kinderchirurgiechefs und Nach-Wende-Dekans der Charité (deren Vorstandsvorsitzender Max Einhüpl sie persönlich vertrat), des weiter sehr aktiven Vorstandsmitglieds der Ärztekammer Berlin (deren Präsident Günther Jonitz selbst kam, wie auch sein Vorgänger Ellis Huber).

Diverse freundliche Grußworte litten unter der schwierigen Akustik der „Ruine“. Lothar de Maizière, Ministerpräsident a.D. der kurzlebigen reformierten DDR von

1990, erinnerte an die „unglaublich aufregende Zeit, als das ganze Land in Aufruhr war und dann das Unerhörte geschah: Die Mauer fiel!“ Er erinnerte auch an die Weihnachtsfeiertage 1989, als Mau und er über dem Satzungsentwurf für den Virchow-Bund brüteten, um ihn in eine rechtlich unanfechtbare Form zu bringen. Es gelang: Der Virchow-Bund wurde schon am 9. Februar 1990 als Verein eingetragen.

Kernstück der Feierstunde waren die Laudatio auf Harald Mau und dessen Schlussworte. „Warum haben sich Ärzte in der DDR noch vor der Maueröffnung insgeheim versammelt und die Gründung eines freien Ärztezusammenschlusses vorbereitet?“, fragte der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes Dirk Heinrich als Laudator.

„Es waren ärztliche Wertvorstellungen“, sagte er. Sorge um die Patienten, Einengung und „die Verzweiflung über die staatliche Bevormundung“. Vom Sommer 1989 an wurden viele Ärzte aktiv, weil sie wussten, „dass ärztliches Handeln nur wirken kann, wenn es frei ist von Einflüssen Dritter“.

Konspiration in der Charité

An der Spitze der Bewegung stand Harald Mau, und die Keimzelle des Rudolf-Virchow-Bundes war das Arbeitszimmer des Charité-Kinderchirurgie-Chefs (der sich

später als Dekan zäh und erfolgreich für den Fortbestand der von der Abwicklung bedrohten Charité einsetzte). Dort drängten sich jede Woche mehr Kollegen zusammen, immer montags um 16 Uhr, wenn die SED-Versammlung stattfand, so dass die „Parteikader“ beschäftigt waren.

Offiziell tagte die Mau-Gruppe als „Arbeitsgemeinschaft pränatale Diagnostik“. Pränatal war aber der freie Ärzteverband, dessen gesunde Geburt hier vorbereitet wurde. Was den Erfolg dieser Vorbereitungen ausmachte, war laut Heinrich das Faktum, dass der Aufbruch damals mit der Wiederbelebung der traditionellen „ärztlichen Werte und Grundsätze Patientenwohl und Freiberuflichkeit“ verbunden wurde. „Dafür steht bis heute ein Name: Harald Mau.“ Zu dessen Grundsätzen gehörte auch, gut funktionierende Versorgungsformen der DDR zu erhalten: die ursprünglich von Hufeland entwickelten Polikliniken. Kein Zufall also, sondern ein Glücksfall, dass der Verband der DDR-Ärzte, als es keine DDR mehr gab, mit dem NAV fusionierte, gleichberechtigt und auf Augenhöhe.

Schon früh initiierte und förderte der NAV ärztliche Kooperationen. Er setzte zum Beispiel die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis höchstrichterlich



DDR-Ärzte im Aufbruch – Die Gründung des Virchow-Bunds

durch, machte sich für die Erhaltung der Polikliniken stark und hielt das Thema so lange auf der Agenda, bis 2004 die „Medizinischen Versorgungszentren“ im Sozialgesetzbuch verankert wurden.

Im NAV-Virchow-Bund übernahm Mau mehrere wichtige Funktionen: bis vor kurzem die des Vorsitzenden der Landesgruppe Berlin-Brandenburg, von 1994 bis 2006 die des Vorstandsmitglieds, danach die des Vorsitzenden der Brendan-Schmittmann-Stiftung des Verbandes. Als Beispiel für Willensstärke und Durchsetzungskraft des späteren Charité-Dekans in den schwierigen fünf Jahren nach der Wende erzählte der Laudator eine Mau-Anekdote: Der junge Medizinstudent kam mal ein bisschen zu spät in eine propädeutische Vorlesung. Der HU-Hörsaal war voll, bis auf ein paar Plätze in der ersten Reihe. Harald Mau stieg die Stufen hinab, und deren Metallkanten klapperten dabei so, „dass sich der Professor in seinem Vortrag gestört fühlte. Der Professor hielt inne, erwartete eine Erklärung vom Studenten Mau und fragte ihn schließlich: ‚Was wollen Sie eigentlich einmal werden?‘ Mau antwortete: ‚Direktor der Charité‘. Der Professor schmiss ihn sofort lautstark aus seiner Vorlesung.“ Und beim Abgang kostete Mau das Klappern jeder einzelnen Stufe aus. Dabei wollte er den Professor gar nicht provozieren, wie er jetzt gegenüber BERLINER ÄRZTE betonte, sondern nur dessen Frage wahrheitsgemäß beantworten. Er strebte eben die akademische Laufbahn an, möglichst bis zum Gipfel.

„Der Sozialismus siecht“

Wie hörens Wert, weil unkonventionell selbst eine Dankesrede sein kann, zeigten Maus Schlussworte. Ein paar Zitate: „25 Jahre NAV-Virchow-Bund, die zweite Hälfte meiner beruflichen Lebenszeit. In der ersten Hälfte, in den 25 Jahren, die ich im sozialistischen Gesundheitswesen gelebt habe, liegt die Erklärung dafür, dass wir den Rudolf-Virchow-Bund gründeten. Entgegen einem häufig verbreiteten Klischee habe ich dieses Leben als Arzt ja nicht als tägliche Knechtung und Demütigung erlitten, sondern versucht

meine Vorstellungen vom Arztberuf zu realisieren“ – trotz der zu ertragenden materiellen Schwierigkeiten, aber harternd mit der Unfreiheit des Systems.

„Vielleicht waren es die zu häufigen Verbeugungen, das Andienen an die Mächtigen des Systems, dieses Mittragen von Entscheidungen zum Nachteil des Gesundheitswesens und der Patienten, die den Willen zur Veränderung wach werden ließen“, sagte Mau.

Erklärtes Ziel des Virchow-Bundes war es, die Lage der Patienten und Ärzte in der DDR zu verbessern. Immer weniger auch der lange Zeit staatstragenden DDR-Bürger glaubten der Losung „Der Sozialismus siegt“, immer mehr merkten: „Der Sozialismus siecht.“ Die Virchow-Bund-Ärzte wollten die Veränderung des siechenden Systems. Mau:

„Sie waren progressiv im Sinne des Gewinns demokratischer Freiheiten, aber konservativ im Hinblick auf die Arzt-Patient-Beziehung“.

Mau sprach auch von seiner Freude über die Fusion des Virchow-Bundes mit dem NAV: „Kein Beitritt, kein Anschluss, kein Aufgehen in ..., sondern eine Fusion zwischen gleichberechtigten Partnern.“ Was ihn auch bewegt: Die Ostdeutschen lernten wieder zu sagen, was sie denken – einen „Glücksfall der Geschichte“ nannte er das. Und die Ärzte mussten lernen, sich nicht mehr dirigieren zu lassen, sondern „die Gestaltenden, die Verantwortlichen für das System“ zu sein. Zur Verantwortlichkeit aber gehört der Widerspruch.

Rosemarie Stein

ANZEIGE

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin (ÄKB) 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
■ 17.10.-18.10.2014	Kurs zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragter sowie Transfusionsverantwortlicher (16. Std. Kurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030 / 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Tel: 030 / 80681-126 Teilnehmergebühr: 150 €	8 P pro Tag
■ 12.11.2014 Weitere Termine für 2015 in Vorbereitung	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: kostenlos	keine
■ E-Learning: 01.11. - 21.11.2014 21.11.-22.11.2014 16.01.-17.01.2015 27.02.-28.02.2015	Patientensicherheit und Arzthaftung Was Ärztinnen und Ärzte wissen und können sollten, um Fehler zu vermeiden und auf mögliche Behandlungsfehler adäquat zu reagieren (weitere Informationen s. S. 7)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1402 E-Mail: e.hoehne@aekb.de Teilnehmergebühr: 680 €	38 P
■ 27.11.2014	Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de Fax: 030 / 40806-551403	3 P
■ 27.11.2014	Spezialkurs im Strahlenschutz interventionelle Radiologie	Deutsches Herzzentrum Berlin Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
■ 28.11.2014	Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstraße 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
■ 28.11.-29.11.2014	3. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (weitere Informationen s. S. 6)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel. 030 / 40806-1205 Dr. med. H. Schaefer, Andrea Hofmann E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de TN-Gebühr: 45 € / Kammermitgl. 65 € / Nichtkammermitglieder	28.11.: 2 P 29.11.: 9 P
■ 12.01.-21.01.2015 (Kursteil C1) 21.01.-30.01.2015 (Kursteil C2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs C: 990 € Kursteile C1, C2: 495 €	60 P pro Kursteil
■ 23.02.-25.02.2015	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	21 P
■ 25.02.-27.02.2015	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 240 €	20 P
■ 02.03.- 07.03.2015 04.05.-09.05.2015 15.06.-20.06.2015	Qualitätsmanagement (200 Std.) nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S. 7)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1402 Inhalte: Tel.: 030 / 40806-1207 E-Mail: QM-Kurs2015@aekb.de	150 P

Weiterbildungskurs Pädiatrie der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

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

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Teilnahme am kinderärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst der KV

Termine 9 Stunden Theoriekurs: jeweils **mittwochs 19.00 – 21.15 Uhr**
05.11.2014, 26.11.2014 und 17.12.2014

Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Gesamtgebühr: 550,- EUR, 9 Fortbildungspunkte
Information und Anmeldung: Telefon: 030 / 40806-1203;
E-Mail: a.hellert@aekb.de

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Neue Arzneimittel 2013/2014 – eine kritische Bewertung / Aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit

Die Arzt-Apotheker-Kommission der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin freut sich, auch die diesjährige Herbst-Fortbildungsveranstaltung in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) auszurichten.

Die AkdÄ berät als wissenschaftlicher Fachausschuss die Bundesärztekammer in allen das Arzneimittelwesen betreffenden wissenschaftlichen Fragen. Sie informiert Ärzte über eine rationale Arzneimitteltherapie – unabhängig von den Interessen der pharmazeutischen Industrie – und klärt über Risiken der Therapie auf. In Zusammenarbeit mit den für die Arzneimittelsicherheit zuständigen Bundesoberbehörden ist sie beteiligt an der Erfassung, Dokumentation und Auswertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

Im Mittelpunkt der Herbst-Fortbildungsveranstaltung stehen zwei Vorträge: Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe nimmt eine kritische Bewertung neuer Arzneimittel der Jahre 2013/2014 vor. Dr. med. Thomas Stammschulte referiert über aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit. Beide Beiträge widmen sich den Themen unter besonderer Beachtung klinisch-praktischer Aspekte der Patientenversorgung. Im Anschluss an die Vorträge besteht hinreichend Möglichkeit zu einer moderierten Fachdiskussion mit den Experten.

Referenten: Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg, Mitglied der AkdÄ
Dr. med. Thomas Stammschulte, Facharzt für Innere Medizin, Berlin, AkdÄ
Moderator: Dr. Christian Heyde, Vorsitzender der Arzt-Apotheker-Kommission der Apothekerkammer Berlin

Termin: 26.11.2014, 20:00 – 21:45 Uhr

Ort: Kaiserin-Friedrich-Stiftung / Hörsaal; Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin
Verkehrsverbindungen: U6 Oranienburger Tor/Bus 123 Robert-Koch-Platz; Bus 147 Luisenstr./Charité; Bus 240 Robert-Koch-Platz

Anerkannt mit 2 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Veranstaltung in Kooperation zwischen der Koordinierungsstelle S.I.G.N.A.L. e.V. und der Ärztekammer Berlin

WHO-Leitlinien für die gesundheitliche Versorgung nach häuslicher und sexueller Gewalt – Auf dem Weg zu verbindlichen Standards in Berlin

Gewalt in Paarbeziehungen und sexuelle Gewalt zeigen sich weltweit in erschreckendem Ausmaß. Im Jahr 2013 hat die WHO erstmalig evidenzbasierte Leitlinien für den Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt in Gesundheitsversorgung und -politik veröffentlicht. Die Empfehlungen unterstreichen den Bedarf an verbindlichen Standards in der Gesundheitsversorgung sowie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe. In Berlin bestehen bereits vielfältige Aktivitäten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Gewalt betroffener Personen. Wie können die Empfehlungen der WHO in Berlin systematisch aufgegriffen und nutzbar gemacht werden? Wie kann eine gute Versorgung für Betroffene gewährleistet werden? Auf diese Fragestellungen geht die Veranstaltung ein, die neben Expertenbeiträgen auch hinreichend Platz für Erfahrungsaustausch und Diskussion bieten möchte.

Referenten / Moderation:

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin; Dr. med. Matthias Brockstedt, Ärztlicher Leiter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Berlin-Mitte; Angelika May, Dipl.-Sozialpäd., Frauenzimmer e.V. / Zufluchtwohnungen; Dirk Rothenpieler, Senatsdirigent, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales; Prof. Dr. med. Michael Tsokos, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Ärztlicher Leiter der Gewaltschutzambulanz / Charité; Karin Wieners, MPH, S.I.G.N.A.L. e.V.; Marion Winterholler, MPOlSc, S.I.G.N.A.L. e.V.; **Moderatorin:** Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, ehemals Berlin School of Public Health

Termin: Donnerstag, 09.10.2014, 18:00 bis 21:00 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin / Konferenzsaal; Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt. **Eine formlose persönliche Anmeldung ist erforderlich.** Bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktdaten: E-Mail-Adresse: wieners@signal-intervention.de oder Fax: 030 / 275 95 366

Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche beitragenden Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden? Gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit bietet die Ärztekammer Berlin dieses Seminar an. Dessen Ziel ist es, ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln. Die theoretischen Grundlagen werden in Kurzvorträgen dargestellt. Über Fallbeispiele wird das relevante Wissen konkretisiert und in praktischen Übungen zur Fallanalyse vertieft. Konzepte der Fehlerentstehung, Sicherheitskultur und Systemanalyse werden praxisnah diskutiert.

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

Termin: Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: zwischen 01.02.-19.02.2015

Präsenzseminare: 20.-21.02.2015 und 24.-25.04.2015

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

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt.

Anmeldung erforderlich: Ärztekammer Berlin, Tel. 030 / 40806-1206, Dörte Bünning, E-Mail: d.buenning@aekb.de

Teilnehmergebühr: 550,00 EUR, 37 Fortbildungspunkte

Evidenzbasierte Medizin: Eine Strömung in der Krise?*

Teil 2 von 3
Teil 1 in BÄ 8/2014

Trisha Greenhalgh und Kollegen argumentieren, dass die evidenzbasierte Medizin trotz ihrer vielen Vorteile auch einige unvorhergesehene Nachteile mit sich gebracht hat. Ihre vorläufige Agenda soll zur Renaissance der Strömung beitragen: Erneute Konzentration auf brauchbare Evidenz, die je nach Zusammenhang und mit dem ärztlichen Fachwissen zur optimalen Behandlung jedes einzelnen Patienten beitragen kann.

Trisha Greenhalgh Dean for Research Impact¹, **Jeremy Howick** Senior Research Fellow², **Neal Maskrey** Professor of Evidence Informed Decision Making³ für die Evidence Based Medicine Renaissance Group

Korrespondenzadresse: T. Greenhalgh (p.greenhalgh@qmul.ac.uk)

¹ Barts and the London School of Medicine and Dentistry, London E1 2AB, GB; ² Centre for Evidence-Based Medicine, University of Oxford, Oxford OX2 6NW, GB; ³ Keele University, Staffs ST5 5BG, GB

Überbetonung der Einhaltung von Algorithmen

Wohlgemeinte Bemühungen für den automatisierten Einsatz der Nachweise durch computergestützte Entscheidungsunterstützungssysteme, lenkende Vorlagen und Hinweise am Point-of-Care können die lokalen, individualisierten und durch den Patienten angestoßenen Elemente der ärztlichen Konsultation verdrängen.⁸ So kann es beispielsweise sein, dass bei einer Diabetes-Vorsorgeuntersuchung nur nebenbei erwähnte schwerwiegende, aber nicht einen Diabetes betreffende Symptome des Patienten nicht dokumentiert oder angegangen werden, wenn der Mediziner sich lediglich an die Ablaufvorlage hält.³² Unerfahrene Ärzte könnten sich (teils aus Angst vor juristischen Folgen) defensiv und reflexartig auf Entscheidungsunterstützungssysteme verlassen, die die Ausbildung eines stärker differenzierten klinischen Wissens verhindern, und somit auch die Sammlung von Praxiserfahrung, die Toleranz der Ungewissheit und die Fähigkeit, fallweise geeignete und ethisch angemessene Entscheidung zu treffen.³³

Lenkende Vorlagen und Hinweise am Point-of-Care tragen außerdem zu einer schleichenden Verwaltungsherrschaft und Politisierung der klinischen Praxis bei.⁸ Wie Harrison und Checkland beobachten: „Mit dem immer stärkeren Einzug der Sprache der evidenzbasierten Medizin in die ärztliche Praxis und der Anerkennung von bürokratischen Regeln als Garant für die Umsetzung 'der besten' Belege wird die Bedingung der klinischen Evidenz still und leise zugunsten einer überbetonten Regelbefolgung abgeschwächt.“³⁴

Das Quality and Outcomes Framework (QOF) für allgemeinärztliche Praxen in Großbritannien sieht etwa Anreize durch finanzielle „Qualitätspunkte“ vor. Angewandt wird es mehrheitlich von nicht-medizinischem Personal, das die Patienten erneut zu gezielten Kontrollen und Untersuchungen einstellt und damit Punkte ansammelt. Das QOF wurde mit signifikanten Ver-

besserungen bei der Einstellung des Blutdrucks in Verbindung gebracht, insbesondere in den sozial schwächeren Schichten.³⁵ Die Schattenseite ist das auf die simple Prüfung ausgelegte, technokratische Vorgehen, bei dem nur wenige Patienten vor den empfohlenen Tests und Behandlungen gemeinsam mit einem erfahrenen Arzt eine personalisierte Entscheidung treffen können und dass die ärztliche Konsultation fortlaufend durch aufblinkende Point-of-Care-Hinweise unterbrochen wird.^{32, 36}

Geringe Eignung bei Multimorbidität

Durch die Alterung der Bevölkerung und die steigende Prävalenz chronischer degenerativer Erkrankungen wird der Patient mit nur einer Krankheit, die sich problemlos in einer evidenzbasierten Leitlinie wiederfinden lässt, letztlich eine Seltenheit werden. Und selbst wenn Primärstudien darauf ausgelegt würden, Teilnehmer mit mehreren Krankheiten einzuschließen, bliebe die Anwendung der Ergebnisse auf Patienten mit bestimmten Begleiterkrankungen weiterhin schwierig. Die Multimorbidität – nur dem Namen nach eine einzige Erkrankung – wirkt sich individuell unterschiedlich aus und widersetzt sich offenbar allen Bemühungen zur Erstellung oder Anwendung objektiver Scores, Messgrößen, Interventionen oder Leitlinien.³⁷ Das evidenzbasierte Management einer Erkrankung oder eines Risikostadiums kann somit immer häufiger zur Exazerbation an einer anderen Stelle führen – zumeist durch die Gefahren der Polymedikation älterer Patienten.³⁸

Rückkehr zur wahren evidenzbasierten Medizin

Um die obigen Bedenken aufzugreifen, ist es an der Zeit, eine Kampagne für die wahre evidenzbasierte Medizin anzustoßen (Kasten 2).

.....
* Übersetzung aus BMJ 2014;348:g3725

Was zeichnet die wahre evidenzbasierte Medizin aus und wie wird sie erreicht?

Wahre evidenzbasierte Medizin

- hat die ethisch vertretbare Versorgung der Patienten als oberstes Ziel.
- verlangt individualisierte Evidenz in einem Format, das Ärzte und Patienten verstehen.
- ist gekennzeichnet durch sachkundige Beurteilungen und nicht durch gleichförmige Regeleinhaltung.
- schließt den Patienten durch fundierte Gespräche in den Entscheidungsprozess ein.
- beruht auf einer starken Arzt-Patienten-Beziehung und den menschlichen Aspekten der Versorgung.
- wendet diese Prinzipien zum Ziel einer evidenzbasierten öffentlichen Gesundheitsversorgung auf Gesellschaftsebene an.

Maßnahmen zum Erreichen einer wahren evidenzbasierten Medizin:

- Patienten müssen bessere Belege fordern, die besser präsentiert, erklärt und stärker personalisiert angewendet werden.
- Die Arztausbildung muss über die Recherche und kritische Beurteilung hinausgehen, zur Verbesserung

des fachlichen Urteilsvermögens und zum Erwerb von Fähigkeiten für die gemeinsame Entscheidungsfindung.

- Die Autoren von klinischen Zusammenfassungen, Leitlinien und Hilfsmitteln zur Entscheidungsunterstützung müssen die Anwender, die Anwendungszwecke und mögliche Beschränkungen berücksichtigen.
- Publizisten müssen bei Studien die Einhaltung von Standards zur Benutzerfreundlichkeit und Methodik einfordern.
- Politische Entscheidungsträger müssen sich der instrumentalisierten Erzeugung und Anwendung von „Nachweisen“ durch Interessengruppen widersetzen.
- Unabhängige Geldgeber müssen vermehrt die Erarbeitung, Zusammenführung und Verbreitung hochqualitativer Evidenz zur klinischen und öffentlichen Gesundheitsversorgung mitgestalten.
- Die Forschungsagenda muss breiter und interdisziplinärer werden und Aspekte wie die Krankheitserfahrung, die Psychologie der Beleginterpretation, die Verständigung und den Austausch von klinischen Belegen zwischen Arzt und Patient sowie Strategien zur Prävention von Schäden durch Überdiagnosen einschließen.

Kasten 2

Zugeschnitten auf den Patienten

Die wahre evidenzbasierte Medizin hat sich vorrangig um die Versorgung der einzelnen Patienten zu kümmern: Wie ist bei diesem Patienten, unter diesen Umständen, in diesem Stadium der Erkrankung am besten vorzugehen?³⁹ Dabei ist bewusst und instinktiv darauf zu achten, dass die Prozesse (Testdurchführung, Medikamentenverordnung) nicht die Ergebnisse dominieren (das vereinbarte Ziel der Behandlung im individuellen Fall). Dieses Vorgehen ist ethischen und existenziellen Fragen verpflichtet (Wie möchten wir leben? Wann sollten wir den Tod akzeptieren?), die zu einer sorgfältigen Abwägung etwaiger Untersuchungen, Behandlungen oder Screenings sowie deren Durchführung führen.⁴⁰

Um ein solches Vorgehen unterstützen zu können, müssen die Belege individuell auf die Patienten zugeschnitten werden. Dazu müssen die Ergebnisse der Forschung in einer für die meisten

Menschen verständlichen Form aufbereitet werden (z. B. der „Number needed to treat“, „Number needed to harm“ und „Number needed to screen“⁴¹), und Fachkräfte müssen zusammen mit den Patienten die Freiheit haben, auch geeignete Behandlungsentscheidungen treffen zu dürfen, die unter Umständen nicht den „besten (durchschnittlichen) Nachweisen“ entsprechen.

Dabei ist eine echte gemeinsame Entscheidungsfindung vor allem keine Aneinanderreihung von Wenn-Dann-Optionen für den Patienten. Vielmehr ist herauszufinden, was dem Patienten wichtig ist (Was steht für ihn auf dem Spiel?), sind die beruflichen Kenntnisse und der Status vernünftig einzusetzen (Inwieweit und wie möchte diese Person zur Entscheidung befähigt werden?) und sind Belege aus der Forschung vorzulegen, die einen Dialog über das optimale Vorgehen, das Wie und Warum ermöglichen. Dies ist ein einfaches Konzept, aber beileibe nicht einfach

umzusetzen. Dazu sind Hilfsmittel erforderlich, die eine quantitative Risiko- und Nutzeinschätzung bieten, aber so ausgelegt sind, dass sie Gespräche unterstützen und nicht Wahrscheinlichkeitsbäume erklimmen.

Urteilsvermögen und nicht Regeln

Die wahre evidenzbasierte Medizin ist nicht an Regeln gebunden. Die Gebrüder Dreyfus haben ein 5-stufiges Lernmodell beschrieben, das mit dem Neuling beginnt, der die Grundregeln erlernt und gleichförmig ohne Beachtung des Kontextes anwendet.⁴² In den nächsten zwei Stufen werden die Kenntnisse vertieft und bei der Anwendung findet mehr und mehr der Kontext Beachtung. In der vierten und fünften Stufe tritt die Regelbefolgung in den Hintergrund und wird durch sachkundige Entscheidungen ersetzt, die sich durch schnelle, intuitive Schlussfolgerungen auszeichnen, in die Vorstellungskraft, Menschenverstand sowie vernünftig ausgewählte Forschungsergebnisse und andere Regeln einfließen.

Bei der klinischen Diagnostik muss sich der junge Arzt beispielsweise langsam und methodisch durch eine lange und standardisierte Anamnese, umfassende körperliche Untersuchung und (häufig zahlreiche) diagnostische Tests arbeiten.⁴³ Der Fachmann hingegen erhebt rasch und intuitiv eine erste Differenzialdiagnose und geht dann zu einer gezielteren Anamnese, Untersuchung und einer Reihe von Tests über, um bestimmte Möglichkeiten ein- oder auszuschließen. Indem die „Qualität“ der ärztlichen Versorgung mit der strikten Einhaltung von

Leitlinien oder Protokollen gleichgesetzt wird – wie robust diese auch sein mögen –, wird die Beweiskraft des wohlgedachten Vorgehens bei fortgeschrittenen Fachkenntnissen ignoriert.

Ausgerichtet an der professionellen Versorgung mit Patientenbeziehung

Die wahre evidenzbasierte Medizin baut (idealerweise) auf einer starken zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Patient und Arzt auf. Dabei werden die Kontinuität in der Behandlung und das empathische Zuhören gewürdigt, speziell bei Menschen mit schwerwiegenden oder unheilbaren Erkrankungen.⁴⁴ Forschungsnachweise können noch immer der Schlüssel zur richtigen Entscheidung sein – doch geben sie diese Entscheidung nicht vor. Ärzte können Informationen bereitstellen, sind aber auch darauf geschult, technische und ethisch vertretbare Beurteilungen zu fällen. Zudem kommt ihnen eine sozial anerkannte Rolle bei der Versorgung, Betreuung und Begleitung von Leidenden zu.⁴⁵ Die Herausforderungen des Selbstmanagements bei schweren chronischen Erkrankungen betreffen etwa nicht nur die Behandlungsentscheidungen, sondern auch die praktische und emotionale Unterstützung bei der Umsetzung.⁴⁶ Für Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen können evidenzbasierte Leitlinien irrelevant, absurd oder gar gefährlich werden (am deutlichsten bei Patienten im terminalen Krankheitsstadium).

Teil 3 von 3 des Artikels erscheint in BERLINER ÄRZTE 12/2014

¹ Evidence Based Medicine Working Group. Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-5.

² Pope C. Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. Health 2003;7:267-82.

³ Levin A. The Cochrane Collaboration. Ann Intern Med 2001;135:309-12.

⁸ Timmermans S, Berg M. The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care. Temple University Press, 2003.

³² Swinglehurst D, Greenhalgh T, Roberts C. Computer templates in chronic disease management: ethnographic case study in general practice. BMJ Open 2012;2:e001754.

³³ Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. BMJ 2013;347:f4247.

³⁴ Harrison S, Checkland K. Evidence-based practice in UK health policy. Routledge, 2009.

³⁵ Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. Lancet 2008;372:728-36.

³⁶ Gillam S. Expert commentary. Pay for performance in UK general practice—the ambiguous impact of the Quality and Outcomes Framework. 2011. www.qualitymeasures.ahrq.gov/expert/expert-commentary.aspx?id=25658&search=Primary±Health±Care±

³⁷ Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. Ann Fam Med 2012;10:134-41.

³⁸ Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimization: making it safe and sound. King's Fund, 2013.

³⁹ Montgomery K. How doctors think: clinical judgement and the practice of medicine. Oxford University Press, 2006.

⁴⁰ McNutt R, Handler NM. How clinical guidelines fail both doctors and patients. Scientific American Blog Network, 22 November 2013. <http://blogs.scientificamerican.com/guestblog/2013/11/22/how-clinical-guidelines-can-fail-both-doctors-and-patients/>.

⁴¹ Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz LM, Woloshin S. Helping doctors and patients make sense of health statistics. Psychol Sci Public Interest 2007;8:53-96.

⁴² Dreyfus HL, Dreyfus SE, Zadeh LA. Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer. IEEE Expert 1987;2:110-11.

⁴⁴ Llewelyn H, Ang HA, Lewis D, Al-Abdullah A. Oxford Handbook of Clinical Diagnosis. Oxford University Press, 2014.

⁴⁴ Frank AW. Just listening: narrative and deep illness. Families Systems Health 1998;16:197.

⁴⁵ Schei E. Doctoring as leadership: the power to heal. Perspect Biol Med 2006;49:393-406.

⁴⁶ Hinder S, Greenhalgh T. "This does my head in." Ethnographic study of selfmanagement by people with diabetes. BMC Health Serv Res 2012;12:83.

Zu zitieren als: BMJ 2014;348:g3725

Gesundheitsförderung und Prävention – Herausforderung und ärztliche Aufgabe zugleich

Setzt man sich mit den Themen Gesundheitsförderung und Prävention auseinander, stellt sich in der Literatur sowie in der Diskussion immer wieder die Frage nach der Abgrenzung beider Begriffe voneinander. Zuweilen führt es geradezu zu einer babylonischen Sprachverwirrung.

Von Manja Nehr Korn, Johannes Bruns, Uwe Torsten

In den Wortbedeutungen „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ kommt zwar primär eine unterschiedliche Orientierung zum Ausdruck, jedoch verfolgen beide gemeinsame und sich gegenseitig ergänzende Strategien zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit jedes Einzelnen. Die Gesundheitsförderung stellt die Frage in den Vordergrund, welche Faktoren Gesundheit im Sinne des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens erhalten oder auch wiederherstellen können – der salutogenetische, ressourcenorientierten Ansatz wird verfolgt. Die Prävention hingegen verfolgt den pathogenetischen Ansatz – er ist geprägt davon Belastungen aufzuzeigen, bestimmte gesundheitliche Schädigungen zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder deren Eintreten zu verzögern.

Um die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, sind sowohl die Stärkung salutogener Ressourcen und Potentiale, als auch die Senkung der Gesundheitsbelastungen (pathogenetische Faktoren) als gleichberechtigt zu berücksichtigen.

Bemühungen, die diesem Ziel dienen, können sich nur selten darauf beschränken, entweder nur Ressourcen zu stärken oder nur Belastungen zu senken. Eine erfolgversprechende Prävention als Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten oder Krankheit überhaupt, wird also in der Regel darauf gerichtet sein, die Ziele der Belastungssenkung und der Ressourcenstärkung gleichzeitig zu verfolgen und aufeinander zu beziehen. Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsförderung und Prävention, Schutzfaktoren und Risiko-

faktoren können als zwei Seiten einer Betrachtungsweise, nicht aber isoliert voneinander dargestellt werden. Ihnen gemeinsam sind die vorbeugenden Zugänge zu allen Aktivitäten und Maßnahmen, die die Lebensqualität von Menschen beeinflussen. Gesundheitsförderung und Prävention sind weder an ein Lebensalter noch an eine einzige Fachdisziplin gebunden. Sie begleiten den Menschen von Geburt an über alle Lebensphasen hinweg, orientieren sich an den jeweiligen Ressourcen und Belastungen mit dem Ergebnis, langfristig Lebensjahre in guter oder möglicherweise besserer Lebensqualität zu gewinnen.

In Deutschland reichen für Gesundheitsförderung relevante Entscheidungen bis in die frühen 70er Jahre zurück. Von besonderer perspektivischer Bedeutung für die Gesundheitspolitik sind die Ergebnisse der 34. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 1974, welche erstmals die planvolle Entwicklung der Gesundheitsbildung auf die Tagesordnung stellte sowie die Entschliebung der 40. GMK 1977, in der festgestellt wird, dass die zunehmenden Kosten im Gesundheitswesen mit der Notwendigkeit von Gesundheitsbildung zu verknüpfen sind, da ein großer Teil der Krankheiten als vermeidbar angesehen werden muss. Auch in der Ottawa-Charta, dem internationalen Grundsatz- und Leitdokument von 1986, wird deutlich hervorgehoben, dass Gesundheitsförderung als ein integraler Bestandteil einer modernen Präventions- und Gesundheitspolitik zu verstehen ist. Moderne Prävention wird als ge-

samtgesellschaftliche und gesamtpolitische Aufgabe definiert und zielt auf einen Prozess, alle Menschen zu einem Höchstmaß an Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit zu befähigen. Dazu müssen Verhältnisprävention und Verhaltensprävention gut aufeinander abgestimmt sein und es bedarf zwingend der konstruktiven, fächerübergreifenden Zusammenarbeit aller politischen Ebenen und aller Akteure im direkten Lebensumfeld der Menschen.

In diesem interdisziplinären Zusammenwirken sind auch Ärztinnen und Ärzte explizit gefragt. Besonders in den Industriestaaten ist seit Jahrzehnten eine Verschiebung des Krankheitsspektrums von Infektionskrankheiten hin zu nicht heilbaren chronischen Erkrankungen festzustellen – Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates etc.. Zum einen wird diese Entwicklung vom sozio-demographische Wandel bestimmt, zum anderen auch sehr deutlich vom individuellen Bildungsstand sowie den jeweiligen Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen der Menschen beeinflusst. Eine allein auf Kuration ausgerichtete Gesundheitsversorgung wird die zukünftigen Anforderungen nicht mehr bewältigen können – Gesundheit muss für ein Konzept stehen, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die eigene Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten.

ANZEIGE

Nach der (Muster-)Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte ist es ihre originäre Aufgabe, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen. Gesundheitsförderung und Prävention sind demnach zentrale Aufgaben des Gesundheitswesens und Grundkonzept ärztlichen Handelns. Ärztinnen und Ärzte sind sehr wichtige Multiplikatoren: Sie gelten in der Bevölkerung als Vertrauenspersonen und Gesundheitsexperten – ihr Rat zählt! Und sie erreichen Menschen jeder Altersgruppe und in jeder sozialen Lage, häufig kennen sie die Lebensbedingungen des Betroffenen bereits über einen längeren Zeitraum. Dieses Potential ungenutzt lassen – unmöglich! Ärztinnen und Ärzte können anlassbezogen mit Sachinformationen, Aufzeigen von Handlungskonsequenzen (Konsequenzen eines Nichthandelns) und Verhaltensalternativen verlässliche Begleiter von Patientinnen und Patienten auf dem Weg zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten sein. Ausgangspunkt für solch ein präventionsorientiertes Arzt-Patientengespräch sollte immer eine Erhebung vorhandener gesundheitlicher Ressourcen, bestehender Belastungen und gesundheitlicher Risikofaktoren sein. Der Bewegungs- und Ernährungsstatus, der Suchtmittel-

konsum, Belastungsfaktoren / Psychischer Stress, die Sozialanamnese sowie verfügbare und bereits genutzte Ressourcen sollten entsprechend dokumentiert werden. An die Erhebung der Ressourcen und Risikofaktoren sollte sich eine Kurzintervention anschließen, die die Klärung des Motivationsstatus des Patienten bezüglich einer möglichen Verhaltensänderung im Rahmen eines motivierenden Interviews beinhaltet, darauf aufbauend mögliche Präventionsmaßnahmen bespricht und auf geeignete Unterstützungsangebote hinweist. Der Artikel „Das Rezept für Bewegung“ in dieser Ausgabe (s. Seite 4) zeigt eine der Möglichkeiten zur Kooperation und Vernetzung mit Akteuren im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten auf. Darüber hinaus gibt es in Berlin u. a. die Möglichkeit, sich über die Internetplattform www.praeventionsatlas.de zielgruppenspezifische und nach Postleitzahlen abrufbare „Gesundheitsangebote“ anzeigen zu lassen.

Bisher ist es in Deutschland noch nicht gelungen, Gesundheitsförderung und Prävention als vierte Säule im Gesundheitssystem zu etablieren. Die (erneuten) Bemühungen um ein Präventionsgesetz sind im aktuellen Koalitionsvertrag festgeschrieben – das Ergebnis kann mit

Spannung erwartet werden. Die ärztliche Präventionsempfehlung als Leistung zu definieren, durch die der Arzt in seiner Möglichkeit gestärkt wird, Patienten auf gesundheitliche Ressourcen, Belastungsfaktoren und Risiken anzusprechen, zu Verhaltensänderungen zu motivieren und an qualitätsgesicherten Präventionsangebote weiterzuvermitteln, wäre wünschenswert.

In den folgenden Ausgaben von BERLINER ÄRZTE werden weitere Themen zum Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention aufgegriffen werden.

Für das Jahr 2015 plant die Ärztekammer Berlin eine strukturierte curriculare Fortbildung Gesundheitsförderung und Prävention (ca. 24h) anzubieten. Sollten wir bereits heute Ihr Interesse an einer Teilnahme geweckt haben, freuen wir uns über eine Rückmeldung an m.nehrkorn@aekb.de, Telefon: 030 / 40806-1211, und informieren Sie gern, sobald nähere Informationen vorliegen.

Zu den Autoren:
Manja Nehrkorn, MPH, Fortbildung und Qualitätssicherung, Ärztekammer Berlin
Dr. med. Johannes Bruns, Präventionsbeauftragter der Ärztekammer Berlin
Priv.-Doz. Dr. med. Uwe Torsten, M.B.A., Präventionsbeauftragter der Ärztekammer Berlin

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Juli und August 2014 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungsdatum
Afshin Rahnama	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	27.08.14
Dr. med. Michael Akdemir	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.07.14
Latifa Al-Romaihi	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20.08.14
Martin Altmann	FA Radiologie	25.08.14
Dagmar Meike Banisch	FA Innere Medizin	20.08.14
Dr. med. Julia Bergmann	FA Allgemeinmedizin	08.07.14
Dr. med. Florian Bernard	FA Psychiatrie und Psychotherapie	22.07.14
Silke Biesenthal-Matthes	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	02.07.14

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungsdatum
Jens Birkl	FA Viszeralchirurgie	22.07.14
Dr. med. Tassilo Böhm	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.07.14
Dr. med. Mehmet Mugayer Boral	FA Innere Medizin und Angiologie	16.07.14
Cindy Brandt	FA Innere Medizin	30.07.14
Semih Celik	FA Allgemeinmedizin	19.08.14
Dr. med. Michel de Rocco	FA Innere Medizin	27.08.14
Dr. med. Konstantinos Drogaris	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.08.14
Dr. med. Stephan Dulce	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.07.14
Dr. med. Elisabeth Engelmann	FA Hygiene und Umweltmedizin	03.07.14

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Nikolaj Frost	FA Innere Medizin und Pneumologie	16.07.14
Dr. med. Anne-Katrin Göstemeyer	FA Innere Medizin	16.07.14
Waltraud von Matuschka	FA Allgemeinmedizin	08.07.14
Dr. med. Rudolf Grundentaler	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	27.08.14
Paul Hacke	FA Kinder- und Jugendmedizin	13.08.14
Dr. med. Ulrike Hahn	FA Innere Medizin und Pneumologie	16.07.14
Dr. med. Doreen Hesse	FA Neurologie	29.07.14
Dr. med. Tobias Hofmann	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	02.07.14
Dr. med. Stefanie Hort	FA Kinder- und Jugendmedizin	13.08.14
Jessica Imöhl	FA Allgemeine Chirurgie	22.07.14
Dr. med. Sölva Kahl-Richter	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	01.07.14
Dr. med. Julia Kamp	FA Radiologie	25.08.14
Dr. med. Holger Kiesel	FA Innere Medizin	16.07.14
Dr. med. Robert Klamroth	FA Innere Medizin und Angiologie	16.07.14
Navina Esther Klöckner	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.07.14
Dr. med. Sebastian Kopf	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.08.14
Dr. med. David Koppe	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.07.14
Dr. med. Paul Kühnelt	FA Innere Medizin	20.08.14
Dr. med. Alexander Kulka	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20.08.14
Alexandra Leimbach	FA Anästhesiologie	26.08.14
Nina Lemke-Müßig	FA Anästhesiologie	26.08.14
Dr. med. Jenny Loecher	FA Anästhesiologie	18.08.14
Monika Lopez Lopez	FA Allgemeinmedizin	12.08.14
Dr. med. Katrin Lossagk	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	27.08.14
Susanne Mährlein-Bischoff	FA Innere Medizin und Geriatrie	16.07.14
Sara Matern	FA Innere Medizin	20.08.14
Ingolf Mehner	FA Innere Medizin	20.08.14
Dr. med. Carolin Meinus	FA Kinder- und Jugendmedizin	02.07.14
Dr. med. Barbara Mildnerberger	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	02.07.14
Jan-Dirk Monden	FA Innere Medizin	16.07.14
Dr. med. Silke Monien	FA Allgemeinmedizin	19.08.14
Dr. med. Marieke Ndzié Atangana	FA Allgemeinmedizin	19.08.14
Dr. med. Katerina Neuber	FA Innere Medizin	27.08.14
Dr. med. Volker Neumann	FA Innere Medizin und Kardiologie	02.07.14
Carolin Oeder	FA Viszeralchirurgie	22.07.14
Elisabeth Olive	FA Innere Medizin	27.08.14
Dr. med. Vassilios Papageorgiou	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	27.08.14
Dr. med. Maximilian Pelzer	FA Kinder- und Jugendmedizin	02.07.14
Dr. med. Felix Pröpper	FA Innere Medizin und Kardiologie	02.07.14
Dr. med. Adrian Rosin	FA Anästhesiologie	18.08.14
Kristin Schäfer	FA Allgemeinmedizin	19.08.14

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Raymond Schaffarczyk	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.08.14
Dr. med. Sebastian Schlößer	FA Anästhesiologie	26.08.14
Susanne Seelecke	FA Allgemeinmedizin	08.07.14
Inna Servetnyk	FA Pathologie	18.08.14
Ashwaq Sharhan	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.07.14
Oliver Sieben	FA Anästhesiologie	18.08.14
Katharina Siegl	FA Anästhesiologie	18.08.14
Dr. med. David Sinning	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.08.14
Elena Stritzke	FA Innere Medizin	30.07.14
Dorina Thiemig	FA Innere Medizin und Pneumologie	16.07.14
Dr. med. Marc Trojanowski	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.07.14
Dr. med. Oguzhan Turan	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	27.08.14
Ursula Vever	FA Neurologie	26.08.14
Alexandra von Kornatzky	FA Allgemeinmedizin	12.08.14
Dr. med. univ. Elisabeth Wabnig	FA Psychiatrie und Psychotherapie	19.08.14
Katrin Warnt	FA Innere Medizin und Pneumologie	16.07.14
Andreas Weckesser	FA Innere Medizin	30.07.14
Dr. med. Arnd Weider	FA Allgemeinmedizin	12.08.14
Dr. med. Carmen Weinmann	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.07.14
Dr. med. Robert Felix Wetzstein	FA Innere Medizin	16.07.14
Wilhelm Willems	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.07.14
Dr. med. Robert Karl Zahn	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.07.14
Nicolas Stephan Ziegenhagen	FA Innere Medizin	27.08.14

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

ANZEIGE

In memoriam Hans Peter Meißner

Nach schwerer, geduldig ertragener Krankheit verstarb kürzlich Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans Peter Meißner im Kreis seiner Ehefrau und seiner Familie. Seine wissenschaftliche Arbeit hat ihn weit über die Grenzen Deutschlands bekannt gemacht; in Deutschland kommen ihm große Verdienste beim Aufbau der ambulanten Diabetologie zu.

Von 1957 - 1963 studierte Hans Peter Meißner an der Universität des Saarlandes und der Freien Universität Berlin Humanmedizin. Er legte seine Ärztliche Prüfung in Berlin ab.

Von 1963 - 1965 war er am I. Physiologischen Institut der Universität des Saarlandes in Homburg/ Saar als wissenschaftlicher Assistent tätig. Nach Bestallung als Arzt wurde er Assistenzarzt an der Medizinischen Universitätsklinik- und Poliklinik, Innere Medizin II in Homburg/ Saar. Zwischen 1973 - 1976 begann er mit seiner wissenschaftlichen Tätigkeit auf dem Gebiet der Diabetologie.

1966 reichte er seine Habilitationsschrift „Die elektrische Aktivität der Betazelle und ihre Beziehung zur Insulinsekretion“ ein. 1977 erfolgte die Habilitation mit Vergabe der *Venia legendi* für das Fach „Innere Medizin“ an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes, sowie in der Folge die Ernennung zum Professor. Mit seiner Arbeit zur elektrischen Aktivität der Betazelle hat Hans Peter Meißner ganz wesentlich zum Verständnis der Wirkung oraler Antidiabetika beigetragen. 1977 wurde ihm für seine bahnbrechenden Leistungen der „Bertram-Preis“ der Deutschen Diabetes-Gesellschaft verliehen.



Von 1976 - 1985 arbeitete er als leitender Oberarzt an der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik, Bereich Innere Medizin II, in Homburg/Saar und war zugleich Leiter eines Forschungsprojektes im Sonderforschungsbereich der Universität des Saarlandes. In dieser Zeit publizierte er über 80 wissenschaftliche, international anerkannte Arbeiten, hielt zahlreiche wissenschaftliche Vorträge und schrieb diverse Buchbeiträge.

1986 wechselte Hans Peter Meißner von der Wissenschaft in die Praxis und übernahm eine diabetologische Schwerpunktpraxis.

Es folgte die Umhabilitation an die Freie Universität mit Verleihung der Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin. In der Wendezeit 1989/1990, als in der DDR die Diabetesberatungsstellen und Nebenstellen nicht weitergeführt werden konnten, setzte er sich für den Ausbau diabetologischer Schwerpunktpraxen ein. Durch seine Wahl in den Vorstand der Deutschen Diabetes-Gesellschaft und in der Folge als Vorsitzen-

der des Ausschusses „Diabetologie in Praxis und Poliklinik“ erhielt er den nötigen Rückhalt, sich mit besonderem Nachdruck für die Stärkung der ambulanten Diabetologie einzusetzen.

1994 erhielt Hans Peter Meißner die Ehrendoktorwürde der Universität Umea. Mit dieser Auszeichnung wurde seine experimentelle Diabetesforschung, speziell die Forschung über die Betazelle, und die enge Kooperation mit der Universität Umea geehrt. Bis 2006 arbeitete der „Arzt aus Berufung“ in seiner diabetologischen Schwerpunktpraxis.

Die Berliner Diabetes-Gesellschaft verlieh Hans Peter Meißner die Günter Kurow-Medaille, eine Ehrung für seine Aufbauarbeit für die Diabetologie und seine bedingungslose Zuwendung zum Patienten. Seine schwere Erkrankung ließ ihm nur noch wenige Jahre, sich seinen literarischen und musikalischen Interessen zu widmen.

Die Berliner Diabetes-Gesellschaft verlor mit Prof. Dr. med. Prof. h.c. Hans Peter Meißner, ihren ehemaligen 1. Vorsitzenden, einen ihrer wissenschaftlich renommiertesten und gleichzeitig praktisch versiertesten Diabetologen, der sich weit über Berlin national und international um die Diabetologie verdient gemacht hat.

Wir werden Hans Peter Meißner ein ehrenvolles Andenken bewahren.

Dr. med. Martin Anders

Prof. Dr. med. Karl-Michael Derwahl
Vorsitzender der Berliner Diabetes-Gesellschaft

Zum 75. Geburtstag von Udo Schagen



Foto: privat

In den Aufbruchsjahren der Bundesrepublik Deutschland war er Medizinstudent. Von 1960 bis 1966 studierte Dr. Udo Schagen in München, Münster, Innsbruck und Hamburg. Er erlebte die Studentenunruhen, das Aufbegehren gegen das Establishment, die Einforderung der Aufklärung der nationalsozialistischen Vergangenheit, die Utopie einer besseren, gerechteren Gesellschaft. Heute spricht man bei diesen Personen von den Altachtundsechzigern. Schagen ist einer davon – im besten Sinne.

Nach seinem Studium wusste er: Die alt-hergebrachte Form, Mediziner im Frontalunterricht auszubilden, musste beendet werden. Er machte mit anderen kritischen Medizinern darüber hinaus deutlich, dass innerhalb der naturwissenschaftlich orientierten Medizin die psychosozialen Aspekte von Krankheit und Gesundheit fehlten. Themen wie „Armut und Gesundheit“, das „Arzt-Patienten-Verhältnis“, „soziale Ungleichheit“ brauchten einen Platz. Schagen kam nach Berlin und stritt fortan für eine Reform der Aus- und Weiterbildung in der Medizin.

Innerhalb des Planungsstabs des FU-Präsidenten (1971-1986) wirkte er für eine Ver-

besserung der Medizinerausbildung, die Einbindung der Sozialmedizin und Psychosomatik in das Studium und schließlich für die Einrichtung der Forschungsstelle Zeitgeschichte der Medizin (ab 1986) am Institut für Geschichte der Medizin der FU Berlin. Die umfassende Aufarbeitung der Medizin im Nationalsozialismus und die Wahrnehmung gesundheitspolitischer und sozialer Leitideen aus den Traditionen der Arbeiterparteien der zwanziger Jahre und ihrer Umsetzung in der SBZ und der DDR gehörten zu seinen Forschungsschwerpunkten.

Es war dann auch seine Forschungsstelle für Zeitgeschichte, die nach dem Streiksemester 1988/89 den protestierenden Medizinstudenten half, ihre Forderungen zu schärfen und zu verstetigen. Die „Inhalts-AG“ konnte mit Förderung der FU ihre Vorstellungen für einen Reformstudien-gang konkretisieren, bis dieser 1999 tatsächlich an der Charité aus der Taufe gehoben wurde.

Schagen und andere kritische Mediziner und Sozialwissenschaftler machten deut-

lich, dass das deutsche Gesundheitssystem weniger logischen Regeln folgt, als ein verschachteltes Konglomerat von gut gesicherten Erbhöfen darstellt. Viele seiner Untersuchungen dazu veröffentlichte Schagen in der Schriftenreihe „Das Argument – Jahrbuch für kritische Medizin“. In über 50 Bänden, die er 1971-1998 mitherausgab, analysierte er die Schwächen und zeigte Lösungen für die Verkrustungen des Medizinsystems.

Als Vorsitzender des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin (von 1987 bis 2002) und in diversen Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer (1987-2004) konnte er Mauern einreißen. Die vormals wesentlich von Ordinarien und Fachgesellschaften geprägten Sitzungen erlebten eine neue Gesprächskultur. Immer sachbezogen, in Fachfragen sich annähernd. Die Frage „Was kann ehrlicherweise für die jungen Kollegen machbar sein?“ öffnete neue Perspektiven, auch in der Berliner Ärztekammer.

Udo Schagen ist ein ruhiger und steter Zeitgenosse. Seine Aussagen haben Gewicht, er trifft sie mit Bedacht. Dafür genießt er allseits fachlich fundierten Respekt. Zu seinem 75. Geburtstag am 27.09.2014 wünschen die „Berliner Ärzte“ ihm alles erdenklich Gute.

Dr. med. Heinrich-Daniel Rühmkorf
(FrAktion Gesundheit)

f e u i l l e t o n

Das stärkste Pathogen

„... These are men whose minds the Dead have ravished.
Memory fingers in their hair of murders
Multitudinous murders they once witnessed ...
always they must see these things and hear them;
Batter of guns and shatter of flying muscles ...“

Was wir heute etwas pauschal „Post-traumatische Belastungsstörung“ nennen, hat der englische Lyriker Wilfred Owen (1893-1918) in eindrucksvollen Versen beschrieben. Der Kriegsfreiwillige wurde 1917 verwundet und fiel an der Westfront im November 1918, eine Woche vor dem Waffenstillstand, konnte also nur ein schmales, aber erschütterndes lyrisches Werk hinterlassen.

Die hier zitierten Verse stellt Wiebke Hemme ihrem Text voran, der unter dem Titel „Die Komplexität des Leidens: Kriegszitterer im Ersten Weltkrieg“ im (deutsch-englischen) Begleitbuch einer der etwa 60 Gedenkausstellungen dieses Jahres steht: „Der gefühlte Krieg – Emotionen im Ersten Weltkrieg – Feeling War“. Sie ist dem Dahlemer „Museum der Europäischen Kulturen“ besonders gut gelungen und ergänzt sinnvoll die große Ausstellung des Deutschen Historischen Museums „1914-1918. Der

Erste Weltkrieg“, die das Schwergewicht auf die Eskalation und die globale Ausbreitung der Gewalt legt. Von den ca. 600 gezeigten Objekten – darunter viele Leihgaben – sind hundert aus dem Bestand des Museums, des einstigen (Kriegs-)Zeughauses, in einem Begleitband beschrieben, vom chirurgischen Lazarettbesteck bis zur Propaganda-„Zeitung für die mohammedanischen Kriegsgefangenen El Dschihad“.

Über dem uns näheren Zweiten Weltkrieg vergisst man leicht die „Urkatastrophe“ seines Vorgängers, dessen erschreckende Daten und Fakten hier vergegenwärtigt werden: etwa 15 Millionen Tote, davon schätzungsweise sechs Millionen Zivilisten. 20 Millionen verwundete Soldaten, anderthalb Millionen davon dauerhaft kriegsversehrt; 80 Prozent von ihnen durch Granatsplitter oder Schrapnellkugeln, „die Fleisch und Knochen in einer bis dahin nicht bekannten Weise zerfetzten“, heißt es in einem Text der Zeughaus-Ausstellung. Owens Worte vom „Gefetze fliegender Muskeln“ sind also recht realistisch.

Und die psychischen Verletzungen? Ärzte und Psychologen sprechen heute oft von „unsichtbaren“ oder „verborgenen“ Wunden. Für spezifische psychische Verletzungen im Ersten Weltkrieg gilt das nicht: die motorischen Störungen. In der Dahlemer Ausstellung „Der gefühlte Krieg“ (die näher zu schildern uns der Platz fehlt) zeigt ein kleiner Film, gedreht 1918/19 im Reservelazarett Hornberg/Schwarzwald, „Kriegszitterer“. Sie beben ständig am ganzen Leibe, oder es schnellen ihnen unbeherrschbar die Beine hoch. Der Unterarzt Wilhelm Pfuhl schreibt als Patient aus dem Lazarett (wie in dem genannten Kapitel des Begleitbuchs zitiert): „... Ich glaube, es sind weniger die Aufregungen als das Grauenhafte, das ich in den letzten Monaten erlebt habe, was meine Gesundheit so erschüttert hat. Es kommt mir ganz unfassbar vor, wie die Menschheit sich so in gegenseitigem Massenmord zerfleischen kann ... Ich bin gar so müde und matt, möchte am liebsten einschlafen und nicht wieder aufwachen, ehe Frieden im Lande ist, oder gar nicht ...“



Foto: © Bildarchiv Preußischer Kulturbesitz

Toter Jerry, gefunden in unserem Stachel-draht nach einem vergeblichen Nachtangriff auf unsere Linie bei Givenchy. (* Spitzname für deutsche Soldaten), England 1918*

Die meisten holten sich ihr seelisches Trauma im Stellungskrieg an der Westfront, zum Beispiel in der „Hölle von Verdun“, wo allein 1915 rund 26 Millionen Sprenggranaten und 100.000 Giftgasgranaten auf engstem Raum niedergingen und wo etwa eine halbe Million deutsche und französische Soldaten starben. Dieser statische Grabenkrieg war eine „bedrohliche ununterbrochene Zwangssituation ohne Fluchtmöglichkeit“, heißt es in einer Publikation aus dem Berliner Bundeswehrkrankenhaus, auf die der Kriegszitterer-Beitrag im Begleitband „Der gefühlte Krieg“ hinweist. (Peter Zimmermann et al.: Psychogene Störungen bei deutschen Soldaten des Ersten Weltkrieges“. Fortschr. Neur Psychiat 2005;73:91-101)

Die Ergebnisse, hier stark vereinfacht: Im 1. Weltkrieg überwogen dissoziative oder Konversionsstörungen wie zum Beispiel Amnesie und Trancezustände, Krampfanfälle, Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen, auch Blindheit. Im 2. Weltkrieg hingegen traten somatoforme und psychosomatische Leiden in den Vordergrund, an der Spitze gastrointestinale Störungen. Es gab nicht weniger als fünfzig „Magen-Bataillone“. Somatisierung sorgte für Akzeptanz, psychogen Kranke wurden, besonders in Nazi-Deutschland, als charakterschwach

und minderwertig betrachtet. In den USA hingegen (wo, wer sich's leisten konnte, seinen Leib-Psychotherapeuten hatte, wie wir durch Woody Allen wissen), sollen im 2. Weltkrieg eine Million Fälle psychogener Störungen in der Army bekannt geworden sein.

In Deutschland sollen bis 1943 an die 220.000 Soldaten an „Kriegsneurosen“ gelitten haben, was aber heruntergespielt wurde, um die „Moral an der Heimatfront“ nicht zu gefährden. Zu den Behandlungs-(und Abschreckungs-) Methoden gehörten Elektroschocks. In seltenen Fällen drohte den Kranken das KZ.

Zumindest zu erwähnen ist hier unbedingt noch die Ausstellung im Brücke-Museum „Künstler der Brücke im Ersten Weltkrieg“. Erich Heckel zum Beispiel zeichnete und malte als Sanitäter in Flandern verwundete und kranke Soldaten, darunter auch einen ausgemergelten Kriegsneurotiker („Irrer Soldat“) und er porträtierte auch andere Sanitäter.

Der selbst schwer traumatisierte Ernst Ludwig Kirchner hat für die als innere Selbstbildnisse interpretierten Farbholzschnitte zu Chamisso's „Peter Schlemihl“ eine exquisite Extra-Schau. Nicht versäumen!

„1914-1918 – Der Erste Weltkrieg.“ im Deutschen Historischen Museum, Unter den Linden 2. Bis zum 30.11.2014, täglich von 10-18 Uhr.

„Der gefühlte Krieg – Emotionen im Ersten Weltkrieg.“ im Museum Europäischer Kulturen, Dahlem, Arnimallee 25. Bis zum 28.06.2015 Dienstag bis Freitag von 10-17 Uhr sowie Samstag und Sonntag von 11-18 Uhr.

„Die Künstler der Brücke im Ersten Weltkrieg 1914-1918“. Brücke-Museum, Dahlem, Bussardsteig 9. Bis zum 16.11.2014, täglich außer dienstags von 11-17 Uhr.

Rosemarie Stein