

BERLINER ÄRZTE

07/2015 52. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztelammer Berlin

118.48

DEUTSCHER ÄRZTETAG

DER GEIST VON
FRANKFURT



Revolutionäres und Stillstand – der 118. Deutsche Ärztetag



Foto: K. Friedrich

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

Der 118. Deutsche Ärztetag ging am 15. Mai zu Ende. Die beiden gesetzlichen medizinischen Themen waren richtig und wichtig: Zum einen wurde eindrücklich über die „Medizin in Zeiten globaler Epidemien“ diskutiert. Zum anderen wurde erstmalig das Verfahren, das zwischen Ärzten und Patienten am häufigsten und mit der längsten Tradition angewendet wird, Gegenstand der Diskussion: „Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag – verstehen und verständigen“. „Kommunikation“ nicht nur zwischen Arzt und Patient, sondern auch zwischen Ärzten und im Team wurde als wichtig eingestuft. Ein Fortbildungskonzept soll für künftige Schulungen von der Bundesärztekammer entwickelt und Kurse angeboten werden. Die Resonanz der Öffentlichkeit war sehr positiv.

Für Berlin ist diese „Revolution“ nichts Neues. Im Medizinstudiengang der Charité sind Kommunikations- und Soziale-Kompetenz-Trainings seit 1999 sehr beliebt. Die Schulung mit Schauspielpatienten wurde an der Charité entwickelt und anschließend von vielen Unis übernommen. In unseren Kammer-Kursen zum „Überbringen schlechter Nachrichten“, „Ärztliche Führung“, „Qualitätsmanagement“ und „Peer Review“ findet seit 2010 resp. 2011 strukturierte Fortbildung zur Kommunikation statt, mit besten Noten in der Evaluation. Der Pionier ist einer der Referenten des Ärztetages zum Thema, Prof. Dr. Uli Schwantes, damals Professor am Institut für Allgemeinmedizin der Charité, jetzt Vizepräsident der Landesärztekammer

Brandenburg und Landarzt nördlich von Berlin. Wir freuen uns über diesen TOP und nehmen die Ergebnisse zum Anlass, unsere Aktivitäten auszuweiten.

Die 16-köpfige Berliner Delegation hat auch auf dem diesjährigen Ärztetag weitere zahlreiche Themen aktiv eingebracht. Herzlichen Dank an alle Delegierten, für ihren Einsatz und das vertrauensvolle Miteinander – bei allen Unterschieden in manchen politischen Grundhaltungen!

Stillstand gibt's grundlegend in der allgemeinen Politik. Zwar ist der jetzige Minister Gröhe nett zu uns; sein Handeln gleicht allerdings dem, wie wir es von anderen Ministern kennen: Wenn es darauf ankommt, wird die verfasste Ärzteschaft möglichst ausgegrenzt und zum Zuschauer des politischen Geschehens degradiert. Beispiel: Beim aktuellen Präventionsgesetz soll die Bundesärztekammer keinen auch nur beratenden Platz in den Gremien bekommen, in denen künftig die Prävention gestaltet wird.

Politik funktioniert so: Gibt es ein Hygieneproblem, gibt es ein Hygienegesetz; gibt es angeblich Terminprobleme, gibt es ein „Termingesetz“ (GKV-VSG). Ursachenanalyse? Fehlanzeige. Folgenabschätzung? Fehlanzeige. Das beschäftigt Medien und Öffentlichkeit und lenkt von den eigentlichen Problemen ab. Es gibt kein erkennbares Konzept und keine Strategie zur Lösung der Probleme.

Und wie funktioniert die verfasste Ärzteschaft? Sind wir – ähnlich wie die Politik – zwar rhetorisch gut aufgestellt, strategisch aber fehlt uns die Weitsicht?

Wenn wir 10 Jahre zurück und auf den Ärztetag 2005 in Berlin blicken zeigt sich, wie erfolgreiche Politikgestaltung seitens der Ärzteschaft aussehen kann. Damals sind wir mit dem Reizthema Patientensicherheit proaktiv nach vorne gegangen und haben für Bündnisse und konkrete Lösungen für die Praxis gesorgt. Weltweit gibt es bis heute kein Ärzteparlament, das sich einstimmig und frühzeitig für ein solches geschlossenes Vorgehen bei diesem in der Vergangenheit heiklen Thema ausgesprochen hat.

Der Erfolg blieb nicht aus. International befindet sich Deutschland heute in der Spitzengruppe der Länder, die Maßnahmen zur Fehlerprävention umsetzen.

Was schlussfolgern wir daraus für die Zukunft?

Erfolgreiche Politikgestaltung kann gelingen. Wir sind erfolgreich, wenn wir glaubwürdig und inhaltlich fundiert als Ärzteschaft die Führung übernehmen und dem Herumdoktern der Politik Einhalt gebieten, weil wir aktiv für gute Lösungen sorgen. Praxistauglichkeit und Nutzenorientierung sind dabei nur zwei Kriterien, die uns wichtig sind.

Auf der politisch-strategischen Ebene sollte die Bundesebene künftig sehr viel schlagkräftiger agieren und deutlicher transportieren, was wir wollen!

Dem – ohne Gegenkandidaten – überzeugend wiedergewählten Präsidium der Bundesärztekammer gratulieren wir! Wir wünschen viel Erfolg und bieten an, bei der Vermittlung und Übersetzung unserer ärztlichen Anliegen tatkräftig mitzuwirken! Dass wir in Berlin wissen, wie es geht, haben wir gezeigt. q e d.

Ein Leben für das „Krankenhauswesen“

**Der Arzt Hermann Strauß
1864 – 1944
Autobiographische Notizen und
Aufzeichnungen aus dem Ghetto
Theresienstadt
Hentrich & Hentrich Berlin 2014**

Der medizinhistorisch interessierte Leser findet sich in der Medizingeschichte am Anfang des vorigen Jahrhunderts wieder und wird von den detaillierten Schilderungen des Studentenlebens gefangen genommen. Mit großem Respekt beschreibt Strauß seine Lehrer, die heute fast ausnahmslos in der Reihe berühmter Ärzte stehen. Dass der eifrige und ehrgeizige Student und Assistent Strauß später zu ihnen gehören sollte, ahnt man. Er beschreibt, wie prägend für sein weiteres Leben die Teilnahme an wissenschaftlichen Kongressen war. Dass heute an ihn im medizinischen Alltag eigentlich nur die „Strauß-Kanüle“ erinnert, ist dem dunkelsten Kapitel deutscher Geschichte geschuldet.

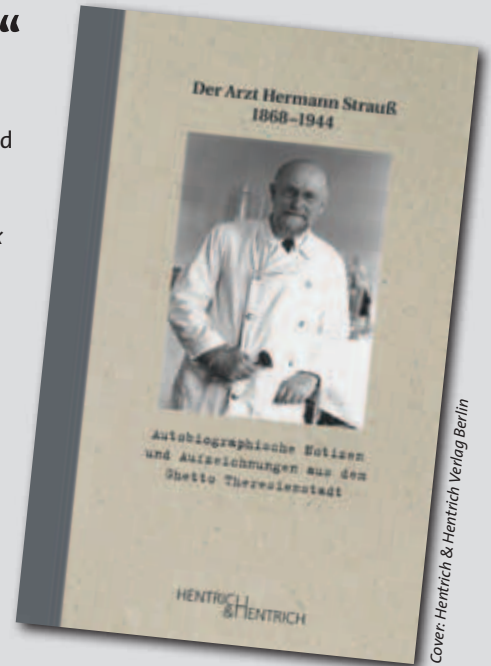
Aber zu dem Buch: Strauß beschreibt in seinen persönlichen Notizen seine Zeit an der Charité, wo er u.a. bei Victor Klemperer arbeitet und lernte. Warum er die Charité verließ, wo er in der III. Medizinischen Klinik unter Hermann Senator seine größten wissenschaftlichen Erfolge errang, wird nicht ganz klar. Er arbeitete gerne dort, besonders mit den ihm unterstellten Militärärzten. „Durch das Ganze ging ein militärischer Zug, was im Übrigen der Sache immer nützte“. Ganz sicher spielte bei seiner Entscheidung auch der schon im Kaiserreich latente Antisemitismus eine Rolle. Am Jüdischen Krankenhaus fand Strauß 1910 als Direktor der Inneren Abteilung eine Wirkungsstätte, die seinen wissenschaftlichen und gestalterischen Ambitionen Rechnung trug. In seiner Charitézeit verzichtete er zugunsten der wissenschaftlichen und klinischen Arbeit auf das Privileg, Privatpatienten zu behandeln. Er widmete sich der Forschung und dem „Krankenhauswesen“ mit Hingabe. Ein

Verwaltungsdirektor des Jahres 2015 wird sich bestätigt fühlen, wenn er liest, was Strauß 1926 schrieb: „Ich habe dabei die Erfahrung gemacht, dass eine Privatklinik nur dann Freude machen kann, wenn sie von einer ausgezeichneten Oberin und einer erstklassigen Küchenkraft geführt und von einem stark interessierten, tüchtigen – auch den Laboratoriumsbetrieb beherrschenden – Hausarzt versorgt wird.“

Nur am Rande sei erwähnt, dass Strauß als Zivilarzt im 1. Weltkrieg alle denkbaren Orden und Auszeichnungen bis hin zum Eisernen Kreuz erhielt. Als vielgeehrter Arzt und Wissenschaftler führte Strauß das Jüdische Krankenhaus zu Ansehen und Erfolg.

Umso bedrückender lesen sich seine Aufzeichnungen nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten. Er schreibt zwar von sich „Überhaupt war ich nie ein sogenanntes Zoon politikon“, aber sein Leben war bis zu seinem tragischen Ende praktiziertes soziales Engagement. Unter immer unerträglicher werdenden Bedingungen versuchte er die ärztlichen Ideale zu erhalten. Noch heute erfüllt es uns mit Scham, dass deutsche Ärzte 1938 die jüdischen Kollegen mit der Bezeichnung „jüdische Krankenbehandler“ verunglimpften und ihnen untersagten, sich Arzt zu nennen. Die unmenschlichen Repressalien fanden ihren Höhepunkt 1942 in der Deportation nach Theresienstadt.

Die Aufzeichnungen aus dem Ghetto – im Buch durch den Druck besonders hervorgehoben – lesen sich bedrückend. Wie der Arzt Hermann Strauß, erfüllt von tiefer Menschlichkeit, sich unter unmenschlichen Bedingungen bemüht, anderen zu helfen am Leben zu bleiben, Mut zum Weiterleben und Hoffnung zu spenden, ist bewundernswert. Die Sachlichkeit, mit der er die Folgen der Mangelernährung und die psychischen Verletzungen durch den täglichen Terror beschreibt, sind der Ausdruck seines unbändigen Willens, zu helfen und Leben zu erhalten.



Cover: Hentrich & Hentrich Verlag Berlin

In seiner Festrede zum 30. Jahrestag der Einweihung des Jüdischen Krankenhauses am 5. August 1944 beschreibt er noch, dass „sein“ Krankenhaus hoffentlich nur unter einer kurzdauernden Krankheit leiden würde, meint damit aber offenbar das Leiden dieser Zeit.

Strauß hat das Ende der nationalsozialistischen Schreckensherrschaft nicht erlebt. Er starb am 17. Oktober 1944 an den Folgen eines Infarktes.

Harro Jenss widmet sein ehrendes Nachwort diesem außergewöhnlichen Menschen.

Dem Verlag ist es bis hin zu der erlesenen Buchbinderarbeit gelungen, ein bibliophiles Schmuckstück herauszubringen. Die Fleißarbeit der Herausgeber Harro Jenss und Peter Reinicke – wobei nicht zu erkennen ist, wer wofür verantwortlich war – ist zu bewundern. Mit zahlreichen Fußnoten werden historische Zusammenhänge und biographische Details erläutert, so dass der Leser die Zeit erlebt. Wer die dominierende Rolle der jüdischen Intelligenz in der Entwicklung der deutschen Medizin des 20. Jahrhunderts dokumentiert sehen möchte, nehme dieses Buch zur Hand!

Prof. Dr. med. Harald Mau



Der 118. Deutsche Ärztetag

Ein revolutionärer demokratischer Geist wurde beim diesjährigen Deutschen Ärztetag im symbolträchtigen Frankfurt/Main wieder und wieder beschworen. BERLINER ÄRZTE berichtet, ob dieser die Berliner Delegierten erreicht hat und welche Themen sie eingebracht haben.

Von Sascha Rudat

Seite 14



EDITORIAL.....

Revolutionäres und Stillstand – der 118. Deutsche Ärztetag

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BUNDESINSTITUTE.....

Update der S3-Leitlinie Allergieprävention weicht von Empfehlung der Nationalen Stillkommission ab

Informationen des Bundesinstituts für Risikobewertung.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Behandlungsfehlervorwürfe leicht gesunken

Von Sascha Rudat.....30

Die neue Berufsordnung – Teil 5

.....33

Von Fall zu Fall

Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.....35

Man(n), geh doch mal zum Arzt!.....36

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....28

Chronische und therapieresistente Depressionen – wie weiter?

Bericht von Sabine Möddel.....31

BUCHBESPRECHUNG.....

Ein Leben für das „Krankenhauswesen“

Rezension von Harald Mau.....4

PERSONALIEN.....

In Gedenken an Eberhard Conradi.....38

FEUILLETON.....

Was sonst noch passierte

Von Harald Mau.....38

Titelbilder von BERLINER ÄRZTE im AOK-Bundesverband zu sehen

Die von der Grafikagentur Sehstern gestalteten Titelbilder sind seit langer Zeit das Markenzeichen von BERLINER ÄRZTE.

Humorvoll, hintergründig und intelligent nehmen sie die jeweilige Titelgeschichte auf und zeigen eindrucksvoll, dass sich hochkomplexe und oft auch abstrakte Inhalte auf den Punkt visualisieren lassen. So sind inzwischen 329 Titelbilder entstanden, die zum Teil Kultstatus genießen, beispielsweise das Titelbild „Gesunde Republik Deutschland“ von Heft 06/2013, das immer wieder zum Stöbern einlädt.

Eine gelungene Auswahl von 43 Titelbildern ist aktuell im Atrium des AOK-Bundesverbandes in der Rosenthaler Straße zu sehen. Zur Präsentation auf den Bildtafeln wurden die Titelmotive aus ihrem ursprünglichen Zeitschriftenrahmen herausgelöst. In ihrer plakativen Reduktion vermitteln sie noch prägnanter die konzeptionelle Handschrift von Roland Matticzck, dem Mitbegründer und kreativen Kopf im Sehstern-Team. Die Arbeiten lesen sich



Foto: S. Rudat

zugleich wie eine Chronik der gesundheits- und sozialpolitisch relevanten Themen der letzten Jahre, zuweilen mit Berliner Lokalkolorit gewürzt.

Die Ausstellung gab es in anderer Zusammensetzung bereits 2013 im Foyer der Ärztekammer Berlin zu sehen. Seitdem sind einige neue Bilder hinzugekommen. Die AOK, die Ärztekammer Berlin und Sehstern arbeiten immer wieder in verschiedenen Projekten zusammen, allen voran der Berliner Gesundheitspreis, der alle zwei Jahre vom AOK-Bundesverband, der AOK Nordost und der Ärztekammer

Berlin vergeben wird. Mehr zur diesjährigen Preisverleihung lesen Sie im nächsten Heft. Zur Eröffnung der Ausstellung am 15. Juni schilderten AOK-Vorsitzender Jürgen Graalman (Foto Mitte), ÄKB-Präsident Dr. Günther Jonitz (re.) und „Titelbild-Ausdenker“ Roland Matticzck im Beisein von AOK- und ÄKB-Mitarbeitern bestgelaunt ihre Sicht auf die erfolgreiche Zusammenarbeit.

Ein kommentierter Ausstellungskatalog mit Abbildungen von 300 Titeln auf 128 Seiten (Hardcover) ist aktuell für 12 Euro bei Sehstern erhältlich. www.sehstern.de

„Wenn das Leben endet...“

Für die Beratung von Patienten am Lebensende können Berliner Ärztinnen und Ärzte ab sofort die neue Informationsbroschüre „Wenn das Leben endet...“ vom Verein Gesundheit Berlin-Brandenburg nutzen. Die Broschüre wurde im Auftrag der Senatsgesundheitsverwaltung erstellt und informiert über Vorsorge, Pflege, Palliativversorgung und Sterbebegleitung, Formalien im Todesfall und den Umgang mit Trauer. Außerdem finden Interessierte einen Überblick über wichtige Beratungs- und Unterstützungsangebote in Berlin. Sie ergänzt die Ende 2012 erschienene Broschüre „Wenn Ihr Arzt nicht mehr heilen kann“ der Senatsverwaltung und beide können im Internet unter: www.berlin.de/sen/soziales/themen/pflege-und-rehabilitation/besondere-personengruppen/, Stichwort „Schwerstkranke- und Sterbende“ abgerufen werden.

Zudem gibt es für Ärzte und Patienten die Möglichkeit, kostenfreie Exemplare bei der Broschürenstelle der Senatsverwaltung per E-Mail: broschuerenstelle@sengs.berlin.de oder unter der Rufnummer 90 28-28 25 / 28 26 anzufordern.

KBV-Kampagne

„Wir arbeiten für Ihr Leben gern“

In rund 85 deutschen Städten sind seit Anfang Juni wieder Plakate mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten zu sehen, die mit dem Slogan „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“ werben.

Die Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gibt es mittlerweile seit drei Jahren. Echte Ärzte und Psychotherapeuten zeigen die aktuelle Arbeitssituation im niedergelassenen Bereich, wobei in diesem Jahr der Schwerpunkt auf dem Thema „Leistungsfähigkeit in der ambulanten Versorgung“ liegt. Erstmals zeigen die Plakate auch Patienten, beispielsweise mit deren Arzt des Vertrauens, bzw. werden sie in Slogans wie „Meine Patienten werden vom Chef behandelt. Und zwar alle.“ genannt.

Auch die Nachwuchskampagne „Lass Dich nieder!“ geht in diesem Jahr in eine neue Runde. So soll es im Herbst wieder gezielte Plakatierungs- und Werbeaktionen an den deutschen Hochschulmedizin-Standorten geben. „Trotz schwieriger Rahmenbedingungen stellt die Niederlassung für den medizinischen Nachwuchs eine ausgezeichnete Perspektive dar. Bis zum Jahr 2021 werden 50.000 Mediziner altersbedingt aus der Versorgung ausscheiden. Wir müssen alles dafür tun, die Niederlassung insbesondere in den ländlichen Regionen interessant zu gestalten“, sagte KBV-Vorstand Dipl.-Med. Regina Feldmann. „Schon heute sind 2.800 Zulassungsmöglichkeiten nicht besetzt. Davon entfallen alleine über 2.100 mögliche Optionen auf den hausärztlichen Bereich.“

Patientensicherheit

1. Internationaler Aktionstag

Um das Bewusstsein für vermeidbare Risiken zu schärfen, wollen am 17. September die Plattform Patientensicherheit, das Aktionsbündnis Patientensicherheit und die Stiftung Patientensicherheit zusammen mit ihren Partnerorganisationen ein Zeichen setzen. Mit öffentlichkeitswirksamen Aktionen in

Deutschland, Österreich und der Schweiz wollen die Macher zeigen, dass Patientensicherheit eine entscheidende Rolle bei der medizinischen Versorgung einnimmt. Unter dem Motto „Hygiene und Vermeidung von Infektionen in Gesundheitseinrichtungen“ sind alle Gesundheitseinrichtungen – von Krankenhäusern über Pflege-

heime, Rehabilitationszentren bis hin zu Arztpraxen – aufgerufen, am 17. September zu zeigen, was sie bereits tun, um Infektionen und andere Risiken zu vermeiden.

„Der Internationale Tag der Patientensicherheit lebt vom Mitmachen. Wir wollen alle Akteure mobilisieren und die Öffentlichkeit sensibilisieren“, so die Vorsitzenden der drei Organisatio-

nen. Geplant sind Aktionen wie Tage der offenen Tür, Podiumsdiskussionen, Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen in Krankenhäusern, Unikliniken und anderen Einrichtungen. Ausführliche Informationen zum 1. Tag der Patientensicherheit und zu den geplanten Aktivitäten gibt es im Internet unter: www.patient-safety-day.org oder unter: www.aps-ev.de

Dialog

Hermann Gröhe im Bürgergespräch

Was ist Ihnen persönlich wichtig im Leben? Was macht Ihrer Meinung nach Lebensqualität in Deutschland aus? Zu diesen und anderen Fragen möchte die Bundesregierung mit Bürgerinnen und Bürgern direkt ins Gespräch kommen und lädt am 28.07.2015 zwischen 17 und 20 Uhr gemeinsam mit der Charité zu einer Diskussionsveranstaltung mit Hermann Gröhe (CDU), dem Bundesminister für Gesundheit, ein.

Die Ergebnisse der Bürgerdialoge werden gesammelt und wissenschaftlich ausgewertet. Aus den gewonnenen Erkenntnissen sollen so Indikatoren für Lebensqualität entwickelt werden, an denen sich die Bundesregierung künftig orientieren will. Angelehnt an diesen Indikatoren soll ein Aktionsplan entwickelt werden, mit dem die Bundesregierung konkrete Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der Lebensqualität ergreifen möchte.

Interessierte können sich gern per Email unter malek.bajbouj@charite.de für die Veranstaltung in der Charité, Campus Mitte Forschungsgebäude, CharitéCrossOver CCO im Virchowweg 6 anmelden.

Neue Kurzinformation für Patienten

„Nehme ich zu viele Medikamente ein?“

Wer wegen vieler Beschwerden oder Krankheiten dauerhaft behandelt wird, muss oft zahlreiche Arzneimittel nehmen. In der Fachsprache heißt die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente Multimedikation oder Polypharmazie. Problematisch ist dabei, dass mit steigender Anzahl der eingenommenen Arzneimittel nicht mehr vorhersehbar ist, was im Körper passiert. Die Medikamente wirken nicht nur für sich allein, sondern beeinflussen sich auch gegenseitig. Neben den erwünschten Wir-

kungen, wie Beschwerden oder Krankheiten lindern, können unerwünschte Wirkungen auftreten. Oft sind dies allgemeine Beschwerden, zum Beispiel Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Schwindel, Übelkeit, Verwirrtheitszustände oder Benommenheit. Nicht immer lässt sich die Einnahme vieler Arzneimittel vermeiden, aber manchmal sind einige Medikamente unnötig. In der Kurzinformation „Nehme ich zu viele Medikamente ein?“ erfahren Leser, wie es zu Multimedikation

kommt und welche Risiken damit verbunden sind. Und sie finden Informationen, was sie selbst dazu beitragen können, dass sie nur die wirklich benötigten Medikamente nehmen.

Interessierte finden das Informationsblatt „Nehme ich zu viele Medikamente ein?“ sowie Informationen zu über 50 weiteren Themen im Internet unter: <http://www.patienten-information.de/kurzinformation-fuer-patienten> -> Stichwort Multimedikation. Die Reihe „Kurzinformationen für Patienten (KIP)“ entwickelt das ÄZQ im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK). Das ÄZQ erstellt dafür doppelseitige Dokumente im DIN-A4-Format, die als PDF-Download zum Ausdrucken bereit stehen.



Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

DRK Kliniken Berlin Zum 18. Mai 2015 wurden

Dr. Christian Friese und Michael Hoffmann in die Geschäftsleitung der DRK Kliniken Berlin berufen. Dr. Friese verantwortet künftig den Arbeitsbereich Personal, Recht und Compliance, Michael Hoffmann ist zuständig für Einkauf, Logistik, Dienstleistungen sowie IT. Friese war zuvor Geschäftsführer beim Berliner Klinikverbund Vivantes und dort verantwortlich für den Bereich Personalmanagement. Michael Hoffmann war bislang als Geschäftsführer der Rhenus Eonova GmbH, einem deutschen Krankenhauslogistikunternehmen, tätig. Er ist spezialisiert auf alle nichtmedizinischen Bereiche des Krankenhauses wie Logistik, Einkaufsadministration und Krankenhausvollversorgung.

Information über Veränderungen bitte an
Tel.: 030 / 408 06-41 00/-41 01, Fax: -41 99,
E-Mail: m.braun@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

Lungenkrebs weiter mit hoher Sterberate – mehr Erkrankungen bei Frauen

Anlässlich des Weltnichtraucher-tages am 31.05.2015 hat das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR) aktuelle Daten zum Lungenkrebs veröffentlicht. Danach ist Lungenkrebs nach wie vor mit einer hohen Sterblichkeit verbunden und das Rauchen hat immer noch gravierende gesundheitliche Folgen.

In Berlin entfielen 2012 bei Männern allein 1.530 von 7.878 Krebsneuerkrankungen auf Lungentumoren. Das waren trotz eines

kontinuierlichen Rückgangs der Neuerkrankungsrate in den vergangenen zehn Jahren immer noch rund 19 Prozent aller Krebserkrankungen. Damit nimmt Lungenkrebs in Berlin Rang 1 vor Prostata- und Darmkrebs ein. Und auch bei den Krebstodesfällen stehen Lungentumoren mit 1.343 von 4.673 Fällen (29 Prozent) im Jahr 2012 auf Platz 1.

Anders als bei den Männern stieg die Krebserkrankungsrate für Lungenkrebs bei den Frauen in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich an. Von insgesamt 8.489 neu an Krebs erkrankten

Berlinerinnen erhielten 931 im Jahr 2012 die Diagnose Lungenkrebs. Nur Brust- und Darmkrebs wurde häufiger diagnostiziert. Mit 792 Gestorbenen ist Lungenkrebs in Berlin die häufigste Krebstodesursache bei Frauen, häufiger noch als Brust- (700 Gestorbene) und Darmkrebs (467 Gestorbene). Diese Situation findet sich außer in Hamburg in keinem anderen Bundesland.

Für Vergleiche zwischen Berlin und dem Bundesdurchschnitt sowie für Vergleiche auf Stadt-Bezirksebene innerhalb des Landes Berlin sind über die Website des GKR unter der Rubrik „Daten“

zwei aktuelle Publikationen abrufbar: www.berlin.de/gkr/dienstleistungen/daten

In Landes- und Bezirksdatenblättern sind für über 20 Lokalisationen und Lokalisationsgruppen grafische bzw. tabellarische Informationen zum aktuellen Krebsgeschehen aufbereitet. Es wird zudem über die Trends der Neuerkrankungen in den vergangenen zehn Jahren (Diagnosejahre 2003-2012), über Zahlen zur Krebsprävalenz und zur Krebssterblichkeit berichtet.

Weitere Informationen bei Roland Stabenow, Leiter der Registerstelle des GKR, Tel.: 56 58 14 10, E-Mail: roland.stabenow@gkr.berlin.de

*Ibuprofen***Warnung vor zu hohen Dosen**

Unter der Therapie mit Tagesdosen von Ibuprofen über 2.400 mg oder über 1.200 mg Dexibuprofen besteht ein geringfügiges Risiko für das Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse. Es ist vergleichbar mit dem Risiko, das mit der Einnahme von Diclofenac oder COX-2-Inhibitoren verbunden ist. Die hohen Dosen sollten insbesondere bei Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen vermieden werden, ebenso bei Rauchern, bei Bluthochdruck, Diabetes mellitus und hohen Blut-Cholesterol-Werten. Bei Dosen unter 1.200 mg/d Ibuprofen konnte kein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse beobachtet werden.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160(16): 92

*Kodein***Nicht für Kinder unter 12 Jahren**

Eine weitere europäische Organisation, die Coordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures (CMDH), hat sich für Einschränkungen der Anwendung von Kodein bei Kindern ausgesprochen. Bei Husten und Erkältungskrankheiten ist

- Kodein kontraindiziert bei Kindern unter 12 Jahren, bei stillenden Frauen und bekannten ultraschnellen CYP2D6-Metabolisierern
- Kodein nicht empfohlen bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren bei vorhandener Einschränkung der Atemfunktion.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160(18): 104

*Methadon***Long-QT-Syndrom**

Methadon zur Substitutionstherapie bei Suchtkranken kann hoch dosiert werden, birgt allerdings die Gefahr eines Kammerflimmerns. Ein 33-Jähriger musste innerhalb von 36 Stunden viermal defibrilliert werden, da er sich weigerte, zugunsten eines anderen Substitutionsmittels (z.B. Buprenorphin) auf Methadon (220 mg/d) und Diazepam 50 mg/d zu verzichten. Aufgrund der permanenten Gefahr eines plötzlichen Herztodes wurde eine Implantation eines permanenten Defibrillators durchgeführt und die Dosis von Methadon leicht reduziert.

Quelle: Notarzt 2015;2: 93-4

*Arzneistoffe***Austausch-Verbotsliste erweitert**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich auf vier zusätzliche Arzneistoffe geeinigt, deren Fertigarzneimittel von Apotheken nicht mehr ausgetauscht werden dürfen: Buprenorphin in transdermalen Pflasterpräparaten, Oxycodon in Präparaten mit unterschiedlichen Einnahmeintervallen, das Antiepileptikum Phenobarbital und der Blutverdünner Phenprocoumon. Bei Morphin, Fentanyl, Oxcarbazepin und Topiramid gebe es keine Anhaltspunkte, dass geringfügige Änderungen der Dosis oder Konzentration des Wirkstoffes zu klinisch relevanten Veränderungen in der angestrebten Wirkung führten, ein Austausch der Präparate sei daher noch möglich. Bereits auf der Verbotsliste:

- Betaacetyldigoxin,
- Phenytoin,
- Levothyroxin,
- Tacrolimus,
- Ciclosporin.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160(18): 6-7

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf
Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 43 02-22 72

Update der S3-Leitlinie Allergieprävention weicht von Empfehlung der Nationalen Stillkommission ab

Die Nationale Stillkommission (NSK) am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) weist darauf hin, dass ihre Empfehlungen zur Dauer des Stillens und zur Einführung von Beikost weiterhin Bestand haben. Demnach sollten Säuglinge mindestens bis zum Beginn des 5. Monats ausschließlich gestillt werden. Frühestens zu diesem Zeitpunkt und spätestens mit Beginn des 7. Monats sollte zusätzlich zum Stillen Beikost gefüttert werden. Anlass für diese Mitteilung ist eine Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Allergieprävention, die von den bestehenden Empfehlungen abweicht. Dies hat in den vergangenen Monaten häufig zur Verunsicherung von Eltern und Fachpersonal geführt.

Die S3-Leitlinie zur Allergieprävention wurde von medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet und zuletzt 2014 aktualisiert. Im Gegensatz zu den Empfehlungen der NSK wird in der S3-Leitlinie volles Stillen in den ersten 4 Monaten und die Fütterung von Beikost nach dem 4. Monat empfohlen. Als Gründe für die Änderung der Beikostempfehlung werden der steigende Nährstoffbedarf der Kinder und der Beitrag der Beikostfütterung zur Allergieprävention genannt. Die Nationale Stillkommission hat zu den



Bundesinstitut für Risikobewertung

Änderungen dieser Empfehlungen in der S3-Leitlinie zur Allergieprävention Stellung genommen. Die Expertinnen und Experten kommen zu dem Ergebnis, dass es gegenwärtig keine wissenschaftlichen Gründe dafür gibt, die bisherigen NSK-Empfehlungen zum Stillen und zum Beginn der Beikostfütterung zu ändern. Insbesondere fehle ein wissenschaftlicher Beleg dafür, dass aus Gründen eines steigenden Nährstoffbedarfs generell ab Beginn des 5. Monats Beikost gefüttert werden sollte.

Nach Ansicht der Nationalen Stillkommission haben die folgenden Handlungsempfehlungen weiterhin Gültigkeit:

- Säuglinge sollten mindestens bis zum Beginn des 5. Monats ausschließlich gestillt werden.
- Auch nach Einführung von Beikost – frühestens mit Beginn des 5. Monats, spätestens mit Beginn des 7. Monats – sollten Säuglinge weiter gestillt werden.
- Ab wann ein Säugling innerhalb des ge-

nannten Zeitfensters zusätzlich Beikost benötigt, ergibt sich individuell in Abhängigkeit vom Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes.

- Die Stilldauer insgesamt bestimmen Mutter und Kind.

Diese Empfehlungen hat die Kommission gemeinsam mit den pädiatrischen Fachgesellschaften erarbeitet. Neben ernährungsphysiologischen Aspekten wurden auch Daten zur Auswirkung des ausschließlichen Stillens bzw. der Beikostfütterung auf das Wachstum, die Entwicklung und spätere Krankheitsrisiken des Kindes berücksichtigt. So haben Säuglinge, die 4 bis 6 Monate lang ausschließlich gestillt wurden, ein deutlich geringeres Infektionsrisiko zum Beispiel bei Atemwegsinfekten. Weitere Krankheiten, die bei gestillten Kindern im späteren Leben seltener auftreten können, sind Übergewicht und Diabetes mellitus Typ 2.

Die ausführliche Stellungnahme der Nationalen Stillkommission zur Änderung der S3-Leitlinie zur Allergieprävention steht unter dem folgenden Link zur Verfügung:

<http://www.bfr.bund.de/cm/343/update-der-s3-leitlinie-allergiepraevention-weicht-von-stillempfehlung-der-nationalen-stillkommission-ab.pdf>

Fortbildung



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

4. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

in Kooperation mit der
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft



Nach den Erfolgen der Fortbildungskongresse der vergangenen Jahre lädt die Ärztekammer Berlin zusammen mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zum 4. Fortbildungskongress am 05. Dezember 2015 ein.

Auch in diesem Jahr werden wir ein Programm auflegen, das sich wesentlichen medizinischen Themen und ärztlichen Fähigkeiten in Plenarveranstaltungen sowie verschiedenen Workshops widmet.

Kongressleitung:

Dr. med. Günther Jonitz,
Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig,
Dr. med. Matthias Brockstedt

Termin: Samstag, 05. Dezember 2015

Veranstaltungsort:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16 in
10969 Berlin

Teilnehmerentgelt:

45,00 EUR Mitglieder Ärztekammer Berlin
65,00 EUR Nichtmitglieder Ärztekammer Berlin

Anmeldung:

Andrea Hofmann
Tel.: 030 / 408 06-12 05
E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Das Programm folgt in Kürze

Ombudsmann

Neuer Ombudsmann der Kammer hat die Arbeit aufgenommen

Dr. med. Johannes Bruns, Facharzt für Innere Medizin sowie Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie ist der neue Ombudsmann der Ärztekammer Berlin. Er wurde Anfang März von der Delegiertenversammlung als Vertrauensperson (Ombudsmann) in Weiterbildungsfragen der Ärztekammer Berlin gewählt.

Dr. med. Johannes Bruns arbeitet seit über 35 Jahren als Arzt und war bis 2002 als Chefarzt und Ärztlicher Direktor in der Grunewaldklinik und danach als leitender Oberarzt in der Geriatrischen Abteilung am Evangelischen Krankenhaus Hubertus tätig. Aktuell ist er mit einer Privat-/Gutachter-Praxis niedergelassen.

Seit über 25 Jahren engagiert sich Dr. Bruns in verschiedenen ehrenamtlichen Gremien der Ärztekammer Berlin und war



Foto: M. Braun

Mitglied im gemeinsamen Weiterbildungsausschuss, Krankenhausausschuss und im Weiterbildungsausschuss Widerspruch. Er ist Prüfer für Weiterbildungsanerkennungen und Beauftragter für Gesundheitsförderung und Prävention. Zusätzlich ist er in verschiedenen Gremien der Bun-

desärztekammer aber auch im Berufsverband Deutscher Internisten aktiv.

Aufgaben des Ombudsmannes

Der Ombudsmann in Weiterbildungsfragen der Ärztekammer Berlin ist ehrenamtlich tätig und steht Ärztinnen und Ärzten in Berlin beratend und helfend zur Seite, wenn in Weiterbildungsangelegenheiten Probleme entstehen, die weder durch die Weiterbildungs-gremien noch durch die Verwaltung zu lösen sind.

Wer kann sich an den Ombudsmann wenden?

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Weiterbildungsbefugte.

Vertraulichkeit/Einverständniserklärung

Der Ombudsmann behandelt sämtliche Anfragen vertraulich.

Er hat das Recht zur Akteneinsicht in Weiterbildungsfragen und kann bei den Weiterbildungsausschüssen und dem Vorstand Informationen und Einschätzungen einholen, sofern eine schriftliche Einverständniserklärung der/des Ratsuchenden vorliegt. Ein Formular für eine Einverständniserklärung finden Interessierte auf der Internetseite der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de -> Arzt -> Weiterbildung -> Ombudsmann.

Ärztinnen und Ärzte können sich unter folgenden Kontaktdaten an den Ombudsmann wenden:

E-Mail: ombudsmann@aekb.de,
Tel.: 030 / 408 06-11 01

(Sekretariat Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung)

oder per Post: Ärztekammer Berlin, Ombudsmann, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin.

Hauptstadtkongress

Aktuelle und künftige Entwicklungen im Gesundheitswesen

Drei Tage, 180 Einzelveranstaltungen und 8.150 Teilnehmer – Mitte Juni fand im CityCube der 18. Hauptstadtkongress für Medizin und Gesundheit statt. Schwerpunktthema war die Digitalisierung der Medizin, wobei auf der Agenda auch Themen wie die Gesundheitspolitik der 18. Legislaturperiode, Personalisierte Medizin oder der Transfer von Forschungsergebnissen in die Krankenhausversorgung standen. Außerdem wurde der

Krankenhaus Rating Report 2015 vorgestellt und erstmals fand der Fachärztetag, der gemeinsam mit dem Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (SpiFa) organisiert wurde, im Rahmen des Hauptstadtkongresses statt. Dort war unter anderem Ärztekammerpräsident, Dr. Günther Jonitz, mit seinem Vortrag „Fachärzte im ärztlichen Verbund“ im Rahmen der Veranstaltung zum Thema „SpiFA: Fachärzte heute und morgen“ vertreten.

Weiterhin war Vorstandsmitglied Dr. Werner Wyrwich mit einem Vortrag zur „Simulationsmedizin – Wirkung ohne Nebenwirkung“ zugegen und Dr. Eva Müller-Dannecker, Mitglied der Delegiertenversamm-

lung, nahm am Deutschen Pflegekongress 2015 zum Thema „Personalmix und Aufgabenverteilung in den Kliniken“ teil.

Einen ausführlichen Bericht zum diesjährigen Hauptstadtkongress lesen Sie in der August-Ausgabe von BERLINER ÄRZTE.



Promotionsfeier

Ärztekammer Berlin gratuliert 102-jährigen Ärztin zur erfolgreichen Promotion

Prof. Dr. Dr. Ingeborg Syllm-Rapoport hat am 9. Juni 2015 im Rahmen einer Feierstunde im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) ihre Promotionsurkunde überreicht bekommen. Bereits im Mai hatte die vermutlich älteste Promovendin der Welt 77 Jahre nach Abgabe ihrer Dissertationsschrift über Diphtherie vor drei Professoren des Universitätsklinikums erfolgreich ihre mündliche Prüfung abgelegt. Prof. Uwe Koch-Gromus, Dekan der Medizinischen Fakultät und ihr Doktorvater, berichtete anschließend begeistert: „Nicht nur unter Berücksichtigung ihres hohen Alters war sie einfach brillant. Wir waren beeindruckt von ihrer intellektuellen Wachheit und sprachlos über ihr Fachwissen – auch im Bereich moderner Medizin.“ Prof. Dr. Dr. Ingeborg Syllm-Rapoport hat ihr Studium mit der Gesamtnote magna cum laude (mit großem Lob, eine besonders anzuerkennende Leistung) abgeschlossen.

Prof. Rapoport hat in Hamburg Medizin studiert, war von 1937 bis 1938 Assistenzärztin am Israelitischen Krankenhaus Hamburg und fertigte während die-



Prof. Dr. Dr. Ingeborg Syllm-Rapoport mit ihrem Doktorvater Prof. Uwe Koch-Gromus bei der Feierstunde in Hamburg.

ser Zeit ihre Doktorarbeit an. Deren Einreichung und die Zulassung zur mündlichen Prüfung wurden ihr aber aufgrund ihrer jüdischen Abstammung und der geltenden „Rassengesetze“ von den nationalsozialistischen Hochschulbehörden verweigert. Der damalige Direktor der Kinderklinik am UKE, Prof. Dr. Rudolf Degkwitz, bestätigte ihr in einem Schreiben von 1938, dass er diese Arbeit als Doktorarbeit angenommen hätte, „wenn nicht die geltenden Gesetze wegen der Abstammung des Fr. Syllm die Zulassung zur Promotion unmöglich machten“. 1938 emigrierte Ingeborg Syllm-Rapoport in die USA, wo sie

nochmal zwei Jahre studieren musste, um dann ihren Abschluss erneut zu machen. Gemeinsam mit ihrem Mann, Samuel Mitja Rapoport (1912–2004), und ihren vier Kindern

zog sie dann 1950 in die DDR, wo sie 1969 an der Berliner Charité den ersten Lehrstuhl für Neonatologie Deutschlands übernahm. Heute lebt sie in Berlin-Pankow.

Intensivseminar

Patientensicherheit lernen - 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? In diesem gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit angebotenen Seminar werden ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen vermittelt.

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 01.09.-01.10.2015

Präsenzseminare: 02.-03.10.2015 und 13.-14.11.2015

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

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 550 Euro und die Teilnehmerzahl ist auf 25 Personen begrenzt.

Dörte Bünning Tel.: 030 / 408 06-12 06,

E-Mail: d.buenning@aekb.de

Anerkannt mit 37 Fortbildungspunkten.

Der Geist von Frankfurt

Bericht vom 118. Deutschen Ärztetag
in Frankfurt am Main

Die Eröffnung des 118. Deutschen Ärztetages ist an historischer Stätte begangen worden. Die Frankfurter Paulskirche wurde in zahlreichen Reden des Ärztetages als Synonym für revolutionären demokratischen Geist bemüht. Ob in der Mainmetropole ein revolutionärer Ruck zu verspüren war und welche Rolle die Berliner Delegierten spielten, lesen Sie hier.

Von Sascha Rudat

„ I don't need no doctor – 'Cause I know what's ailing me“ – Ich brauche keinen Arzt – weil ich weiß, was mich krank macht. Der Ray Charles-Song, der die Eröffnung in der hellen Paulskirche einleitete, hätte im ersten Moment Widerspruch im ärztlichen Gemüt hervorrufen können. Doch schnell wurde klar, dass hier Liebeskummer besungen wurde, der nur in Ausnahmefällen durch ärztliches Zutun kuriert werden kann. Rasch bemühten sich jedoch alle nachfolgenden Redner zu betonen, dass Ärzte natürlich dringend gebraucht würden. Schließlich wollte es sich niemand mit der versammelten verfassten deutschen Ärzteschaft verscherzen.

BÄK-Präsident Frank Ulrich Montgomery arbeitete in seiner Rede routiniert alle aktuellen Themen ab: Angriff auf die Terminvergaberegulation („Wer das Recht hat, muss auch die Pflicht haben“ – also die Patienten), mangelhafte Krankenhausfinanzierung („Pflegepersonal und Ärzte sind völlig überlastet“), neue Zweitmeinungsregelung („Einholen einer Zweitmeinung darf nicht zur Pflicht werden“), Direktzugang zur Physiotherapie („Verantwortung für Indikation muss beim Arzt bleiben“), Antikorruptionsgesetz („Keine abstrakten Verdächtigungen zulassen“), Präventionsgesetz („Nehmen Sie die Ärzte in den Präventionsbeirat auf“). Montgomery ließ also kaum ein gutes Haar am GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Lediglich der Verbesserung der Finanzierung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin konnte er Positives abgewinnen. Insgesamt sieht er die Ärzteschaft bei der Lösung der Probleme im Gesundheitswesen vorne: „Wir wollen Lösungen und nicht anklagende Problembeschreibungen. Wir Ärzte sind hier mal wieder vorne weg!“ Als Beispiel führte er den Umgang mit der Krise in der Transplantationsmedizin an. Auch die aktuelle Verhinderung der Normung von ärztlichen Leistungen auf EU-Ebene führte er als Erfolg ins Feld (eine Initiative, die übrigens frühzeitig von der Ärztekammer Berlin ausging). So viel Kritik Montgomery an der Politik der Großen Koalition auch fallen ließ, umso mehr lobte er die



Berlins Kammerpräsident Jonitz: Der Politik konkrete Lösungsangebote machen.

gute Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsministerium. Er dankte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) ausgiebig für die gute Gesprächsatmosphäre.

Gröhe vermied es bei seiner anschließenden zweiten Ärztetagsrede, den Ärzten allzu viel Reibungsfläche zu liefern. Natürlich ging er auf die von Montgomery genannten Kritikpunkte ein und erläuterte, was an den geplanten Gesetzesvorhaben aus seiner Sicht gut und richtig sei. Aber das Ganze blieb moderat im Ton. Da hatte man in der Vergangenheit schon andere Formen des Schlagabtauschs zwischen Minister/in und BÄK-Präsidenten erlebt.

Jonitz: Kritisieren alleine reicht nicht

Montgomerys Rede wurde später im Plenum von den DÄT-Delegierten mal gelobt, mal als zu zahm bezeichnet. Unter dem „TOP Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik“ wurden dann zahlreiche Punkte behandelt, die zuvor angerissen worden waren. In diesem Bericht soll sich dabei vor allem auf die Beiträge der Berliner Delegierten konzentriert werden. Berlins Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) mahnte die Delegierten, sich nicht allzu sehr aufs Kritisieren zu konzentrieren, sondern der Politik kon-

krete Lösungsangebote für die bestehenden Probleme zu machen. Nur so würde die Ärzteschaft im politischen Diskurs ernst genommen. Daneben richtete er die Frage an die Delegierten, wie man es anstellen könnte, die Folgekosten von aktuell 4 Euro auf 1 Euro Arzthonorar zu reduzieren. Ziel sollte sein: 2 Euro Honorar und 2 Euro Folgekosten. „Mehr Arzt und weniger Medizin wäre das Beste für alle“, erklärte er.

Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) lobte Montgomery für seine Anmerkungen zur Notwendigkeit der ärztlichen Schweigepflicht, die nach dem dramatischen Absturz des German Wings-Airbus plötzlich in der Diskussion stand. „Die Behandlungsunterlagen des Piloten wurden von der Uni Düsseldorf ohne Not und Druck herausgegeben“, stellte Veelken fest. Michael Janßen (Hausärzte in Berlin) erklärte mit Blick auf die geplante Einrichtung von Terminservicestellen, dass es durchaus Fehlsteuerungen im System gebe. „Ein Überweisungsvorbehalt wäre denkbar, um Fachärzte zu entlasten.“ Gleichzeitig wies er darauf hin, dass andere Berufe bereit stünden, ärztliche Aufgaben zu übernehmen – inklusive Budgetverantwortung. Er riet jedoch von einer „reflexhaften Abwehrhaltung“ der Ärzteschaft ab.



Berliner Delegierte I.

In Sachen Korruptionsbekämpfung machten sich die Delegierten Matthias Lohaus und Klaus-Peter Spies (beide Allianz Berliner Ärzte) zusammen mit anderen in einem angenommenen Antrag dafür stark, dass Korruptionsstrafrecht rechtsicher zu formulieren. Daneben forderten sie eine Änderung des GKV-VSG, insbesondere bei den Punkten Zwangsaufkauf von Arztpraxen und Einführung von Terminservicestellen.

Versagen bei der Ebola-Bekämpfung

Eines der beiden zentralen Themen, das sich nicht mit innerärztlichen Belangen beschäftigte, war „Medizin in Zeiten globaler Epidemien“. Insbesondere der bewegende Vortrag von Tankred Stöbe, Vorstandsvorsitzender von Ärzte ohne Grenzen Deutschland, rüttelte die Delegierten auf. In diesem Vortrag wurde das geballte Versagen der westlichen Industriestaaten und insbesondere der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei der Bekämpfung der Ebola-Epidemie deutlich. Gleichzeitig zeigte Stöbe, unter welchen extremen Bedingungen Ärztinnen und Ärzte in Afrika mit ganz pragma-

tischem Vorgehen Erfolge verzeichnen konnten. Doch blieb sein Ausblick düster: Ebola sei noch nicht vorbei. Daher sei es notwendig, die betroffenen afrikanischen Staaten beim Aufbau funktionierender Gesundheitssysteme zu unterstützen und die Bevölkerung weiter aufzuklären. Gleichzeitig müsse die WHO künftig ihre Führungsrolle wirklich wahrnehmen.

Der zweite Vortrag in diesem TOP beschäftigte sich mit der Situation in Deutschland. Der Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes, René Gottschalk, schilderte den immensen Aufwand, den jeder an Ebola erkrankte Patient in Deutschland verursache (16 Ärzte und Pfleger auf einen Patienten), aber es habe sich gezeigt, dass man in Deutschland gut aufgestellt sei.

Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) und Michael Janßen (Hausärzte in Berlin) forderten die Bundesregierung in zwei Anträgen auf, den Wiederaufbau der maroden Gesundheitssysteme in Westafrika zu unterstützen und die Verpflichtung, zwei Prozent des Haushaltes für die Entwicklungshilfe aufzuwenden, einzuhalten. Beide Anträge wurden angenommen. Veelken zeigte sich aber pessimistisch: „Ich befürchte, dass sich das staatliche Versagen fortsetzen wird.“

Mehr Kommunikation wagen

Unter dem TOP „Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag – Verstehen und Verständigen“ bündelten sich drei umfangreiche Vorträge des Allgemeinmediziners Ulrich Schwantes, Vizepräsident der Ärztekammer Brandenburg, der Kölner Medizinsoziologin Nicole Ernstmann und des Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke. Einig waren sich alle Referenten, dass eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation wichtiger denn je sei. Ärzte könnten das dafür notwendige „Handwerkszeug“ erlernen, doch wesentlicher ist laut Schwantes die ärztliche Haltung, soll heißen, es müsse auch der Wille da sein, zu kommunizieren und Kommunikation als wesentlichen Bestandteil der ärztlichen Behandlung zu begreifen.

Wenig verwunderlich, dass diese Thesen keinen Widerspruch unter den Delegierten hervorriefen. Der BÄK-Vorstand forderte in einem Entschließungsantrag u. a., dass die medizinischen Universitäten die in der Approbationsordnung für Ärzte festgelegte Kompetenzentwicklung in der ärztlichen Gesprächsführung konsequent ausbauen müssten und die Arbeits- und Rahmenbedingungen in



Berliner Delegierte II.



Vizepräsident Elmar Wille (li.) und Roland Urban im Gespräch.

Praxis und Klinik eine geeignete und ruhige Kommunikationssituation ermöglichen müssten, die den Schutz der persönlichen Daten und der ärztlichen Schweigepflicht gewährleistet.

Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) erklärte: „Wir müssen den innerärztlichen guten Ruf erhalten und die Kommunikationsfähigkeit weiter ausbauen. Man kann Vertrauen der Patienten in Sekunden kaputt machen, es braucht Jahre, es wieder aufzubauen. Das Heer von Heilpraktikern könnten wir sofort eindämmen, wenn wir mehr zuhören würden.“

GOÄ: Der Chef delegiert

Der von den Delegierten vielleicht mit größter Spannung erwartete Tagesordnungspunkt war die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Von BÄK-Präsident Montgomery dereinst zur „Chefsache“ deklariert, wuchs die innerärztliche Kritik an dem schleppenden Verfahren in den vergangenen Jahren stetig. Um den Kritikern den Wind aus dem Segeln zu nehmen, wurde die GOÄ-Reform aus dem TOP „Tätigkeitsbericht“ ausgegliedert und zeitlich weit vorgezogen. So bestand nun auch keine unmittelbare Nähe mehr zur Vorstandswahl. Montgomery überließ zunächst dem BÄK-Verhandlungsführer Theo Windhorst (Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe) das Wort. Das Wichtigste zuerst: Die neue GOÄ soll im Oktober

2016 an den Start gehen. Windhorst erklärte unter anderem, dass im Zentrum des Informationspaketes, das BÄK und PKV-Verband dem Bundesgesundheitsministerium kürzlich übergeben haben, Neukalkulationen für GOÄ-Leistungen stünden, die besonders häufig abgerechnet werden und rund 85 Prozent des gesamten Honorarumsatzes ausmachen. Er betonte, die neu kalkulierten GOÄ-Ziffern seien klar betriebswirtschaftlich kalkuliert. So viel Windhorst und auch Bernhard Rochell, ehemaliger BÄK-Geschäftsführer und weiterhin mit der GOÄ-Reform beschäftigt, zum Sachstand des Verfahrens und dem Zeitplan berichteten, umso wortkarger wurden sie bei konkreten Zahlen – mit Verweis auf die

Verschwiegenheitsvereinbarung mit dem PKV-Verband und der Beihilfe. Mangelnde Transparenz und Beteiligungsmöglichkeiten waren denn in der Vergangenheit immer wieder die Hauptkritikpunkte der Ärzteschaft gewesen, denen sich die BÄK ausgesetzt sah. Umso überraschender war die vergleichsweise milde Kritik der Delegierten in Frankfurt. Offenbar konnten Windhorst und Rochell bei vielen Delegierten Ängste lindern.

Für leichte Irritationen sorgte ein Redebeitrag von Ellis Huber (Fraktion Gesundheit), der erklärte, dass die GOÄ die bestehenden Probleme im Gesundheitswesen nicht löse und daher abgeschafft gehöre. Da mochten nur wenige Delegierte folgen.

Angenommen wurde ein Antrag von Svea Keller und Klaus-Peter Spies (beide Allianz Berliner Ärzte), in dem sie forderten, dass die Leistungsbewertung der neuen GOÄ nicht dazu führen dürfe, „dass es zu einer schleichenden Abschaffung der niedergelassenen Facharztmedizin kommt. Bereits jetzt sind konservative Leistungen im Vergleich zu operativen Leistungen deutlich schlechter bewertet, was dazu führt, dass ein Teil der niedergelassenen Fachärzte an der Grenze der Rentabilität arbeitet.“



Der neue BÄK-Vorstand.

M-WbO: Es geht wieder mal voran

Die nächste Dauerbaustelle war die Novelle der Muster-Weiterbildungsordnung (M-WbO). Der Vorsitzende der BÄK-Weiterbildungsgremien, Franz Bartmann (Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein), stellte umfassend den aktuellen Stand der Novelle vor. Kernaussage ist „Weiterbildung ist ärztliche Berufsausübung“. Außerdem soll die ambulante Weiterbildung in allen Gebieten gestärkt werden. Verpflichtende Wb-Abschnitte soll es nur bei gesicherter Finanzierung der Stellen geben. Insgesamt sei die Novelle auf Kurs. Einen konkreten Zeitplan konnte Bartmann indes nicht vorlegen.

Außer zweier Vorstandsanträge, die sich mit der Stärkung und der Finanzierung der Weiterbildung befassten, wurde ein Großteil der Anträge im Block an den Vorstand überwiesen. Darunter war auch eine ganze Reihe von Anträgen aus Berlin. So zum Beispiel der fraktionsübergreifende Antrag der Berliner Delegierten zur Finanzierung der Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich, der in der vergangenen Delegiertenversammlung diskutiert worden war (s. BERLINER ÄRZTE 6/2015). Darin heißt es: „Der Gesetzgeber wird aufgefordert, Regelungen zu schaffen, welche die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich für alle Fachgebiete sicherstellen. Die Kosten der ärztlichen Weiterbildung sollen durch die Krankenversicherungen übernommen werden.“

Zu Protesten kam es, als aus Zeitnot vor dem Ende der Rednerliste Schluss der Debatte beschlossen wurde. Einige Berliner Delegierte kamen daher nicht mehr zu Wort.

BÄK-Haushalt: Der Widerstand wächst

Früher war die Debatte über den Haushalt der Bundesärztekammer häufig der letzte Tagesordnungspunkt, bei dem viele



Die Rote Karte aus Berlin.

Delegierte bereits abgereist waren. Einstimmigkeit war mehr oder weniger Tradition. Das hat sich grundlegend geändert, seitdem die Ärztekammer Berlin erstmals vor zwei Jahren die Zustimmung zum Haushaltsplan verweigert hatte und das strukturelle Defizit bemängelte. Seitdem sind die BÄK-Finzen ein innerärztliches Politikum, das viel diskutiert wird – aber noch niemals so umfangreich wie bei diesem Ärztetag.

Dem Auftrag nach einer Strukturreform versuchte die BÄK durch eine Struktur der Gremien nachzukommen. Wie Heidrun Gitter und Simone Heinemann-Meerz (Präsidentinnen der Ärztekammern Bremen und Sachsen-Anhalt) erläuterten, plane man, die aktuell 37 Gremien, Ausschüsse, Ständige Konferenzen und gemeinsame Einrichtungen auf 24 zu reduzieren. Dabei sollen die bestehenden Aufgaben weiter erfüllt, aber Redundanzen in der Gremienarbeit vermieden werden. Dazu gehörte auch die Überführung bisher bestehender Gremien mit eigenen Statuten wie die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin, die Deutsche Akademie der Gebietsärzte und den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung. Erwar-

tungsgemäß sorgte das nicht nur für Begeisterung unter den Delegierten – insbesondere bei den Mitgliedern der betroffenen Gremien war die Ablehnung groß – was Werner Wyrwich mit den Worten kommentierte, dass hier nach dem Sankt-Florians-Prinzip agiert würde: „Das kann es nicht sein.“ Klaus Thierse (beide Marburger Bund) wollte wissen, wie hoch die Einsparungen durch die geplante Gremienreform seien. Eine konkrete Antwort bekam er nicht. „Der BÄK-Vorstand hat vor zwei Jahren den Auftrag zur Strukturreform bekommen. Das Einzige, was uns vorgelegt wird, ist eine Umstrukturierung der Gremien“, ergänzte Thierse. Die Delegierten stimmten der Gremienreform trotzdem zu – mit der Einschränkung, dass beim 119. Deutschen Ärztetag im kommenden Jahr ein Konzept zur Überführung der beiden Akademien vorgelegt werden soll. Bis dahin bestehen sie unverändert fort.

Der Vorsitzende der BÄK-Finanzkommission, Franz Bernhard M. Ensink, erklärte, dass es „kein Zuckerschlecken“ gewesen sei, den BÄK-Haushaltsplan 2015/16 zu entwerfen. Weiterhin sind keine Erträge

aus dem BÄK-Anteil am Deutschen Ärzte-Verlag zu erwarten. Außerdem müssten die Pensionsrückstellungen für ehemalige BÄK-Mitarbeiter wegen des niedrigen Zinsniveaus bedeutend höher ausfallen. Diese höheren Rückstellungen (475.000 €) sind es denn auch, die rund die Hälfte der geplanten 6,08-prozentigen Erhöhung der Umlage der Landesärztekammern ausmacht. Ensink warnte gleichzeitig, dass man eine Organisation auch kaputt sparen könne.

Aus Sicht der Berliner Delegierten wird durch den Haushaltsplan das strukturelle Defizit weiterhin nicht beseitigt. Daher gab es aus Berlin wieder die Rote Karte – diesmal neben Rheinland-Pfalz auch von Brandenburg. Peter Bobbert (Marburger Bund) machte aber eindrucksvoll deutlich, dass Berlin die Rote Karte nicht um ihrer selbst willen gebe. Ihr liege vielmehr der Wunsch zugrunde, „von Anfang an in die Entscheidungsfindung einbezogen zu sein“. Bobbert warb für einen Antrag, der eine Änderung der Struktur der Finanzgremien vorsah. In dem Antrag heißt es: „Aktuell haben alle Landesärztekammern die Möglichkeit, sich bezüglich des Haushaltes in der Finanzkommission zu äußern. Da die Finanzkommission in der Regel einmal pro Jahr zu einem Zeitpunkt tagt, an dem wichtige Entscheidungen bereits getroffen sind, können hier durch die Landesärztekammern keine wesentlichen Beiträge mehr geleistet werden. Dem der Finanzkommission zuarbeitendem Gremium der ‚AG Mittelfristige Finanzplanung‘ gehören nicht alle Landesärztekammern an, so dass es diesen nicht möglich ist, sich frühzeitig bei der Gestaltung und Planung des Haushaltes

der Bundesärztekammer aktiv und produktiv zu beteiligen.“ Nachdem ein Antrag auf Nichtbefassung abgelehnt worden war, wurde der Antrag an den Vorstand überwiesen.

Für intensive Diskussionen sorgte daneben der Wiedereintritt in den Bundesverband der Freien Berufe (BFB), aus dem die BÄK Anfang 2014 ausgetreten war. Nach umfassenden Umstrukturierungen möchte die BÄK jetzt wieder eintreten. Dies ist mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von 125.000 Euro verbunden. Heinrich-Daniel Rühmkorf (Fraktion Gesundheit) sprach sich – wie auch andere – in einen Redebeiträge gegen eine Beteiligung an „diesem Lobbyverein“ aus. Es nützte nichts, der Wiedereintritt wurde mehrheitlich beschlossen.

Gewählt wurde auch

Und gewählt wurde natürlich auch noch. Doch anders als vor vier Jahren hielt sich die Spannung in Frankfurt in Grenzen. Überraschungen blieben bei der Wahl des BÄK-Präsidiums erwartungsgemäß aus. Routiniert führte BÄK-Ehrenpräsident Karsten Vilmar durch die Wahl, bei der Frank Ulrich Montgomery im Amt bestätigt wurde. Einen Gegenkandidaten gab es nicht. Bemerkenswert war daher einzig, dass nur 161 der 247 abgegebenen Stimmen für Montgomery plädierten. Dies besonders vor dem Hintergrund, dass seine wiedergewählten Stellvertreter Martina Wenker (Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen) und Max Kaplan (Präsident der bayerischen Landesärztekammer) ein mehr als deutliches Ergebnis einfahren konnten. So erhielt Wenker 221, Kaplan 209 Stimmen.



Der Berliner Delegierte Werner Wyrwich wählt.

Spannung kam lediglich bei der Wahl der beiden weiteren Ärztinnen/Ärzte für den BÄK-Vorstand auf. Zunächst setzte sich Ellen Lundershausen, HNO-Ärztin und Vizepräsidentin der Landesärztekammer Thüringen, gegen die hessische MB-Vorsitzende Susanne Johna durch. Lundershausen zog damit erneut in den BÄK-Vorstand an. Johna trat bei der Wahl um den zweiten Posten noch einmal an. Diesmal gegen die baden-württembergische Hausärztin Susanne Blessing und gegen Hausarzt Klaus Reinhardt (Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe). Nach dem ersten Wahlgang stieg Blessing aus. In der folgenden Stichwahl konnte sich Reinhardt knapp durchsetzen. Auch hier setzten die Delegierten also auf bekannte Gesichter und entschieden sich für Multifunktionär Reinhardt (Vorsitzender Hartmannbund).

Tätigkeitsbericht: Alles muss raus

Traditionell wurde unter dem TOP „Tätigkeitsbericht“ alles zusammengefasst, was nicht unter die übrigen Tagesordnungspunkte fiel. Doch diesmal war die Zahl der Anträge besonders hoch und der Beginn des Tagesordnungspunktes am späten Vormittag des letzten Tages besonders spät. Das rief unter den Delegierten verstärkt Kritik an diesem Verfahren hervor (s. auch die Stimmen der Berliner Delegierten). Zu Beginn gab es auch die Forderung, alle Anträge im



Der Name des Plenarsaals war in vielen Teilen Programm.

Block an den Vorstand zu überweisen. Das war dann aber Sitzungsleiter Montgomery etwas zu viel: „Wir können uns der Abstimmungsthematik nicht entziehen.“

An dieser Stelle sollen exemplarisch einige Anträge der Berliner Delegierten kurz vorgestellt werden. Eine vollständige Darstellung ist aufgrund der Vielzahl der Anträge leider nicht möglich.

So forderten unter anderen Günther Jonitz, Peter Bobbert, Thomas Werner und Werner Wyrwich (alle Marburger Bund) einen besseren Zugang zu medizinischen Fachpublikationen für Ärztinnen und Ärzte. Dabei kam es zu Diskussionen, ob dies haushaltsrelevant sei. Der Antrag wurde daher an den Vorstand überwiesen.

Für den Abbau von bestehenden Karrierehemmnissen für Ärztinnen und Ärzte mit familiären Verpflichtungen setzte sich Daniel Peukert (Hartmannbund) ein.

Listenübergreifend machten sich die Berliner Delegierten dafür stark, dass Gesetze und untergesetzliche Regelungen, die die ärztliche Berufsausübung betreffen, analog zur Nutzenbewertung medizinischer Verfahren ebenfalls vor Inkrafttreten einer Nutzenbewertung unterzogen werden. Der Antrag wurde angenommen.

Hans-Detlef Dewitz (Allianz Berliner Ärzte) setzte sich mit zwei angenommenen Anträgen dafür ein, dass der Datenschutz in der Flugmedizin, der nach der German-Wings-Tragödie aufgeweicht worden war, wiederhergestellt wird.



Wenn ein Schild nichts nützt...



Berliner Delegierte III.

Nicht befassen wollten sich dagegen die Delegierten mit einem Antrag von Ellis Huber, Eva Müller-Dannecker und Julian Veelken (alle Fraktion Gesundheit), eine Spendenkampagne für Ärzte ohne Grenzen durchzuführen.

Kai Sostmann (Marburger Bund) beteiligte sich an einem Antrag, der einen kompletten Impfnachweis für Kinder in Kindertageseinrichtungen forderte. Der viel beachtete Antrag fand das mehrheitliche Votum der Delegierten.

Günther Jonitz, Werner Wyrwich, Thomas Werner, Kai Sostmann (alle Marburger Bund), Eva Müller-Dannecker und Julian Veelken (beide Fraktion Gesundheit) forderten den Gesetzgeber erneut auf, dafür Sorge zu tragen, dass Personalentwicklungskosten in staatlichen Vergütungssystemen wie Diagnosis Related Group (DRG), evidenzbasierte Medizin (EbM) oder pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) künftig zusätzlich vergütet werden.

Michael Janßen (Hausärzte in Berlin) und Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) konnten die Delegierten für eine Reihe von Anträgen aus dem Bereich Menschenrechte hinter sich bringen.

Ein Antrag von Peter Bobbert, Günther Jonitz, Werner Wyrwich und Thomas Werner (alle Marburger Bund), in dem die BÄK aufgefordert wurde, eine grundlegende Position der Ärzteschaft zum

Einsatz von Apps in der Medizin zu erarbeiten, wurde an den Vorstand überwiesen.

Verschiedene listenübergreifende Anträge, die die ärztlichen Versorgungswerke betrafen, wurden an den Vorstand überwiesen. Darin ging es unter anderem darum, dass die Versorgungswerke bei ihren Kapitalanlagen soziale Verantwortung übernehmen sollen („Corporate Governance“), das Lokalisierungsprinzip abgeschafft und Investitionen in Unternehmen mit fossiler Brennstoffgewinnung beendet werden sollen.

Resümee

Ein Geist von Frankfurt wurde auf dem 118. Deutschen Ärztetag immer wieder beschworen. Aber ein solcher Geist lässt sich nicht herbeireden. Eine Aufbruchsstimmung oder gar Revolutionäres waren nicht zu verspüren. Die inhaltlichen Themenkomplexe Epidemien und Kommunikation waren gut und wichtig, wurden aber außerhalb leider kaum wahrgenommen. Der Rest war mehr oder weniger innerärztlich von Bedeutung. Dabei hielt man an Bewährtem fest, mit der Hoffnung auf ein glückliches Ende – siehe GOÄ oder Muster-Weiterbildungsordnung. Die Berliner Delegierten, denen aufgrund ihrer klaren Haltung zum BÄK-Haushalt mehr als einmal Wind ins Gesicht blies, konnten zum wiederholten Male durch sachbezogene, lösungsorientierte Anträge punkten.

Was die Berliner Delegierten denken

Lesen Sie, wie die Berliner Delegierten und ihre Stellvertreter/innen den 118. Deutschen Ärztetag in Frankfurt/Main erlebt haben.



Alfred Höfer

Alfred Höfer

Marburger Bund

In der Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik wurden umfangreiche Themen behandelt. Hier, wie auch in den anderen Themenbereichen, erfolgte eine Antragsflut, die kaum in der zur Verfügung stehenden Zeit adäquat und in der Tiefe bearbeitet werden kann. Hier sollte zukünftig dafür Sorge getragen werden, eine Regelung zu finden, die einen Abstimmungsmarathon verhindert. Interessant und wichtig war die klare Positionierung des Deutschen Ärztetages zum Thema Beschäftigung von Gastärzten aus Drittstaaten. Es wurde mit großer Mehrheit und nur wenigen Gegenstimmen die Position des Marburger Bundes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft mitgetragen, dass Gastärzte tariflich zu vergüten sind. Dem Kauf von Weiterbildungsstellen durch finanzstarke Heimatländer wurde eine Absage erteilt.

Beim Thema Medizin in Zeiten globaler Epidemien wurde durch einen kompetenten Vortrag eines engagierten Mit-

arbeiters von „Ärzte ohne Grenzen“ das erschreckende Versagen der internationalen Gemeinschaft bei der Ebola-Epidemie in Westafrika deutlich. Hier sind dringend Maßnahmen erforderlich, die dazu führen, dass zukünftig auftretenden Epidemien schneller und effektiver begegnet werden kann. Insbesondere wurde deutlich, dass den realistischen Prognosen und Warnungen der Ärzteorganisation „Ärzte ohne Grenzen“, die frühzeitig vor Ort waren, zunächst kein Glaube geschenkt wurde.

Dr. med. Eva-Müller-Dannecker

Fraktion Gesundheit

Wer eine programmatische Auseinandersetzung zur Gesundheitspolitik erwartet hat, wurde in der Paulskirche bei der Eröffnungsveranstaltung des 118. Deutschen Ärztetages enttäuscht. Es war kaum Dissens zwischen Gröhe und Montgomery zu spüren, allenfalls in einigen Einzelthemen. Offenbar bestand große Dankbarkeit, dass das



Dr. med. Eva-Müller-Dannecker

Ministerium die von vielen Delegierten lang ersehnte GOÄ-Novellierung unter Beteiligung der Bundesärztekammer erfolgsversprechend in Angriff genommen hat. Gut fand ich, dass für die Arbeit von „Ärzte ohne Grenzen“ Raum und Zeit zur Darstellung gegeben und sogar spontan Geld gesammelt wurde. Diese Arbeit sollte die deutsche Ärzteschaft noch viel mehr unterstützen.

Gefreut hat mich, dass der Ärztetag sich mit dem Thema „Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag“ auseinander gesetzt hat. Das Buch von Charlotte Link: „Sechs Jahre: Der Abschied von meiner Schwester“ war Anlass zu diesem Tagesordnungspunkt. Sie beschreibt ihre Erfahrungen und Erlebnisse auch mit Ärztinnen und Ärzten, denen sich Krebspatienten und mit ihnen ihre Angehörigen ausgesetzt sehen, das Zusammentreffen mit großartigen, engagierten Ärzten, aber auch mit solchen, „deren Verhalten schaudern lässt und Angst macht“. Dieser Tagesordnungspunkt hat sehr deutlich gezeigt, welche hohe Wertigkeit die sozial-kommunikative und personale Kompetenz im Arztberuf besitzt, und welch großes Defizit besteht, was sich auch durch unzureichende Aus- und Weiterbildung begründen lässt.

Doch beim Thema Weiterbildung wurde mit dem Antrag auf Schluss der Debatte die Diskussion überraschend abgeschnitten. Wie so oft wurde auch auf diesem Deutschen Ärztetag sichtbar, dass lieber und länger über pekuniär relevante Themen wie die GOÄ-Novelle diskutiert wird als über die grundsätzliche Neuausrichtung und Kompetenzorientierung der Musterweiterbildungsordnung. Das hat mich enttäuscht.



Dr. med. Werner Wyrwich

Dr. med. Werner Wyrwich

Marburger Bund

Es muss der angerufene Geist der Paulskirche gewesen sein, der Minister Gröhe und BÄK-Präsident Prof. Montgomery trotz Konfliktpotentials friedlich geeint hatte und zum Austausch politischer Nettiquette veranlasste. Im krassen Gegensatz dazu stand die „Sterbehilfe à la Montgomery“-Aktion, die den gesamten Ärztetag provokant begleitete.

Inhaltlich gab es von Montgomery ein Lob für Theo Windhorst, der die 2011 zur Chefsache erklärte GOÄ-Reform nun als schon „fast geschafft“ darstellen konnte, trotz kritischer Kommentare aus dem Plenum. Wie schon 2014 war auch die von Franz-Josef Bartmann verantwortete Novellierung der MWBO weiterhin „auf einem guten Weg“ und ich bin gespannt, wie es damit die nächsten vier Jahre weitergehen wird.

Die Konzentration auf zwei standespolitisch unverfängliche Themen, nämlich „Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag“ und „Medizin in Zeiten globaler Epidemien“ haben im Vorfeld der anstehenden Wahlen zum Präsidium wenig Raum für ausstragende Kontroversen gelassen. Da passte auch ins Bild, dass es keine Gegenkandidaten für die TOP-Positionen in der BÄK gab.

Allerdings musste Prof. Montgomery im Vergleich zu seinen beiden Vizepräsidenten ein deutliches schlechteres Wahlergebnis hinnehmen.

Äußerst beeindruckend war der Bericht von Dr. Stöbe von „Ärzte ohne Grenzen“. Anhand nüchterner Gegenüberstellung der Entwicklung und des Verlaufs der Ebola-Epidemie in Afrika und dem Einsetzen sog. schneller Hilfe der hoch entwickelten Industrienationen, wurde das totale politische Versagen dieser Staaten deutlich. Die Ausbreitung des 2013 aus Berlin freigesetzten „Nein-Virus“ sorgte dafür, dass in diesem Jahr neben Rheinland-Pfalz auch Brandenburg eine „Rote Karte“ beim Haushalt der BÄK gezogen hat.

Dr. med. Svea Keller

Allianz Berliner Ärzte

Das war ein ruhiger Ärztetag – nach einem peppigen Auftakt in der Paulskirche, musikalisch begleitet von der nächsten Generation Medizinstudierender, schwungvoll, erstaunlich konservativ und professionell, mit einem Schuss wohltdosierter Frechheit, dazu eine überzeugende Rede des Präsidenten, der seine Wiederwahl im Auge hatte, und eine wieder einmal ernüchternde Rede



Dr. med. Svea Keller

des Gesundheitsministers, der dienstbeflissen seinen Job erledigt, frei von störender Leidenschaft für das Thema.

Was dann kam, hätte spannend werden können, aber so viel Spannung war wohl nicht erwünscht: Das erste Thema, bei dem doch eigentlich so viel auf dem Spiel steht, die GOÄ, wurde sicherheits halber ganz nach vorn gezogen, so dass kaum Zeit blieb, auf den Sachstandsbericht zu reagieren, die Rednerliste rechtzeitig geschlossen, so erspart man sich Konflikte.

Konfliktarme Themen nahmen dann viel Raum ein, Epidemien, klar, da müssen wir handeln, Kommunikation, schon wichtig, da sind wir uns doch alle einig und dann eine Wahl, deren Spannung darin lag, mit jeweils wie vielen Stimmen das vorhersagbare Ergebnis erzielt wurde.

So wurden denn das wichtige Thema WBO-Novellierung und die Unmengen von Anträgen, die aus vielerlei Gründen gestellt wurden und nur dem Tätigkeitsbericht zugeordnet werden konnten, so weit nach hinten geschoben, dass wieder für eine ausgiebige Diskussion keine rechte Zeit blieb und die Anträge stapelweise an den Vorstand überwiesen wurden. Alles also in bester Harmonie – wie schön.

Dr. med. Ellis Huber

Fraktion Gesundheit

Die Paulskirche regt zu hehren Worten an: „Freiheit und Verantwortung sind unteilbar“, erläutert Frank Ulrich Montgomery: „Wir kämpfen dagegen, dass man Verantwortung immer weiter aufteilt, bis am Ende nichts mehr von ihr übrig ist.“

Dann diskutiert der Ärztetag mit Inbrunst die filigrane Aufteilung der ärztlichen Verantwortung in der neuen GOÄ, verlangt die Bezahlung von noch mehr und noch kleineren Teilchen. Die



Dr. med. Ellis Huber

Verantwortung für die Gesundheit der Menschen und der Bevölkerung wird so zergliedert, dass sie nicht mehr sichtbar ist. Das GOÄ- und EBM-System nimmt dem Arzt die Freiheit und zerstört die integrative Lösung komplexer Gesundheitsprobleme. Trotzdem hält die Mehrheit an diesem selbstgebauten Gefängnis fest und wundert sich, dass sie von Politik und Kassen nicht mehr ernst genommen wird. Freiheit und öffentliches Ansehen gibt es nur mit einem grundlegend neuen Honorarsystem, das die wahre ärztliche Leistung bezahlt.

Fleißig und duldsam wird die ganze Tagesordnung abgearbeitet: 249 Beschlüsse auf 415 Seiten verzeichnet das Beschlussprotokoll. Wer liest das noch und wen beeindruckt's? „Gesundheitsminister Gröhe ist nicht zu packen“, jammert ein Delegierter. Ja sage ich, „der Mann ist glaubwürdig, macht, was er sagt, kommt redlich und offen daher“. Wir Ärztefunktionäre haben da ein Glaubwürdigkeitsproblem.

Mir fehlt bei vielen Delegierten Selbstvertrauen und ein Gefühl für die ärztliche Verantwortung, die Freiheit bedingt. Für die Mitgliedschaft im Bundesverband der Freien Berufe (BFB) werden 125.000 Euro beschlossen. Der Antrag zu einer Spendenkampagne für „Ärzte ohne Grenzen“, wird abgeschmettert, weil es zu viel kostet. Für Lobbyverbän-

de sitzt das Geld eben locker, für die Identifikation der Ärztinnen und Ärzte mit ihrer Selbstverwaltung wird nichts investiert. Das macht uns politisch wirkungslos. Trotzdem habe ich die Hoffnung nicht aufgegeben, dass sich das in Zukunft noch ändern lässt.

Dr. med. Daniel Peukert Hartmannbund

Der 118. Deutsche Ärztetag war der erste Ärztetag an dem ich als Delegierter teilgenommen habe. Begonnen hat der Ärztetag in der Paulskirche am 12.05.2015 mit der feierlichen Eröffnung. Hier hat mich insbesondere der Chor der Medizinstudenten von Frankfurt begeistert.

Nach der Eröffnung ging es direkt in die Sacharbeit. Novellierung der GOÄ. Diese wurde von den Delegierten kontrovers diskutiert. Aber nach 33 Jahren ist eine Erneuerung dringend nötig. Es bleibt zu hoffen, dass wir Ärzte mit dem Ergebnis zufrieden sind. Für die Zukunft ist eine regelmäßige Anpassung der GOÄ an den medizinischen Fortschritt zu fordern.

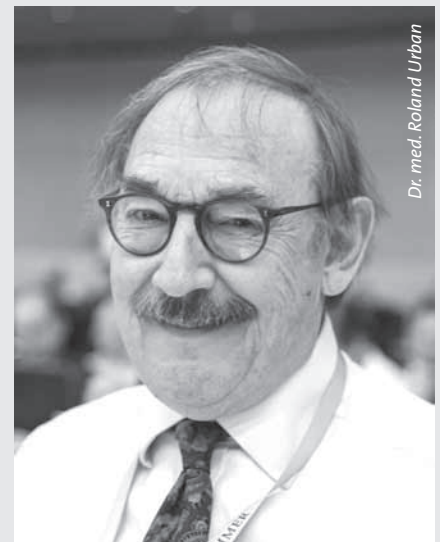
Als Teilnehmer, der bis 2013 noch selbst in der Weiterbildung war, ist mir dieses Thema besonders wichtig. Daher war es mir eine besondere Freude, dass die Delegierten meinem Antrag „Karriere-



Dr. med. Daniel Peukert

hemmnisse für Ärztinnen und Ärzte mit familiären Verpflichtungen abbauen, Chancengleichheit herstellen“ zugestimmt haben.

Durch die diesjährigen Wahlen kam der Bereich Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung zu kurz. Viele Anträge hierzu wurden an den Vorstand überwiesen. Ich hoffe, dass es für dieses Thema auf dem 119. Ärztetag mehr Zeit gibt.



Dr. med. Roland Urban

Dr. med. Roland Urban Allianz Berliner Ärzte

Wenn man nach einigen Jahren wieder an einem Deutschen Ärztetag teilnimmt, zeigt sich, dass vieles genauso ist wie immer, aber eben doch nicht alles.

Wie immer thront das Präsidium hoch über dem Plenum hinter einer kobaltblauen Balustrade, wie immer beeindrucken hervorragende Organisation und perfekte Technik, wie immer gibt es einige begnadete Selbstdarsteller, die sich berufen fühlen, zu vielen Themen ihre Beiträge abzugeben, die nicht selten mit den Worten beginnen „eigentlich haben meine Vorredner bereits alles gesagt...“, (ohne dass irgendeiner der

Redner allerdings auf seinen Beitrag verzichtet hätte). Anders als in früheren Jahren waren diesmal jedoch gelegentliche laute Missfallensäußerungen, höhnisches Gelächter oder gar nahezu beleidigende Zwischenrufe zu hören. Den allermeisten Delegierten ist jedoch ihre Ernsthaftigkeit anzumerken, selbst wenn Anträge gestellt wurden, die ganz offensichtlich außerhalb der Einfluss-sphäre der Bundesärztekammer liegen und die mitunter eher weltanschaulich als fachlich-sachlich motiviert erscheinen.

Unüberlegt erscheinen Anträge, die zwar die Interessen der Ärzte vertreten sollen, aber in ihrer Wirkung eher kontraproduktiv sein dürften. Zum Beispiel Antrag I-33 mit Forderung nach Festlegung von „rechtssicheren und angemessenen Kriterien zur Praxisnachbesetzung“, der damit den Ermessensspielraum der Zulassungsgremien eher einengen würde, so dass damit individuelle Entscheidungen unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten für die Zulassungsgremien erschwert werden dürften.

Bedauerlich, dass auch diesmal – wie schon früher – aus Zeitnot viele Anträge nicht mehr verhandelt werden konnten. So wurden allein aus einem Kerngeschäft der BÄK, nämlich der „Weiterbildungsordnung“, fast 30 Anträge ohne Diskussion an den Vorstand überwiesen.

Dr. med. Thomas Werner Marburger Bund

Wenig kämpferisch und unvisionär die Eröffnungsreden von Präsident Montgomery und Gesundheitsminister Gröhe. Angesichts der zahlreichen „brennenden Themen“ waren hier die Positionen im Sinne einzufordernder Lösungsfindung jedoch zu wenig akzentuiert und nicht problemorientiert erkennbar. Besonders wichtig, die Anforderung zur Schaffung verbindlicher



Dr. med. Thomas Werner

Mindestpersonalschlüssel für pflegerischen und ärztlichen Dienst zur Sicherung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Eine längst überfällige Forderung, die vor dem Hintergrund des beschlossenen Tarifeinheitsgesetzes vordringlich behandelt werden muss, um einheitliche gesetzliche Normen zu schaffen.

Wenig Neues ergab die Diskussion zur Weiterbildungsordnung. Detailverliebtheit, die viel zu oft die Sicht auf wesentliche Aspekte der Weiterbildungs- und Versorgungserfordernisse realitätsfern versperrt oder ignoriert. Eine klare Positionierung des Ärztetages u.a. gegen die Abschaffung des FA für Allgemeinchirurgie wäre sehr wünschenswert gewesen. Spezialisierung ja, aber bitte nicht auf Kosten der Grund- und Regelversorgung.

Auch auf diesem Ärztetag ein Ärgernis: Die nicht nachvollziehbar zeitliche Wichtung der Themen. Nicht jedes Thema kann so ausführlich diskutiert werden, wie man sich das wünschen möge. Das jedoch regelhaft ein Antragsberg zu verschiedenen Themen aus Zeitmangel an den Vorstand überwiesen werden muss, kann nicht im Interesse einer demokratischen Meinungsbildung zu wichtigen berufspolitischen Entscheidungen sein.

PD Dr. med. Peter Bobbert Marburger Bund

Bei diesem Deutschen Ärztetag wurde erstmalig eine kontroverse Debatte über die Gestaltung des Haushaltes der Bundesärztekammer geführt. Berlin hat bereits vor zwei Jahren die Zustimmung zur Haushaltplanung mit dem Hinweis verwehrt, dass ein strukturelles Defizit nicht jedes Jahr allein durch eine Erhöhung der Umlagen für die einzelnen Landesärztekammern ausgeglichen werden kann. Dies wurde zum damaligen Zeitpunkt durch die Delegierten mit dem Beschluss unterstützt, zukünftig die Ausgaben der Bundesärztekammer relevant zu senken. Jetzt, zwei Jahre später, zeigt sich weiterhin eine bedeutende Unterdeckung des Haushaltes, die nur durch eine Mehrbelastung der Landesärztekammern von über 6 Prozent ausgeglichen werden kann. Wesentliche Strukturveränderungen in der Bundesärztekammer mit entsprechender Senkung der Ausgaben wurden bis heute nicht durchgesetzt. Dies hat aber zumindest eines bewirkt: Die Landesärztekammer Berlin, die vor zwei Jahren noch alleine gegen den Haushalt gestimmt hat, wurde dieses Jahr von den Kammern aus Brandenburg und Rheinland Pfalz unterstützt. Es bleibt spannend abzuwarten, wie sich der Ärztetag 2016 bezüglich des Haushaltes verhält.



Dr. med. Peter Bobbert



Dr. med. Klaus-Peter Spies

Dr. med. Klaus-Peter Spies

Allianz Berliner Ärzte

Prof. Montgomery griff bereits in seiner Eröffnungsrede wichtige Themen auf: Das geplante Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) beinhaltet einen Angriff auf die Freiberuflichkeit, z. B. durch den geplanten Zwangsaufkauf von Arztpraxen. Die geplanten Terminservicestellen bedrohten ohne Not die freie Arztwahl. Weitere Themen waren die Unterfinanzierung der Krankenhäuser und der Weiterbildung, eine Ablehnung der Qualitätsbürokratie und die Ablehnung des Direktzugangs zur Physiotherapie. Wie (leider) zu erwarten, fand Herr Minister Gröhe dazu zwar freundliche Worte, zeigte er aber wenig Bereitschaft für Zugeständnisse.

Die Forderung Berliner Delegierter auf Sicherstellung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich für alle Fachgebiete wurde aus Zeitgründen an den Vorstand überwiesen. Beschlossen wurden aber Anträge der BÄK zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung sowie zur bedarfsgerechten Finanzierung der Krankenhäuser und Arztpraxen. Der im VSG vorgesehene Genehmigungsvorbehalt von Krankenkassen für Krankentransport zur ambulanten

Behandlung soll gestrichen werden. Ich unterstützte u.a. Anträge, das Korruptionsstrafrecht rechtssicher zu formulieren und die veraltete Bedarfsplanung an die reale Versorgungssituation anzupassen. Erfreulich ist, dass frühere Anträge aus unseren Reihen Einzug in die politische Arbeit der BÄK gefunden haben. So fordert die BÄK Qualitätssicherung praxisnah zu gestalten. Der Appell zur Bekämpfung von multiresistenten Keimen findet sich in dem von der Regierung im März verabschiedeten 10-Punkte-Programm wieder.

Die GOÄ und die neue MWBO werden laut BÄK planmäßig entwickelt und verhandelt, die Verschwiegenheitsklausel wurde akzeptiert. Eine bessere medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylanten, u.a. mittels Nutzung der eGK fand eine breite Mehrheit.

Fazit: Ich freue mich, dass die Freiberuflichkeit und die Schweigepflicht der Ärzte unangetastet bleiben sollen. Wichtig ist aus meiner Sicht auch, dass bei den Vorstandswahlen von 5 Sitzen 2 durch niedergelassene Kollegen besetzt wurden.

Dr. med. Heinrich-Daniel Rühmkorf

Fraktion Gesundheit

Die Frankfurter Paulskirche musste in ihrer Geschichte schon für eine ganze Menge Dinge herhalten. So wird sie es auch verkraften, dass die deutsche verfasste Ärzteschaft den 118. Deutschen Ärztetages in ebendieser Stätte eröffnete. Ungezählte Redner der Plenardebatte bezogen sich auf den Geist der Freiheit, der aus der Paulskirche nachwehte. Und dieser Geist zog sich bis zur Diskussion um die Mitgliedschaft im „Bundesverband der Freien Berufe“. Schlappe 125.000 Euro Jahresbeitrag ist es den Delegierten des Ärztetages wert, einen Lobbyverband am Leben zu erhalten. Das strukturelle Defizit der Bundesärztekammer von fast vier Millionen Euro

gerät in den Hintergrund, denn alles, was sich auf „frei“ reimt, findet unkritischen Beifall. Auch das ist Ärztetag: Eine Mischung aus Kirchentag und politischem Aschermittwoch. Und die Delegierten sitzen sich in einen Rausch: Die Flut an Anträgen nimmt von Tag zu Tag zu, so dass am Ende die Debatte der Themen hinter der organisatorischen Notwendigkeit, vierhundert Anträge in irgendeiner Art und Weise abgearbeitet zu haben, grandios zu kurz kommt.

Jenseits der Messehalle findet der Aktionismus des Ärztetages kaum einen Widerhall. Zu Recht, möchte man meinen. Aber schade eigentlich: Die Vorträge zur Bekämpfung von Ebola und zu ärztlicher Kommunikation waren zu gut, als dass nur der Ärztetag davon profitieren sollte.



Dr. med. Heinrich-Daniel Rühmkorf

Für diejenigen unter den Delegierten, die zu einem höheren Kostenbewusstsein und einer besseren Effizienz des Ärztetages kommen möchten, hätte ich folgenden Vorschlag: Weniger ist mehr. Ein Ärztetag alle zwei Jahre sollte reichen. Eine Antragskommission könnte die mannigfaltigen Antragsideen kanalisieren und gegebenenfalls zusammenfassen. Nicht mehr alles und jedes, sondern nur noch die vorweg festgelegten Tagesordnungspunkte sollten die Debatten bestimmen.



Michael Janßen

Michael Janßen

Hausärzte in Berlin

Die Plenumsitzungen waren wie immer durch eine ernsthaft-sachliche Atmosphäre gekennzeichnet. Zur aktuellen Gesundheitspolitik gab es eher Schmusekurs, nur einzelne Punkte wurden kritisiert. Bezüglich Terminservicestellen und Praxisaufkaufregelung schien für Viele wieder einmal die Grenze zur Staatsmedizin überschritten und der freie Beruf in Gefahr. Angesichts fehlender Alternativen zur Verbesserung der existierenden Unter-, Fehl- und Überversorgung ist das nur ärztliche Interessenpolitik. Am Präventionsgesetz kann man einiges kritisieren, z. B. dass es auf Verhaltens- nicht auf Verhältnisprävention ausgerichtet ist oder die ausschließliche Finanzierung durch die Sozialversicherungen; der DÄT zeigte sich aber hauptsächlich gekränkt, weil für ÄrztInnen in der nationalen Präventionskonferenz kein Sitz vorgesehen ist.

Die Debatte zur Ebola-Epidemie war nach dem Referat von Dr. T. Stöbe (Ärzte ohne Grenzen) sehr vom Bemühen von Verbesserungen in der nationalen und internationalen Hilfe getragen. Die Hauptursache, eine ungerechte Weltordnung, die vielen Menschen das Recht auf Gesundheit verweigert, wurde leider wenig beachtet.

Die ärztliche Kommunikation als Haupt-TOP unterstrich die Bedeutung des Themas für eine moderne, Patienten zugewandte, humane Medizin.

Insgesamt war es aus meiner Sicht ein arbeitsintensiver Ärztetag, von dem aber keine richtungsweisenden Impulse ausgingen.

Zur Eröffnungsveranstaltung: ob das eher konservative Landesparlament in der Paulskirche, wo 1848 die bürgerlich-revolutionäre Nationalversammlung stattfand, richtig aufgehoben war, darf bezweifelt werden.

Dr. med. Hans-Detlef Dewitz

Allianz Berliner Ärzte

Der diesjährige Ärztetag beschäftigte sich zunächst mit der Medizin in Zeiten globaler Epidemien. Hier wurde uns von Herrn Dr. med. Tankred Stöbe – Ärzte ohne Grenzen Deutschland – eindrücklich vor Augen geführt, zu welchen hervorragenden Leistungen für die schwer betroffenen Menschen Nicht-regierungsorganisationen wie zum Beispiel „Ärzte ohne Grenzen“ vor Ort im Krisengebiet während der Ebola-Krise in der Lage sind!

Von den Wahlen zum Präsidium der Bundesärztekammer ist bereits vielfach ausführlich berichtet worden!

Unter dem TOP VI „Tätigkeitsbericht“ der Bundesärztekammer wurden dann auch noch folgende von mir eingebrachte Entschließungsanträge vom Plenum behandelt und angenommen, die sich mit der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie (Drucksache VI-170), dem Blankoformulardruck auch für BTM-Rezepte (Drucksache VI-148), der Wiederherstellung des Datenschutzes in der Flugmedizin (Drucksache VI-146) und der dafür erforderlichen Änderung der flugmedizinischen Überwachung (Drucksache VI-161) beschäftigt haben.

Außerdem setzte der 118. Deutsche Ärztetag mit der Annahme meines Entschließungsantrages, der den Vorstand der Bundesärztekammer auffordert entschieden gegen die Stigmatisierung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen einzutreten (Drucksache VI-150) ein deutliches Zeichen gegen Überreaktionen aus der Tagespolitik und für den Schutz der Patienten und für das vom Grundgesetz besonders geschützte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten.



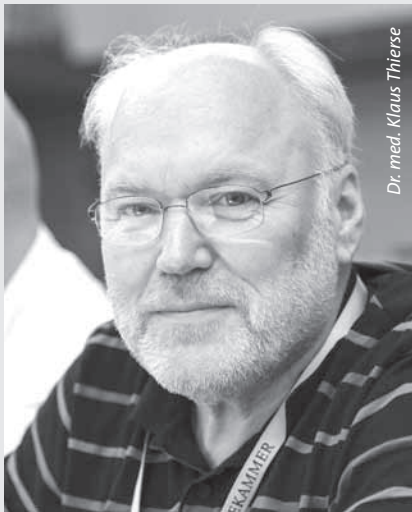
Dr. med. Hans-Detlef Dewitz

Dr. med. Klaus Thierse

Marburger Bund

Der Zeitdruck bei Ärztetagen am letzten Tag ist zwar ein uraltes Problem (da werden alle sonstigen Anträge beraten und abgestimmt, dieses Jahr 179 Anträge in drei Stunden). Dieses Jahr begann der Zeitdruck allerdings spätestens Mittwochvormittag. Man merkte das vor allem beim Referat zum Thema GOÄ.

Und im Vorfeld wurde von einigen einige Spannung erwartet bei der Wahl des Präsidenten der BÄK – das verlief dann aber ziemlich unaufgeregt mit einer allerdings nicht unbeträchtlichen Zahl von Gegenstimmen für einen Amtsinhaber.



Dr. med. Klaus Thiese

GOÄ: Genauere Informationen gab es wieder nicht mit Verweis auf eine Vertraulichkeits-Vereinbarung zwischen BÄK/PKV/Beihilfe. Es scheint aber grundsätzliche Übereinstimmung BÄK/PKV zu geben (Hinweis: bis auf eine kleinere Anpassung `92 sind die Entgelte der GOÄ seit 32 Jahren unverändert!). Zu bremsen scheint hier eher die Beihilfe, d.h. Vater Staat möchte sparen, sparen, sparen. – Die grundsätzliche Einigung auf eine Anpassung des „kalkulatorischen Arztlohnes“ auf die aktuellen Tarifgehälter bekommt hoffentlich dann auch eine Auswirkung auf den EBM: der zusammen mit der PKV auf der Basis aktueller Tarifverträge zugrunde gelegte Arztlohn liegt um ca. 50 Prozent höher als in der Kalkulation des EBM!!!

Weiterbildung: Ein Sachstandsbericht, der zwar Optimismus verbreitet, aber eine Verabschiedung der Muster-WbO in den nächsten zwei Jahren erscheint mit weiterhin nicht sehr wahrscheinlich. Zum Thema ambulante Weiterbildung auch der Organ-Fachärzte wurde ein Konzept zur Verteilung von Fördergeldern vorgestellt, aber realistische Vorschläge zur Finanzierung habe ich darin nicht gesehen.

Wichtig fand ich noch unter TOP I die Diskussion zum Begriff des „freien Berufes“, der auch für angestellte Ärzte erhebliche Konsequenzen hat. Das Thema „Kommunikation“ Arzt/Patient (TOP III) ist zwar wichtig, aber

ob die Aufarbeitung auf dem DÄT wirklich in der Breite an der Basis der LÄKs ankommt?

Kai Sostmann

Marburger Bund

Nach der langwierigen Diskussion zur Novellierung der GOÄ, mit der ja die gesundheitsökonomischen Kompetenzen der anwesenden Ärzte/innen angesprochen waren, wurde mit dem Schwerpunktthema ärztliche Kommunikation eine echte am Patienten-Outcome orientierte Kompetenz in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Die Redner zu dem Thema, Prof. Schwantes, Fr. Prof. Ernstmann und R. Henke bestätigten die immense Bedeutung des Themas für die ärztliche Praxis. Die Diskussion wurde begleitet von einem Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer. Hier bleibt zu hoffen, dass dieser Diskussion Taten in Form von Kommunikationscurricula für die ärztliche Weiterbildung folgen, wie Sie in zahlreichen medizinischen Studiengängen ja bereits etabliert sind. Im Bereich der kompetenzorientierten Weiterbildung besteht auf jeden Fall noch eine große Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Dies zeigte sich in der Diskussion um die Musterweiterbildungsordnung und deren in weiter Ferne stehender Umsetzung. Obwohl hier von einer Kom-



Kai Sostmann

petenzorientierung die Rede ist, lassen die Flut von Ergänzungsanträgen erkennen, dass die MWBO noch einen langen Weg vor sich hat, bis das selbst gesteckte Ziel der Kompetenzorientierung im ambulanten wie auch im klinischen Sektor erreicht werden wird, auch angesichts der ungeklärten Finanzierungsfragen.

Julian Veelken

Fraktion Gesundheit



Julian Veelken

Ohne Gegenkandidaten sind Wahlen ja immer etwas unspannend, gleichwohl sehr zeitaufwendig, was sich auch an diesem Ärztetag wieder bewahrheitete. Wären die nicht wirklich spannenden Beiträge zur Diskussion der Ebola-Krise gewesen, ich wäre glaube ich gänzlich enttäuscht von diesem Ärztetag gewesen.

Es wirft ein bezeichnendes Licht auf die gesetzten Prioritäten dieser Veranstaltungen, wenn zwar knapp vier Stunden über die GOÄ gesprochen wird, aber nach eineinhalb Stunden die Diskussion über die Weiterbildung per Antrag auf Schluss der Debatte abgewürgt wird. Auch erscheint es unglücklich, wenn nach der Diskussion über Industrie finanzierte Fortbildung es nicht möglich ist, sich am Gesellschaftsabend zu bewegen, ohne permanent von Werbung der Ärzte- und Apothekerbank belästigt zu werden.

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
<ul style="list-style-type: none"> 31.08.-05.09.2015 12.10.-17.10.2015 30.11.-05.12.2015 	Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.) (weitere Informationen s. S. 30)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-14 02 (Organisation) Tel.: 030 / 408 06-12 07 (Inhalte) E-Mail: QM-Kurs2015@aekb.de	150 P
<ul style="list-style-type: none"> Online-Modul: 01.09.-01.10.2015 Präsenzseminare: 02.-03.10.2015 und 13.-14.11.2015 	Patientensicherheit lernen - Intensivseminar Fallanalyse (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 06 E-Mail: d.buenning@aekb.de Teilnehmergebühr: 550 €	37 P
<ul style="list-style-type: none"> 26.09.2015 (10-16 Uhr) und 30.09.2015 (17-19:30 Uhr) 	„Wenn Partnerschaft verletzend wird... – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt“ (weitere Informationen s. S. 30)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung erforderlich: S.I.G.N.A.L. e.V., E-Mail: winterhoeller@signal-intervention.de Fax: 030 / 27 59 53 66	8 P (26.09.) 4 P (30.09.)
<ul style="list-style-type: none"> 28.09.-30.09.2015 	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	23 P
<ul style="list-style-type: none"> 30.09.-02.10.2015 	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P
<ul style="list-style-type: none"> 09.10.-10.10.2015 	Kurs zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragter sowie Transfusionsverantwortlicher (16 Std. Kurs)	Ärztekammer Berlin Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 80 68 11 26 E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Teilnehmergebühr: 150 €	16 P
<ul style="list-style-type: none"> 06.11.-07.11.2015 	Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten (weitere Informationen s. S. 30)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P
<ul style="list-style-type: none"> 07.11.2015 	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	8 P
<ul style="list-style-type: none"> 18.11.2015 	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Keine Teilnehmergebühr Jetzt auch Gebiet Augenheilkunde	keine
<ul style="list-style-type: none"> 03.12.2015 	Spezialkurs im Strahlenschutz interventionelle Radiologie	Noch offen	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
<ul style="list-style-type: none"> 04.12.2015 	Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155€	9 P

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, 12. Dezember 2015, von 9 bis 17:30 Uhr

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

Veranstaltungsort: Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7 in 10115 Berlin
Kursgebühr: 100 Euro (inkl. Verpflegung)

Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030 / 408 06-12 15 oder per Fax: 030 / 408 06-55 13 99, E-Mail: fb-aag@aekb.de
Anerkannt mit **8 Fortbildungspunkten**.

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Der 200-Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 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: 31.08.-05.09.2015
Präsenzwoche 2: 12.10.-17.10.2015
Präsenzwoche 3: 30.11.-05.12.2015
(jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.: 030 / 408 06-14 02 (Organisation), Tel.: 030 / 408 06-12 07 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2015@aekb.de

Gesundheitsförderung und Prävention

Strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der BÄK zur Erlangung einer ankündigungsfähigen Qualifikation

Ziel der Fortbildung ist es, innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung Gesundheitsressourcen und -fähigkeiten der Patienten identifizieren zu können, Risikofaktoren einzuschätzen und dieses gewonnene Wissen konstruktiv in die Behandlung zu integrieren. Es werden Präventionskonzepte, protektive Faktoren in der Krankheitsentstehung, Grundkonzepte des Gesundheitsverhaltens, Patientenmotivierung und Anforderungen an die ärztliche Beratung vermittelt, diskutiert und mit praktischen Übungen vertieft.

Termin: 02.11.-18.12.2015 | Blended-Learning inkl. 2 Präsenztage am 20.11.2015 und 18.12.2015 jeweils von 8:30 bis 18 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 650 Euro und ist auf 20 Personen begrenzt. Tel.: 030 / 408 06-12 11, E-Mail: m.nehrkorn@aekb.de
Anerkannt mit **33 Fortbildungspunkten**.

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

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt „Häusliche Gewalt“

Gewalt in Partnerschaften ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Partnerschaften stets mit betroffen. Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen, wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten und helfen, den generationenübergreifenden Kreislauf von Opfer- und Täterschaft zu durchbrechen.

Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt ebenso für Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen, in der rechtssicheren Dokumentation, in der Kenntnis von weiterführenden Hilfen sowie in der Klarheit über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen.

Die Zusammenarbeit mit weiterführenden Versorgungs-, Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen gewährleistet eine fachkompetente Intervention und entlastet zugleich alle beteiligten Berufsgruppen.

Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung wird in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin angeboten und vermittelt Grundlagenkenntnisse sowie Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Partnerschaften“.

Termin: 26.09.2015 von 10-16 Uhr
30.09.2015 von 17-19:30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Eine Anmeldung ist erforderlich. S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle, Marion Winterhoeller, M.Pol.Sc.; E-Mail: winterhoeller@signal-intervention.de; Fax: 030 / 27 59 53 66. Anerkannt mit **8 Fortbildungspunkten (26.09.2015) bzw. 4 Fortbildungspunkten (30.09.2015)**.

Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten

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

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

Wir bieten Ärztinnen und Ärzten die aktive Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten für (Erst-)Diagnose, Rezidiv bzw. Progress unter Therapie sowie für die präfinale Phase an. Anhand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten Simulationspatient/innen geübt und bearbeitet.

Termin: Freitag, 06.11. bis Samstag, 07.11.2015

Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. med. Klapp

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Anmeldung: Die Teilnahme kostet 290 Euro und die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt. Tel.: 030 / 408 06-12 09, E-Mail: s.zippel@aekb.de
Anerkannt mit **17 Fortbildungspunkten**.

Behandlungsfehlervorwürfe in Berlin leicht gesunken

Die Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe in Berlin ist leicht gesunken. Im Jahr 2014 gingen 515 neue Vorwürfe aus dem Bereich der Ärztekammer Berlin bei der gemeinsamen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover ein (2013: 561 Anträge). Im Jahr 2014 konnten von diesen Anträgen und den noch nicht abschließend entschiedenen Fällen aus den Vorjahren 484 Fälle erledigt werden. In 206 Fällen konnte das Schlichtungsverfahren nicht durchgeführt werden, weil die Verfahrensvoraussetzungen nicht vorlagen (u. a. Nichtzuständigkeit, fehlende Zustimmung der Antragsgegner, Antragsrücknahme, anhängige Zivil- oder Strafprozesse).

Von 278 geprüften Fällen wurden 77 mit der Anerkennung eines Behandlungsfehlers abgeschlossen, in 201 Fällen wurde die Anerkennung abgelehnt. Das entspricht einer Anerkennungsquote von 27,7 % (2013: 31,2 %).

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, erklärte zur aktuellen bundesweiten Behandlungsfehler-Statistik: „Die Zahlen zeigen, dass das für die Patienten kostenlose, außergerichtliche Schlichtungsverfahren ange-

nommen wird. Das wird auch dadurch belegt, dass die Anerkennung eines Behandlungsfehlers durch die Gutachter von den Beteiligten zu rund 90 % akzeptiert wird.“

Die Berliner Zahlen liegen im Trend der bundesweiten Behandlungsfehler-Statistik, die am 15. Juni 2015 von der Bundesärztekammer vorgestellt wurde. So hatte es 2014 insgesamt 12.053 Behandlungsfehlervorwürfe gegeben (2013: 12.173). 7.751 Fälle wurden geprüft, in 5.499 Fällen lag laut Gutachter kein Behandlungsfehler vor, was einer Anerkennungsquote von 29 % entspricht.

Die häufigsten Krankheiten, die 2014 in Berlin zur Anrufung der Schlichtungsstelle führten, waren Arthrosen (Coxarthrose, Gonarthrose), Leistenhernie, Schulter-, Oberarm- und Unterarmfrakturen, Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen sowie Deformation der Zehen und Finger. Die Fälle stammten mit 77 % aus dem Klinikbereich, während der niedergelassene Bereich mit 23 % beteiligt war. Dabei sind unterschiedliche Fehlerarten festzustellen: Schwerpunkte im niedergelassenen Bereich mit jeweils 11,1 % lagen bei der allgemeinen Diagnostik (Anamnese/Untersuchung, Labor/Zusatzuntersuchungen, der bildgebenden Diagnostik), der operativen Therapie und der Indikationsstellung. Die am häufigsten beteiligten Fachgebiete 2014 waren die Unfallchirurgie/Orthopädie mit 41,1 %, die hausärztliche Tätigkeit mit 11,0 %, die Frauenheilkunde mit 9,6 % und die Radiologie mit 5,5 %.

Im Klinikbereich lagen die Schwerpunkte bei der operativen Therapie mit 35,2 %, der bildgebenden Diagnostik mit 10,2 %, der Indikationsstellung und bei der Therapie der postoperativen Maßnahmen mit jeweils 9,1 %. Die am häufigsten beteiligten Fachgebiete 2014 im Klinikbereich waren die Unfallchirurgie/Orthopädie mit 31,4 %, die Allgemeinchirurgie mit 12,2 % sowie die Frauenheilkunde, die Innere Medizin und die Neurochirurgie mit jeweils 6,5 %.

srd

Berliner Behandlungsfehlerstatistik 2010-2014*

	2010	2011	2012	2013	2014
Bestand aus dem Vorjahr	439	474	460	416	417
Neueingänge	589	549	484	561	515
Erledigungen	554	563	528	520	484
keine Prüfung wegen fehlender Voraussetzungen	223	223	197	209	206
geprüfte Fälle	331	340	331	311	278
davon Vergleich (Schadenersatzansprüche)	91	117	92	97	77
Behandlungsfehlerquote bei den geprüften Fällen	27,49 %	34,41 %	27,79 %	31,19 %	27,70 %
kein Nachweis für schuldhaften Behandlungsfehler	240	223	239	214	201

*auf Basis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen untersuchten Fälle.

Chronische und therapieresistente Depression – wie weiter?

Fortbildungsveranstaltung fand reges Interesse

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Wenngleich ihr Verlauf klassischerweise episodisch ist, kommt es bei 15-25 Prozent der Erkrankten zu einer Chronifizierung. Welche pharmakotherapeutischen Möglichkeiten existieren, um Therapieresistenz und Chronifizierung zu vermeiden und zu überwinden? Wie ist die wissenschaftliche Fundierung der vorhandenen Behandlungsstrategien und wie gelingt deren konkrete, systematische Umsetzung? Diesen und weiteren Fragen widmete sich eine gemeinsame Veranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin unter dem Titel „Chronische und therapieresistente Depression – wie weiter?“ Etwa 95 Ärzte und Apotheker folgten am 6. Mai dem anderthalbstündigen Fortbildungsangebot im Hörsaal der Kaiserin Friedrich-Stiftung.

Zum Vortrag mit anschließender Diskussion hatten die Veranstalter Prof. Dr. med. Tom Bschor, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie an der Schlosspark-Klinik (Berlin), eingeladen. Dr. med. Roland Urban, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Berlin), moderierte die Veranstaltung. In seiner Einführung konstatierte Urban, dass das Thema Depression nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in der allgemeinen Öffentlichkeit vermehrte Aufmerksamkeit gefunden hat. Die Gesundheitsberichte verschiedener deutscher Krankenkassen machen auf die ansteigende Bedeutung psychischer Störungen hinsichtlich des Krankenstandes aufmerksam; dabei dominieren unter den affektiven Störungen Depressionen. Daten der

Deutschen Rentenversicherung belegen überdies die Bedeutung der depressiven Erkrankung für vorzeitige Berentungen. Als Erklärung für die Entwicklung führte Urban unter anderem eine durch Fortbildungsaktivitäten beförderte Sensibilisierung von Fachkreisen für psychische Erkrankungen an sowie die Erfolge der Antistigma-Kampagne. Im Weiteren nahm Urban das Flugzeugunglück vom 24.03.2015 in den Blick und wandte ein, dass nach seiner Einschätzung eine Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht, wie sie nach Bekanntwerden einer spekulativ angenommenen depressiven Episode des Copiloten diskutiert wurde, kontraproduktiv ist: „Eine solche Lockerung bringt mit sich, dass Patienten Nachteile befürchten und sich daher erst gar nicht in ärztliche Behandlung begeben.“ Bei der Depression handele es sich um eine schwere Erkrankung, die für die Betroffenen, aber ebenso für deren Angehörige und für die behandelnden Ärzte belastend sei: „Dies gilt vor allem dann, wenn eine begonnene Behandlung noch nicht erfolgreich ist.“ Ebenso gelte es, eine vermeintlich nebenwirkungsfreie Psychotherapie und die Möglichkeiten der zuweilen verteuerten Pharmakotherapie nicht gegeneinander auszuspielen – „denn beides hat seine Berechtigung“; mit diesen Worten leitete er zum Fachvortrag über, in dessen Mittelpunkt die Pharmakotherapie stand.

Begriffsklärung: chronische Depression – therapieresistente Depression

Mit der Definition der Begriffe im Titel der Veranstaltung eröffnete Prof. Dr. med. Tom Bschor seine Ausführungen. Eine chronische Depression liegt vor, wenn das depressive Syndrom über einen Zeitraum von zwei Jahren besteht, ungeachtet der Frage, ob in diesem Zeitraum Behandlungsversuche stattfanden. Therapieresistenz hingegen bezeichnet nicht etwa eine unbehandelbare Depression, sondern eine auf die Standardtherapieverfahren nicht unmittelbar ansprechende Depression. Eine verbreitete Definition orientiert sich an der Pharmakotherapie, wenngleich die medikamentöse Behandlung nur eine von mehreren Behandlungsstrategien ist. Demnach besteht Therapieresistenz, wenn zwei pharmakologische Behandlungsversuche von adäquater Dauer und Dosis erfolglos bleiben.

Als Mitglied der Steuergruppe der S3-Leitlinie bzw. Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression berichtete Bschor, dass die Veröffentlichung der aktualisierten Fassung unmittelbar, nämlich spätestens im Juli 2015 (<http://www.leitlinien.de/nvl/depression>), bevorstehe. Von einem fiktiven kasuistischen Beispiel ausgehend, wurden im Folgenden zentrale Merkmale eines leitlinienorientierten therapeutischen Vorgehens vorgestellt.

In Deutschland sind etwa 30 verschiedene Antidepressiva verfügbar. Bei der Klassifikation werden die älteren Substanzen immer noch nach ihrer chemischen Struktur in tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA) unterschieden. Daneben gibt es noch die reversiblen und die irreversiblen MAO (Monoaminoxidase)-Hemmer. Die neueren Antidepressiva werden aufgrund ihres spezifischen Wirkmechanismus in Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI), präsynaptische α_2 -Rezeptorenblocker und Weitere eingeteilt. Allgemein liegt die Ansprechrate von Antidepressiva bei 50-60 Prozent, unter Placebos remittieren 25-35 Prozent der Patienten.



Prof. Dr. med. Tom Bschor (rechts), Referent der Veranstaltung, und Dr. med. Roland Urban (links), Moderator des Abends.

Drei Phasen der Depressionsbehandlung

Im Folgenden charakterisierte Bschor die drei Phasen der Pharmakotherapie depressiver Erkrankungen. Am Beginn steht in der Akuttherapie die rasche Symptomkontrolle im Vordergrund. Ziel der Akuttherapie ist das Erreichen von Symptommfreiheit (Remission). Der Weg zur Remission führt üblicherweise über ein therapeutisches Ansprechen (Response), was meist als mindestens 50-prozentige Reduktion des ursprünglichen Schweregrads der Depression definiert wird. Daran schließt sich die sogenannte Erhaltungstherapie an. Hier ist allen Patienten zu empfehlen, das Behandlungsregime, das zum Erfolg geführt hat, über 6 bis 9 Monate fortzuführen. Theoretischer Hintergrund ist hierbei die Annahme, dass die depressive Episode noch fortbesteht und nur durch die Medikation unterdrückt wird, sodass ein rasches Absetzen nach Remission ein deutlich erhöhtes Risiko eines Wiederaufkommens der ursprünglichen Episode beinhalten würde. Um einen Rückfall zu verhindern, wird die Erhaltungstherapie, sofern es keine unerwünschten Nebenwirkungen gibt, üblicherweise mit der ursprünglichen Dosierung fortgeführt. Nach Abschluss der Erhaltungstherapie und anhaltender Symptommfreiheit kann von einer Remission ausgegangen werden. Die nächste Therapiephase, die sich hieran anschließt, ist die Rezidivprophylaxe. Ob und wie eine solche indiziert ist, hängt vom individuellen Rückfallrisiko ab.

Sorgfältige Dokumentation der Symptome

Im Rahmen der Pharmakotherapie mit einem Antidepressivum (Abbildung 2) ist eine Eindosierungsphase zur Sicherung von Verträglichkeit und Compliance erforderlich, sollte aber so kurz wie möglich gehalten werden. Erst wenn die Standarddosis erreicht ist, beginnt die Wirklatenz. Eindringlich warb Bschor dafür, bereits am Beginn der Pharmakotherapie einen sogenannten „Entscheidungstag“ vier Wochen nach Erreichen der Standarddosis zu vereinbaren, an dem gemeinsam mit dem Patienten die Wirksamkeitsbeurteilung

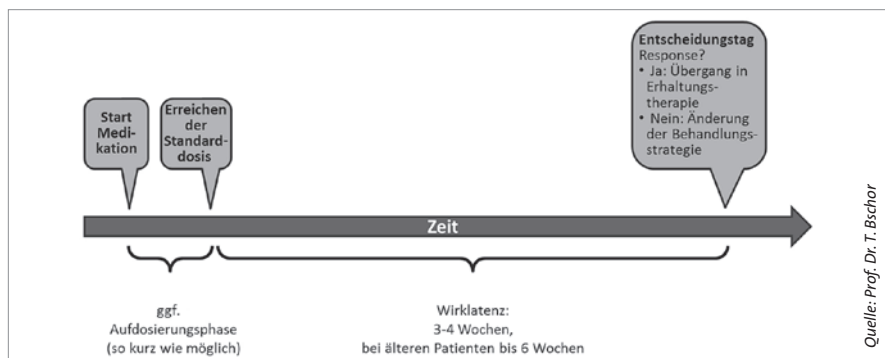


Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf einer antidepressiven Pharmakotherapie (1. Behandlungsstufe)

erfolgt. Um für dieses Ansprechen eine valide Grundlage zu haben, ist es unerlässlich, vor Therapiebeginn eine sorgfältige Dokumentation der Symptome vorzunehmen – hierfür eignen sich neben dem psychopathologischen Befund standardisierte Depressions-Fremdbeurteilungsskalen wie beispielsweise die Hamilton-Skala oder auch Selbstbeurteilungsskalen.

Dichotomie am Entscheidungstag – Möglichkeiten der Therapieanpassung

Bschor signalisierte: „Der Entscheidungstag zwingt uns zu einer dichotomen Entscheidung.“ Kann im Abgleich mit der sorgfältig dokumentierten initialen Symptomatik das Therapie-Ansprechen bejaht werden, so folgt der Übergang in die Erhaltungstherapie. Muss das Therapie-Ansprechen hingegen verneint werden, so ist die Pharmakotherapie anzupassen.

Hier fächerte er die verschiedenen Ansätze auf und diskutierte das Für und Wider:

- Eine **Serumspiegelbestimmung** als Talspiegel, also vor Einnahme der Medikation, empfiehlt sich, um gegebenenfalls eine Dosisanpassung durchzuführen. Liegt der Serumspiegel trotz Standarddosis nicht im therapeutischen Bereich, ist an Non-Compliance oder an genetisch bedingtes Abweichen der Aktivität des Cytochrom-P450-Systems zu denken, das die meisten Antidepressiva abbaut.
- **Nicht sinnvoll ist eine Hochdosistherapie bei Einsatz von SSRI** im Falle von Non-Response (es sei denn, eine Serumspiegelbestimmung zeigt einen deutlich zu niedrigen Wert). Alle verfügba-

ren Vergleichsstudien zeigen, dass eine Normaldosis und eine erhöhte Dosis eines SSRI eine identische klinische Wirksamkeit haben. In Verbindung mit SPECT-Untersuchungen konnte im doppelten Wortsinne gezeigt werden, dass unter der Standarddosis des SSRI Paroxetin bereits 80 Prozent der Serotonintransporter im ZNS durch die Substanz blockiert waren und auch bei einer Hochdosierung nur etwa 80 Prozent der Serotonintransporter blockiert wurden.

Für trizyklische Antidepressiva, **Tranlylcypromin (irreversibler MAO-Hemmer) und Venlafaxin (SNRI)** hingegen zeigte sich, dass eine **hochtherapeutische Dosierung wirksamer** ist als eine niedrigtherapeutische; insoweit ist hier eine Hochdosierung durchaus ein geeigneter nächster Behandlungsschritt.

- Für die **Kombination zweier Antidepressiva** existieren positive Wirksamkeitsstudien für die Kombination eines Wiederaufnahmehemmers (SSRI, SNRI oder TZA) einerseits mit einem Blocker des präsynaptischen Autorezeptors (Mianserin, Mirtazapin oder Trazodon) andererseits. Die Kombination eines Wiederaufnahmehemmers mit einem Blocker der präsynaptischen Autorezeptoren erscheint wegen eines erwarteten Synergismus plausibel; mit einer Ausnahme zeigten alle betreffenden Studien die Überlegenheit dieser Kombination, mithin die Sinnhaftigkeit dieser Strategie.

Zu beachten ist indessen folgende Kontraindikation: MAO-Hemmer sind nicht mit serotonergen Antidepressiva zu kombinieren!

- Der Wechsel des Antidepressivums ist eine häufig eingesetzte Strategie. Gleichwohl verdeutlichte Bschor, dass der wissenschaftliche Beleg dieser Strategie aussteht. Als Resultat seiner eigenen großangelegten systematischen Literaturrecherche hielt er fest, dass in keiner der Studien die Strategie „Wechsel des Antidepressivums“ dem bloßen Fortführen des bisherigen Antidepressivums überlegen war und verwies auf die salomonische Formulierung der S3-Leitlinie: „Der Wechsel des Antidepressivums ist bei Nichtansprechen nicht die Behandlungsalternative erster Wahl. Jeder Wechsel sollte daher sorgfältig geprüft werden.“ Auch in seiner Klinik, so Bschor, werde allenfalls ein einmaliger Wechsel des Antidepressivums praktiziert.
- Dem in Deutschland verfügbaren **irreversiblen MAO-Hemmer Tranylcypromin** kommt eine herausgehobene Wirksamkeit bei therapieresistenten Depressionen zu, die das Hauptindikationsgebiet bilden. Zu beachten ist das Einhalten einer tyraminarmen Diät: Tyramin ist ein körperfremdes Amin, welches beispielsweise in Rotwein und manchen Käsesorten enthalten ist; im Falle einer pharmakologischen Hemmung der MAO wird es verlangsamt abgebaut und ist mit dem Risiko

- assoziiert, eine hypertensive Krise auszulösen.
- Die **Augmentation mit Lithium** – Augmentation beschreibt die Hinzugabe einer Substanz zu einem Antidepressivum, das nach ausreichend langer Dauer alleine keine Wirksamkeit entfaltet hat – wurde speziell für die Behandlung therapieresistenter Depressionen entwickelt. Im Falle einer Response ist die Kombination aus Lithium und Antidepressivum im Sinne der Erhaltungstherapie für 6 bis 12 Monate fortzuführen. Die Lithium-Augmentation empfiehlt sich, wenn das bisherige Antidepressivum gut vertragen wurde und beibehalten werden soll, wenn bei Rezidiven eine prophylaktische Lithiumbehandlung indiziert ist oder eine rezidivierende Suizidalität besteht.
- Für die **Augmentation mit atypischen Neuroleptika** (d.h. Antipsychotika der zweiten Generation) ist in Deutschland lediglich **Quetiapin** zugelassen. Als häufige Nebenwirkung ist eine Gewichtszunahme mit der Gefahr des metabolischen Syndroms zu beachten.
- Die **Elektrokrampftherapie (EKT)** kennzeichnete Bschor angesichts einer Responserate zwischen 50 und 85 Prozent und von immer noch 50-75 Prozent bei Patienten, die zuvor auf eine Antidepressivabehandlung nicht an-

gesprochen hatten, als wirksamstes antidepressives Behandlungsverfahren. Gleichwohl sind als häufige Nebenwirkungen vorübergehende kognitive Einschränkungen, vor allem Kurzzeitgedächtnisstörungen, und die hohe Frührezidivrate nach Ende einer erfolgreichen EKT-Serie von bis zu 80 Prozent in den ersten sechs Monaten zu bedenken.

Angesichts der Vielfalt der Behandlungsoptionen warb Bschor dafür, die Pharmakotherapie nach einem Algorithmus zu gestalten, wie dieser in die S3-Leitlinie Unipolare Depression Eingang gefunden hat. Dieses strukturierte Vorgehen resultiert aus einer überzeugenden Studienlage, nach der ein Therapiealgorithmus häufiger und schneller zur Response führt als eine Therapie nach freier Arztentscheidung mit womöglich wechselnden Strategien. Auch unter Beachtung der Berliner Versorgungslandschaft präsentierte Bschor aussagekräftige Daten zur Sinnhaftigkeit der Anwendung des Therapiealgorithmus und rundete mit dieser „Berliner Note“ und der Ermutigung, den Algorithmus im eigenen therapeutischen Handeln zu beherzigen, seine Ausführungen ab.

Dr. med. Sabine Möddel
Stellv. Leiterin, Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung, Ärztekammer Berlin

Die neue Berufsordnung – Teil 5

Die berufsrechtlichen Regelungen zum Umfang zulässiger Arztwerbung wurden bereits im Jahr 2002 in der Musterberufsordnung – sowie auch in der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin – grundlegend liberalisiert. Dennoch sind bei der Werbung für die ärztliche Tätigkeit auch heute noch wesentliche Begrenzungen im Interesse des Patientenschutzes zu beachten. Über die Rechtslage zum ärztlichen Werberecht nach der am 20. Dezember 2014 in Kraft getretenen Neuregelung der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (BO) gibt BERLINER ÄRZTE einen Überblick.

Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Ärztinnen und Ärzten ist deshalb auch die Werbung für ihre berufliche Tätigkeit nicht in gleichem Maße gestattet wie Gewerbetreibenden. Die Ankündigung der ärztlichen Tätigkeit soll sich vielmehr auf sachliche, berufsbezogene Informationen beziehen (§ 27 Abs. 2 BO). Der Grund dafür liegt zum einen darin, dass schon durch die

Außendarstellung der ärztlichen Tätigkeit deutlich gemacht werden soll, dass diese nicht in erster Linie an ökonomischem Gewinnstreben, sondern an medizinischen Erwägungen und dem Patienteninteresse orientiert ist. Patientinnen und Patienten sollen zudem auf die Richtigkeit werbender Angaben vertrauen können. Darüber hinaus zielen die Werbebeschränkungen

darauf ab, eine dem ärztlichen Selbstverständnis zuwiderlaufende Kommerzialisierung des Arztberufs zu verhindern (vgl. § 27 Abs. 1 BO). Auf der anderen Seite garantiert die ärztliche Berufsfreiheit aber, dass für eine interessengerechte, sachangemessene Darstellung der eigenen Tätigkeit Raum bleiben muss, auch wenn diese werbenden Charakter hat.

Keine anpreisende, irreführende oder vergleichende Arztwerbung

Unzulässig ist nach der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (ebenso wie nach den Berufsordnungen anderer Landesärztekammern) insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Ankündigung der eigenen beruflichen Tätigkeit (§ 27 Abs. 3 Satz 1). Unter „anpreisender“ Arztwerbung ist dabei eine besonders

nachdrückliche Form der Werbung zu verstehen, insbesondere eine „reißerische Darstellung“ oder eine solche mit „marktschreierischen Mitteln“. Sie ist gekennzeichnet durch Übertreibungen und die Verwendung von Superlativen bzw. durch die besonders wirkungsvolle, unsachliche Herausstellung eigener Leistungen. Dies kann nicht nur dem Inhalt nach, sondern auch der Form nach der Fall sein (etwa Blickfangwerbung, aufdringlicher Charakter). Wann diese Grenze überschritten ist, lässt sich natürlich nur im Einzelfall beantworten. Dies gilt gleichermaßen für das zweite Merkmal: die „irreführende“ Darstellung der ärztlichen Tätigkeit. Maßgeblich ist insoweit, ob eine Werbung dazu geeignet ist, bei den angesprochenen Verkehrskreisen Fehlvorstellungen über die eigene Berufsausübung hervorzurufen, insbesondere über eigene Qualifikationen, Behandlungsmethoden oder Behandlungsrisiken, mögliche Behandlungserfolge etc. Eine Irreführung in diesem Sinne liegt vor allem dann vor, wenn konkrete Aussagen objektiv unrichtig sind und daher falsche Erwartungen erzeugen (z. B. Benennung nicht vorhandener Qualifikationen oder Angaben, die dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft widersprechen). Unter „vergleichender“ Arztwerbung sind demgegenüber solche Darstellungen zu verstehen, die die eigene Tätigkeit gerade unter Bezugnahme auf die Berufsausübung anderer Ärztinnen und Ärzte oder (Fach-)Arztgruppen werbend hervorheben bzw. positiv herausstellen. Die Unzulässigkeit solcher Angaben ist auch vor dem Hintergrund des ärztlichen Kollegialitätsgebots zu sehen.

Sonstige Beschränkungen der Eigenwerbung

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Werbende Angaben von Ärztinnen und Ärzten können vielmehr auch dann berufswidrig sein, wenn die angekündigte Leistungserbringung selbst gegen das Berufsrecht verstößt. Ein Beispiel hierfür ist etwa die Ankündigung von Festpreisen für privatärztliche Leistungen. Da sich die Gebührenhöhe (der Steigerungssatz) nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach der Schwierigkeit und dem Zeitaufwand im Einzelfall bemisst, ist die

Auslobung von Festpreisen grundsätzlich nicht zulässig. Dies gilt auch für beworbene Preisrabatte erst recht, wenn diese durch eine zeitliche Befristung (etwa im Bereich der ästhetischen Chirurgie) geeignet sind, einen besonderen Entscheidungsdruck bei umworbenen Patientinnen und Patienten hervorzurufen.

Eine weitere Grenze zieht das Wettbewerbsrecht. So enthalten das Heilmittelwerbegesetz (HWG) und das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) weitere Fallgruppen unzulässiger Arztwerbung, deren Darstellung den Rahmen dieses Beitrags sprengen würde. Von Bedeutung ist insoweit aber, dass Verstöße gegen die berufsrechtlichen Werbebeschränkungen in der Regel zugleich ein wettbewerbswidriges Handeln begründen, so dass hier von Seiten der Mitbewerber auch eine zivilrechtliche Inanspruchnahme (Unterlassungsansprüche, ggf. Schadensersatz) droht. Auch aus diesem Grund sollte die Darstellung der eigenen Berufstätigkeit das Gebot der sachgerechten Patienteninformation beachten.

Ankündigung von Qualifikationen

Die Berufsordnung der Ärztekammer Berlin regelt weiterhin, dass neben weiterbildungsrechtlichen Bezeichnungen (Facharztbezeichnungen, Zusatzbezeichnungen etc.) und sonstigen nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbenen Qualifikationen (etwa: KV-Abrechnungsgenehmigung) auch als solche gekennzeichnete „spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ sowie organisatorische Hinweise angekündigt werden können (§ 27 Abs. 4 BO). Bei der Angabe von anderen Qualifikationen und „speziellen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ ist indessen zu beachten, dass eine Verwechselbarkeit mit weiterbildungsrechtlichen Bezeichnungen und mit öffentlich-rechtlichen Qualifikationen ausgeschlossen sein muss. Es darf also nicht zu Unrecht der Anschein erweckt werden, man verfüge über eine bestimmte weiterbildungsrechtliche oder nach (anderen) öffentlich-rechtlichen Vorschriften erwerbende Bezeichnung. In einer solchen Ankündigung wäre wiederum eine unzulässige Irreführung im oben genannten Sinne zu sehen.

Fremdwerbung

Weiterhin bestimmt die im Dezember 2014 in Kraft getretene Neuregelung der Berufsordnung erstmals ausdrücklich: „Eine Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte in Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit ist unzulässig“ (§ 27 Abs. 3 Satz 2 BO). Das Verbot der ärztlichen Fremdwerbung galt zwar im Wesentlichen auch schon zuvor, es war bislang aber an anderer Stelle und nicht in dieser Bestimmtheit geregelt. Unzulässig ist es hiernach etwa, bestimmte Arzneimittel oder Medizinprodukte auf der Praxishomepage zu benennen. Denn es soll der Anschein vermieden werden, dass durch Ärztinnen und Ärzte für bestimmte Produkte aufgrund von finanziellen Vorteilen geworben wird. Ebenso als unzulässige Fremdwerbung einzuordnen ist danach z. B. die Benennung bestimmter Produkte oder Anbieter auf Terminkarten der Praxis, Mutterpässen, Diabetiker-Tagebüchern, Materialien eines Kurses zur Raucherentwöhnung etc.

Resümee

Durch die dargestellten Werberestriktionen zielt das ärztliche Berufsrecht darauf ab, in einer Zeit ausgreifender Kommerzialisierung der meisten Lebensbereiche die Darstellung der ärztlichen Tätigkeit in einem sachgerechten und seiner Bedeutung entsprechenden Rahmen zu halten. Die Beschränkungen mögen zunächst vielschichtig erscheinen. Als Faustregel lässt sich jedoch festhalten: Die Werbung für die eigene ärztliche Tätigkeit ist zulässig, solange die Ebene der sachgerechten und angemessenen Patienteninformation nicht verlassen wird. Dies gilt für die eigene Homepage ebenso wie für Darstellungen in anderen Medien (Druckerzeugnisse, Praxisschild, Briefkopf usw.). Für konkrete Fragestellungen stehen die Mitarbeiter der Abteilung Berufsrecht unseren Kammermitgliedern gerne beratend zur Verfügung. Ihre Ansprechpartner sowie weiterführende Informationen zur Ankündigung der ärztlichen Tätigkeit – und zu vielen anderen rechtlichen Aspekten der ärztlichen Berufsausübung – finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de, dort unter Ärzte/Recht.

Von Fall zu Fall

Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Kleine Ursache – große Wirkung

Am Abend wurde eine Patientin in einem Krankenhaus wegen eines vorzeitigen Blasensprungs aufgenommen. Die Entbindung erfolgte spontan am nächsten Tag. Nach der Entbindung wurde eine manuelle Plazentalösung erforderlich. Darüber hinaus mussten ein Zervix- und Dammriss operativ versorgt werden. Dafür hatte die Patientin eine Spinalanästhesie erhalten. Im Behandlungsverlauf klagte sie postoperativ über ein Kältegefühl an den Füßen, das mit Wärmeflaschen behandelt wurde. Am Nachmittag des Entbindungstags klagte sie über schmerzhafte Blasen und Einblutungen an beiden Fersen. Am Folgetag wurden diese Blasen chirurgisch eröffnet und verbunden. Diese Maßnahmen wiederholten sich bis zur Entlassung der Patientin nach einer Woche. Die entstandenen Nekrosen bedurften einer weiteren stationären und nachfolgend ambulanten Behandlung durch Dritte.

Die Patientin ist der Ansicht, dass die Nekrosen durch eine fehlerhafte Wärmezufuhr an den Füßen entstanden seien. Zum Zeitpunkt der Anwendung habe noch die Spinalanästhesie gewirkt und mit Nachlassen dieser hätte sie Schmerzen an beiden Füßen und bläulich-rote Hautveränderungen an den Fersen festgestellt. Seitdem habe sie Schmerzen, könne nur mit Hilfe von Sanitätsschuhen kurze Wege gehen und sich wenig um ihr Kind kümmern.

Zu dem Vorwurf fehlerhaften Handelns wird entgegnet, dass bei Aufnahme die Thrombozytenzahl $101.000/\mu\text{l}$ betragen habe. Die Zahl der Thrombozyten sei im Verlauf des Entbindungstages auf $24.000/\mu\text{l}$ gesunken. In einer weiteren Stellungnahme wurde die Thrombozytenzahl revidiert und vorgetragen, dass ein Tiefpunkt von 84.000 Thrombozyten/ μl vorgelegen habe. Die Wiedererlangung der Kontrolle über die unteren Extremitäten sei am Nachmittag des Entbindungstags dokumentiert. Die Patientin habe zu diesem

Zeitpunkt über schmerzhafte Veränderungen an den Füßen geklagt. Weitere Hämatome seien nicht festzustellen gewesen. Die Ursache der Nekrosen sei unklar.

Gutachten

Nach Auffassung des Gutachters, einem Facharzt für Anästhesiologie, sei die Durchführung einer Spinalanästhesie für die manuelle Plazentalösung und die Versorgung des Dammrisses am Entbindungstag indiziert gewesen. Auch die Anlage dieser sei sach- und fachgerecht erfolgt. Eine Thrombozytenzahl von $101.000/\mu\text{l}$ gelte nicht als eine Kontraindikation für die Spinalanästhesie. Der Gutachter weist darauf hin, dass die in der Stellungnahme der Klinik erwähnte Thrombozytenzahl von $24.000/\mu\text{l}$ dagegen eine Kontraindikation darstellen würde. Er geht von einer irrtümlichen Angabe in der Stellungnahme aus. Ein entsprechender Wert fände sich nicht in der Dokumentation und sei später vom Krankenhaus zudem korrigiert worden.

Ein Kältegefühl könnte nach der Entbindung und nach einer Spinalanästhesie auftreten. Dies betreffe jedoch vorrangig die obere Körperhälfte. Die untere würde unter einer Spinalanästhesie besser durchblutet und so ein Wärmegefühl hervorgerufen. Die bei der Patientin aufgetretenen Hautschäden an den Füßen sprächen für eine fehlerhafte Wärmebehandlung. An diesem Zusammenhang bestünde durch die naheliegende Kausalität und den zeitlichen Zusammenhang kein Zweifel.

Der Fehler bei der Wärmebehandlung hätte bei sorgfältiger Vorgehensweise vermieden werden können. Eine Behandlung mit Wärmeflaschen in einem von einer Spinalanästhesie empfindungslos gemachten Körperbereich sei nicht fachgerecht und hätte alternativ systemisch oder medikamentös erfolgen können. Die Blasenbildung und die Einblutung sowie die Nekrosen an den Fersen seien deshalb

behandlungsfehlerbedingt aufgetreten. Der Gutachter weist darauf hin, dass die Einblutungen durch eine gering ausgeprägte Thrombozytopenie begünstigt worden sein könnten. Gegen eine solche Mitursächlichkeit spräche jedoch, dass der Damm- und Zervixriss im weiteren Verlauf nicht zu Nachblutungen geführt hätte. Es könne sich auch um eine Kombination thermischer und mechanischer Einflüsse handeln, falls die Fersen nicht sach- und fachgerecht gelagert worden seien.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Es lag eine gering ausgeprägte Thrombozytopenie vor, die jedoch der Durchführung einer Spinalanästhesie nicht entgegenstand. Diese wurde ausweislich des Anästhesieprotokolls sach- und fachgerecht durchgeführt. Hingegen wurde auf das von der Patientin angegebene Kältegefühl fehlerhaft reagiert. Die Anwendung einer Wärmeflasche durfte zwar erfolgen, jedoch nur unter Berücksichtigung der Wirkungen der Spinalanästhesie. Die hierdurch aufgehobene Temperatur- und Schmerzempfindung der Patientin erforderte gezielte Temperatur- und regelmäßige Lagerungskontrollen, die als solche zu dokumentieren sind. Nach Aktenlage wurde weder die Temperatur der Wärmeflasche, noch die Lagerung der Hacken kontrolliert. Das Vorgehen im Rahmen der Wärmeapplikation ist als fehlerhaft zu bewerten.

Infolge der unterlassenen Kontrolle und damit des Nichterkennens einer zu hohen und hautschädigenden Temperatur in den Wärmeflaschen ist es zu behandlungsbedürftigen Hautnekrosen an beiden Fersen gekommen. Daraus ergab sich die Notwendigkeit eines weiteren Krankenhausaufenthaltes und einer langwierigen ambulanten Nachbehandlung.

Fazit

Ein voll beherrschbares Risiko liegt erst recht bei Ausschalten eines Sinnesorgans, hier der Haut-Temperaturfühligkeit, vor.

Autoren: Professor Dr. med. Walter Schaffartzik Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie Vorsitzender der Schlichtungsstelle, Kerstin Kols, Geschäftsführerin Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Man(n), geh doch mal zum Arzt!

Fast jeder zweite Mann in Deutschland ist zu dick. Männer werden häufig erst aktiv, wenn bereits Schmerzen und / oder körperliche Einschränkungen spürbar sind – sie betreiben eine Reparaturmedizin. Die Folgen sind eine kürzere Lebenserwartung von durchschnittlich sechs Jahren gegenüber Frauen und das doppelt so häufige Auftreten chronischer Erkrankungen. Motivation und Angebote zu gesundheitsförderlichem Verhalten sind unabdingbar.

Epidemiologische Daten belegen deutliche Unterschiede bei der Gesundheit beider Geschlechter, welches nicht nur als Beleg einer unterschiedlichen Lebenserwartung gewertet werden kann. Ebenfalls lassen sich bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen geschlechtsspezifische Unterschiede belegen. Differente Arbeits- und Lebensbedingungen der Geschlechter scheinen ursächlich für die Gesundheit mitverantwortlich zu sein. Bildungsstand, Einkommen, aber auch Berufszufriedenheit und in geringem Maße auch biologische Faktoren spielen eine Rolle. Die Auseinandersetzung mit der Gesundheit von Männern wurde bislang weniger beachtet, obwohl es kein Neuland ist. Bereits 1901 sind in einem Buch von Platen „Die neue Heilmethode“ (38. Auflage) Vorschläge zur Gesundheit von Männern enthalten. Zeitweise haben sich Dermatologen und Urologen (Andrologie) u.a. auch mit Männergesundheit beschäftigt wie z.B. Prof. Dr. Stüttgen als Dermatologe, und Prof. Dr. Alken als Urologe.

Seit einigen Jahren werden zudem Männergesundheitstage und -Kongresse abgehalten, wie zuletzt der 3. Männergesundheitskongress der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im April 2015 in Berlin. Das Thema lautete: „Psychische Gesundheit von Männern“.

Für den beruflich aktiven Mann steht aber mehr die körperliche Verfassung im Vordergrund als die psychische Gesundheit. Seelische Krankheiten, wie z.B.

Depression, Burnout, aber auch Suizidalität nehmen bei Männern zu. Diese Zunahme hängt mit dem gesellschaftlichen Wandel, wie persönlichen und gesellschaftlichem Anspruch, insbesondere für den modernen Mann im Arbeitsleben, der Freizeit und auch des komplexen Rollenbildes von Männern in Beruf und Partnerschaft zusammen. Denn (Stress-)Belastungen und psychische Krankheiten nehmen auch bei Männern zu. Die zudem ein differentes Suchtverhalten im Gegensatz zu Frauen (Alkohol/Nikotin/Drogen/Spielsucht....) zeigen, aber auch eine unterschiedliche Medikamenteneinnahmementalität. Interessanterweise werden männertypische Angebote, wie Kurse zum Stressabbau (Work-Life-Balance, Entspannung u.a.), sinnvoller Gesundheitssport etc. als gesundheitsfördernde Angebote von vielen belasteten Männern noch nicht besucht oder wahrgenommen. Zu dieser Thematik besteht erheblicher Bedarf an Aufklärung und Motivation des männlichen Geschlechtes, insbesondere auch durch Ärzte.

Erkrankungen, wie **Herz-Kreislaufstörungen**, sind in Deutschland führend und mit etwa 50 Prozent an der jährlichen Todesstatistik beider Geschlechter beteiligt. Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und reduzierte Lebensqualität resultieren aus Herz-Kreislauf-erkrankungen. In der Regel sind mehr Männer als Frauen betroffen und häufig sterben Männer bereits vor dem 65. Lebensjahr am Herztod. Ursache für Störungen des Herzkreislaufsystems sind ungesunder Lebensstil wie Rauchen, Adipositas, metabolisches Syndrom und besonders Bewegungsmangel um nur einige zu nennen. Diese Risikofak-



Foto: Miguel Hermoso Cuesta

toren werden öfter bei Männern als bei Frauen belegt.

Die drei häufigsten **Krebserkrankungen** (Lunge, Prostata und Darm) werden bei Männern in zunehmendem Alter gefunden. Das Ziel von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zielt bei positivem Befund auf eine frühzeitige und schonende Therapie mit größeren Erfolgsaussichten auf Heilung und somit Verlängerung der Lebenserwartung. Für Männer gilt im Wesentlichen, durch Kassen empfohlen, ein Gesundheitscheck ab dem 35. Lebensjahr, eine umfassende urologische Untersuchung mit Prostata ab dem 45. Lebensjahr und die sehr wichtige präventive Koloskopie ab dem 55. Lebensjahr mit Polypektomie (Prävention eines kolorektalen Karzinoms).

Im nationalen Krebsplan und auch im Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz sind Ziele integriert worden, Krebserkrankungen noch wirksamer zu bekämpfen.

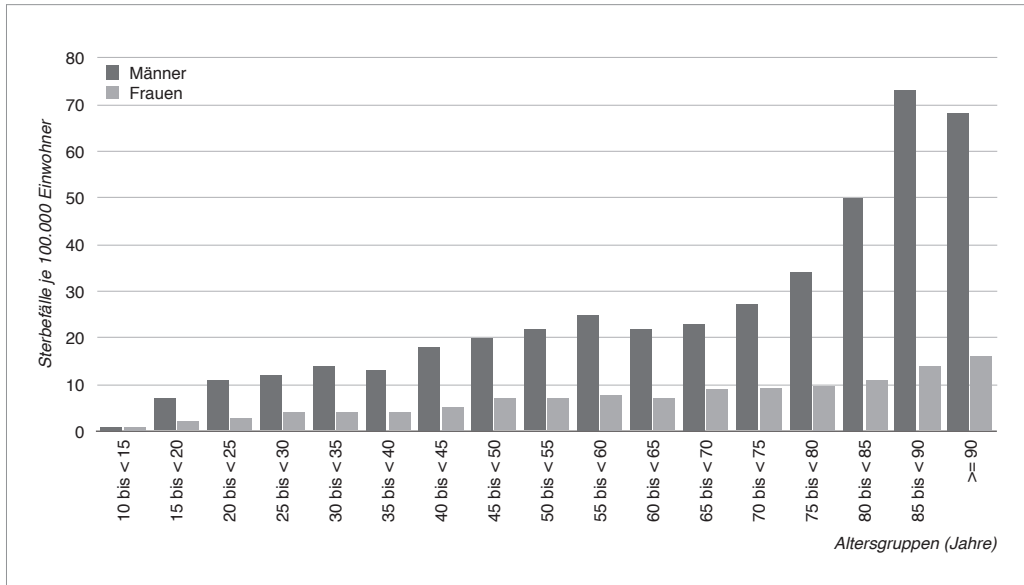


Abb. 1: Suizid-Sterbefälle nach Geschlecht je 100.000 Einwohner im Jahr 2012, Quelle: Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamts

Leider gibt es Hinweise, dass vor allem Menschen mit Migrationshintergrund Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung in geringerem Ausmaß in Anspruch nehmen als die Mehrheit der deutschen Bevölkerung. Diesbezüglich sind besonders Männer Untersuchungsmuffel.

Unfälle sind beim männlichen Geschlecht in allen Lebensbereichen häufiger als bei Frauen. 2010 starben 10.956 (54,1 %) Männer und 9.287 (45,9 %) Frauen an den Folgen eines Unfalls. Gründe der höheren männlichen unfallbedingten Sterblichkeit liegen im risikoreicheren Verhalten. Hierzu zählen häufig bei Männern Eigenschaften wie Wettbewerb oder Aggressivität (Sporttreiben, Berufsleben und auch im Straßenverkehr). Die Entwicklung von Unfallvermeidungsstrategien stellt ein großes und wichtiges Betätigungsfeld für die Gesundheitsforschung und Prävention bei Männern dar.

Psychische Störungen (affektive Störung, Depression, Sucht etc.) kommen bei beiden Geschlechtern vor und es zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede in der Symptomatik. Jedoch findet die Behandlung, stationär oder ambulant bei Männern deutlich seltener statt und ist offensichtlich mit dem Rollenverständnis eines Mannes nicht vereinbar. Begründet wird

dieses Verhalten mit Verlust von Ansehen, Autonomie und Männlichkeit.

Burnout-Syndrom ist ein emotionaler Erschöpfungszustand, der häufig in Zusammenhang mit chronischem (Arbeits-) Stress und Überforderung auch bei Männern anzutreffen ist. Hieraus resultieren wiederkehrende längere Arbeitsunfähigkeiten mit volkswirtschaftlichem Schaden.

Erfolgreiche Suizide werden deutlich häufiger von Männern in allen Lebensgruppen begangen (s. Abb. 1). In 2012 suizidierten 7287 Männer und 2603 Frauen.

Allgemeines Suchtverhalten wie Alkohol, Drogen, Spielsucht, Nikotin, Sexsucht u.a. ist bei Männern ausgeprägter als bei Frauen vorhanden. Frauen neigen eher zur Einnahme von Sedativa oder auch Amphetaminen.

Präventive Maßnahmen zur Förderung der Männergesundheit:

Körperliche Aktivität und Bewegung sind im eher passiv geprägten Alltagsleben zum Erhalt von Gesundheit und Wohlbefinden unabdingbar. Vor allem im Alter ist Gesundheitssport dem leistungsorientierten Sport vorzuziehen, obwohl Männer Kraft, Schnelligkeit, Härte und Risikobereitschaft den – sanfteren – Sportarten,

wie Tanzen oder Gymnastik, vorziehen.

Die WHO empfiehlt wöchentlich 150 Minuten Bewegung, und zwar mäßig bis anstrengend. Bemerkenswert ist, dass Männer, aber auch Frauen, täglich viermal mehr fernsehen im Vergleich zu sinnvoller Bewegung (Sport). Die Empfehlung lautet mindestens täglich 30 Minuten körperliche aktiv zu sein.

Gesunde Ernährung in Kombination mit Bewegung ist sinnvoll, um Übergewicht zu vermeiden. Wenig Alkohol, völli-

ger Verzicht auf Nikotin und Vermeidung von Gewalt, auch gegen sich selbst (Suizid) unterstützt die Gesundheit ebenfalls. Für beide Geschlechter, aber besonders für Männer, sind eine bessere Vereinbarkeit von Beruf/Familie und Privatleben (Work-Life-Balance) unter den heutig veränderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu fördern. Daraus resultiert Gesundheitsförderung mit Prävention für eine bessere Männergesundheit.

Ärzte in Praxis, Klinik, Behörden und Arbeitsmedizin etc. sollen Hemmnisse kennen, aber auch Motivationsmöglichkeiten zu gesundheitsförderlichem Verhalten (u.a. Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung) empfehlen können. Hier sind z.B. das Rezept für Bewegung, die Kampagne „Berlin komm(t) auf die Beine“ und die Gesundheitssportbroschüre des Landesportbundes Berlin hilfreich. Ziel von ärztlichen Bemühungen ist neben einer Lebensverlängerung besonders die Vermittlung von Spaß und Lebensqualität unter Wahrung der Selbstbestimmung der Männer. Ärzte sind bestens geeignet als Multiplikatoren für Gesundheitsförderung und Prävention.

Dr. Johannes Bruns, Internist / Sportmediziner Präventionsbeauftragter der Ärztekammer Berlin

In Gedenken an Eberhard Conradi

Professor Eberhard Conradi ist am 14.2.2015 kurz nach seinem 83. Geburtstag verstorben.

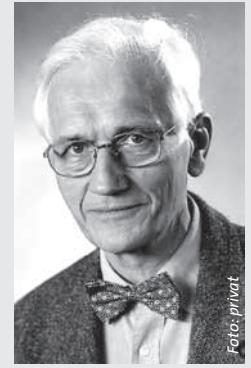
Er war bereits 1969 Sekretär der Gesellschaft für Physiotherapie der DDR und hat als deren Präsident von 1989 bis 1991 die Weichen für das aufeinander Zugehen der beiden deutschen wissenschaftlichen Gesellschaften nach der Wende gestellt. Er war der erste Präsident, der dann gemeinsamen deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) und hat damit die weitere Entwicklung des Fachgebietes entscheidend mitgeprägt.

1963 hatte Prof. Eberhard Conradi die Anerkennung für den Facharzt für Physiotherapie erlangt. Von 1968 an war er zunächst als Oberarzt an der Poliklinik für Physiotherapie der Charité tätig. 1972 hatte er dann die kommissarische Leitung die-

ser Poliklinik übertragen bekommen, um 1981 nach der Berufung zum Hochschuldozenten im Fachgebiet Physiotherapie, zum Direktor der Poliklinik für Physiotherapie berufen zu werden.

Prof. Conradi hat mit Freude und Engagement das Fachgebiet Physikalische Medizin und Rehabilitation vorangebracht. Er war einer der ersten, der die Entwicklung der Frührehabilitation im Fach unterstützt hat. Es ist nur schwer möglich, die von ihm unterstützten Aktivitäten vollständig aufzulisten. Er hat zahlreiche Symposien und Kongresse organisiert, in Facharztkursen den Nachwuchs des Fachgebietes begeistert, zahlreiche Promotionen betreut. Inwissenschaftlichen Arbeiten hat Prof. Conradi viel Kraft in damals als selten angesehene Themen wie Sauna und Fasten investiert. Diese haben heute eine viel breitere „Publikumswirksamkeit“.

Man kann sagen, dass er dabei echte Pionierarbeit geleistet hat. Bücher sowie zahlreiche Beiträge, Publikationen und Studien sind Zeugnis dafür. All seinen Schülern, auch oft Instituts-töchter und -söhne genannt, allen Mitarbeitern war er stets Vorbild. Er hat Kollegialität, interdisziplinäres Denken und interdisziplinäres Arbeiten vorgelebt. Bereits 1999 wurde Prof. Conradi Ehrenmitglied unserer wissenschaftlichen Gesellschaft. Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.



Dr. med. A. Reißhauer
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)

Was sonst noch passierte ...

Frankensteins Erben

Da will also jemand einen Kopf transplantieren. Sergio Canavero, Neurochirurg aus Turin, hat sich das für spätestens 2017 vorgenommen. Und es gibt auch schon den Patienten, der mit diesem Eingriff einverstanden ist: Valeri Spiridonov, ein junger russischer Programmierer, dessen Leidensdruck durch spinale Muskelatrophie (M. Werdnig-Hoffmann) so hoch ist, dass er alle Unwägbarkeiten in Kauf zu nehmen gewillt ist.

Kopftransplantation hatten wir schon öfter. Der zu Unrecht vergessene sowjetische Forscher Wladimir Petrowitsch Demichow transplantierte seit den 40er Jahren des vorigen Jahrhunderts Hundeköpfe und halbe Hunde aufeinander. 1957 wurde sogar in der DDR-Wochenschau gezeigt, wie der transplantierte Hundekopf den Empfängerhund, auf dessen Schulter er gepflanzt worden war, ins Ohr biss.

Anders als in der Gruselgeschichte von Frankenstein wurde nicht Totes zum Leben erweckt, sondern Lebendes mittels filigraner Operationstechnik vereint. Nicht aus chirurgischem Übermut, sondern um die Technik der Organtransplantation zu entwickeln. Demichow war auch derjenige, der als Erster ein Warmblüterherz transplantierte – ohne Herz-Lungen-Maschine! Christiaan Barnard, der 1967 mit seinem erfolgreich herztransplantierten Patienten Louis Washkansky Medizingeschichte geschrieben hat, bezeichnete ihn als seinen Lehrmeister. Die Atmosphäre des kalten Krieges brachte mit sich, dass diejenigen, die nicht die Weisheit aus den Brüsten der allmächtigen Sowjetwissenschaft gesaugt hatten, die makabren Experimente maliziös belächelten und schwiegen. Die anderen applaudierten pflichtgemäß und fragten

nicht nach dem Sinn, denn die Transplantationsmedizin wurde erst viel später in die Planung aufgenommen.

In den 70er Jahren wiederholte Robert J. White in den USA Demichows Versuche mit Affen und kündigte für 1976 die Transplantation eines menschlichen Kopfes an. Aber es wurde nichts daraus. Während Demichows Hundeköpfe sich beißen konnten, weil sie ihr Rückenmark bei der Transplantation behielten, wird Canaveros Vorhaben durch ein ungelöstes Problem fragwürdig, denn ein durchtrenntes Rückenmark konnte bis heute nicht dazu gebracht werden, wieder zusammen zu wachsen, so dass eine reguläre Reizleitung erfolgt. Nicht mal zwei eigene Abschnitte, geschweige denn zwei, die von unterschiedlichen Individuen stammen. Ergibt sich also die Frage: Was macht der erfolgreich transplantierte Kopf mit einem Körper, der ihm nicht gehorcht? Canavero hat so eine Idee. Ob der Patient sie wohl kennt?

Idm