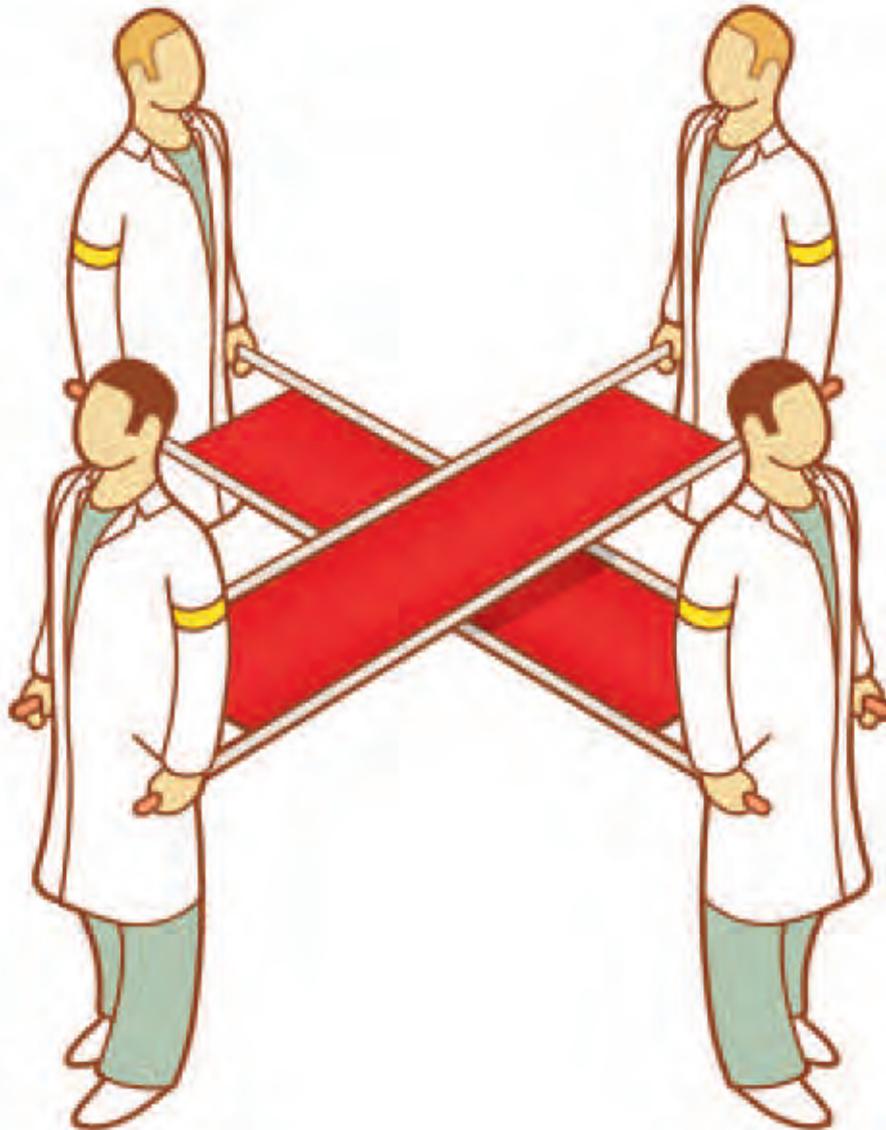


BERLINER ÄRZTE

05/ 2012 49. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztekammer Berlin



**Notfälle schneller und
besser versorgen**

**Braucht die Notfallmedizin
einen Facharzt?**

Sozialmedizin: Was sie ist (und was nicht)



Foto: DRV Bund

Dr. med. Christiane Korsukéwitz
ist ehemalige Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin und Geschäftsführerin der Akademie für Sozialmedizin Berlin.

Die klassischen ärztlichen Fachgebiete wie Chirurgie und Innere Medizin kennen alle Mediziner. Das trifft auch auf viele Zusatzbezeichnungen zu. Was aber ist Sozialmedizin? Obwohl fast jede Ärztin und jeder Arzt auch sozialmedizinische Aufgaben erfüllt, sind sich viele Kollegen dessen kaum bewusst. Sozialmedizin wird überwiegend mit Versicherungs- und Begutachtungsmedizin gleichgesetzt, sie gilt als dröge und praxisfern. Vor dem Hintergrund meiner langjährigen Erfahrungen möchte ich dazu beitragen, dieses Bild zu korrigieren und Sie auf die Vielfalt dieses außerordentlich spannenden Fachs aufmerksam machen.

Sozialmedizin ist ein interdisziplinäres Grundlagenfach, das die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft beschreibt und analysiert. Sie befindet sich in einem Spannungsdreieck zwischen medizinischem und technischem Fortschritt, sozialem Wandel durch demographische, ökonomische und politische Veränderungen und den Ressourcen des Einzelnen. Somit sieht sie sich in der Verantwortung sowohl gegenüber dem Individuum als auch der Gesellschaft als Ganzes. Mit diesem Public Health-Ansatz reicht Sozialmedizin deutlich über die klinischen Fächer der Medizin hinaus.

Als wissenschaftliche Disziplin erforscht die Sozialmedizin sowohl die Auswirkungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen auf Gesundheit und Krankheit des Individuums und von Bevölkerungsgruppen, als auch umgekehrt die Auswirkungen von Krankheit auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Die zielorientierte Auswahl und Bearbeitung sozialmedizinischer Fragestellungen schafft die Voraussetzungen für ein rationales gesellschaftliches Handeln und wissenschaftlich begründbare politische Entscheidungen. Wichtig sind hierbei auch die Entwicklung von Leitlinien zur Erreichung von Verteilungs- und Entscheidungsgerechtigkeit sowie die Qualitätssicherung, insbesondere im Bereich der sozialmedizinischen Begutachtung.

Sozialmedizin spielt jenseits der sozialmedizinischen Dienste der Träger der Sozialversicherung im beruflichen Alltag der meisten Ärztinnen und Ärzte eine wichtige Rolle: Als Lotsen im Gesundheitssystem und Case Manager in der medizinischen Versorgung benötigen sie umfassende Kenntnis des Systems der sozialen Sicherung. Gleichzeitig begutachten sie als medizinische Sachverständige Patienten im Zusammenhang mit den verschiedensten Problemstellun-

gen und Anlässen wie Arbeitsunfähigkeit, Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, Schwerbehinderung, Rehabilitation oder sozialrechtlichen Feststellungsverfahren.

Die qualifizierte Tätigkeit in diesem lebendigen Gebiet mit vielfältigen, komplexen Fragestellungen zwischen Medizin, Recht und Sozialwissenschaften erfordert profunde ärztliche Kompetenz. Ebenso wichtig ist das Wissen um Aufbau und Funktion des sozialen Netzes, ein Verständnis für Verfahrensweisen der Verwaltungen und Zuständigkeiten der Sozialgerichte. Sozialmedizinisches Grundlagenwissen wird zwar bereits im Rahmen des Medizinstudiums vermittelt, gerät aber häufig mit der Zeit in den Hintergrund. Hier berufsbegleitend aktuelle und fundierte Kenntnisse zu vermitteln, ist Aufgabe der sozialmedizinischen Weiterbildung, die im Berliner Raum durch die Akademie für Sozialmedizin Berlin in Trägerschaft der Rentenversicherung und der Ärztekammer Berlin übernommen wird. Für die kooperative und erfolgreiche Zusammenarbeit mit der Berliner Ärztekammer möchte ich an dieser Stelle danken.

Die Akademie für Sozialmedizin Berlin blickt auf 26 Jahre engagierte, erfolgreiche Tätigkeit in der ärztlichen Weiterbildung zurück. Sie erfährt viel Anerkennung und leistet einen entscheidenden Beitrag zur Veränderung des Bildes der Sozialmedizin. Ich würde mich freuen, wenn Sie sich nach der Lektüre dieses Editorials auf eine Entdeckungsreise durch die Sozialmedizin machen würden.

Christiane Korsukéwitz



„...du darfst nie vergessen, dass du nicht Krankheiten sondern Kranke heilen willst. ... Werde ein guter Arzt. ... Wenn auch der Abschluss meiner Karriere reichlich scheußlich war, war ich mit meinem Beruf restlos zufrieden und das ist schön am Ende festzustellen“, schreibt 1939 der Schöneberger Gynäkologe Dr. med. Bruno Wolff aus dem belgischen Exil an seinen nach England geflohenen Sohn Fritz. Dieser lebt heute 91-jährig als Frederick Wolff in Baltimore.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Bruno Wolffs Lebensgeschichte können Sie seit Januar 2012 im Rathaus Schöneberg nachlesen. Mit Wolffs biografischem Album und einer weiteren Ärzte-Biografie hat die Dauerausstellung ‚Wir waren Nachbarn‘ ihren diesjährigen Themenschwerpunkt ‚Verfolgte Jüdische Ärzte in Schöneberg‘ eingeleitet. Als zentrale Veranstaltung wird im September 2012 die Sonderausstellung ‚Jüdische Ärzte in Schöneberg‘ – Topographie einer Vertreibung den „Verlust“ von etwa 300 Ärzten – wörtlich – sichtbar machen. Praxen werden im Stadtplan verortet. Schicksale jüdischer Mediziner aus ganz Berlin geben Auskunft über Entrechtung, Verfolgung und Tod.

Diese Sonderausstellung braucht dringend Ihre Unterstützung. Der Bezirk Tempelhof-Schöneberg stellt Räume und laufende Kosten. Die Produktion der Sonderausstellung finanziert der gemeinnützige Verein frag doch! allein aus Spenden. Durch umfangreiches ehrenamtliches Engagement lassen sich die 20.000 € Kosten für die Sonderausstellung auf 13.000 € reduzieren.

Wir bitten Sie hier um Ihre Spende, damit dieses Erinnerungsprojekt für Bruno Wolff, die 300 Schöneberger und die über 2000 jüdischen Ärzte im Berlin der 30er Jahre ermöglicht wird.

Spendenkonto: frag doch! Verein für Begegnung und Erinnerung e.V.
Konto Nr.: 17832280
BLZ 100 208 90, Hypovereinsbank
Stichwort: Ärzteschwerpunkt 2012

Wir freuen uns über Ihre Spende, Ihre Anwesenheit, Ihre Fragen und Impulse. Der Verein „Frag doch“ stellt Ihnen selbstverständlich eine Spendenquittung aus. Ergänzender Hinweis: Wir möchten jeden Spender nennen, bitte geben Sie uns Ihr Einverständnis.

Dr. Ruth Federspiel,
 Projektleiterin ‚Wir waren Nachbarn‘
 Vorstand frag doch!

Dr. Ruth Jacob,
 Kuratorin der Sonderausstellung
 ‚Jüdische Ärzte in Schöneberg‘

UNTERSTÜTZERKREIS

Wir – die Erstunterzeichner/innen – fördern die Sonderausstellung Jüdische Ärzte in Schöneberg – Topographie einer Vertreibung. Diesen „void“ – also den entleerten Raum konkret im verdichteten städtischen Raster sichtbar zu machen, ist eine erste Bestandsaufnahme. Hier bietet sich ein neuer Zugang zu der Frage, wie sich die nationalsozialistische Verfolgung jüdischer Ärzte nach 1933 auf die Patientenversorgung und unsere Medizin heute ausgewirkt hat.

- Dr. Günther Jonitz für den Vorstand der Ärztekammer Berlin
- Prof. Detlev Ganten, ehem. Charité-Vorstand, MDC-Gründungsdirektor, ehem. Vorstandsvorsitzender der Charité - Universitätsmedizin Berlin
- Prof. Volker Hess, Direktor Institut für Geschichte der Medizin, Charité
- Prof. Dieter Janz, em für Neurologie, FU-Berlin
- Dr. Norbert Kampe, Leiter der Gedenkstätte „Haus der Wannsee-Konferenz“
- Prof. Jutta Limbach, Präsidentin des Bundesverfassungsgerichtes i.R.
- Prof. Gesine Schwan, Präsidentin HUMBOLDT-VIADRINA School of Governance
- Dr. Rebecca Schwach, Institut für Geschichte der Medizin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Dr. Hermann Simon, Direktor Stiftung Neue Synagoge Berlin - Centrum Judaicum
- Prof. Fritz von Weizsäcker, Chefarzt Innere Medizin I, Schlossparkklinik, Berlin

Bitte geben Sie diesen Spendenauftrag an Kolleginnen und Kollegen, an Bekannte und Freunde weiter!

Das Rahmenprogramm zur Ausstellung finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de

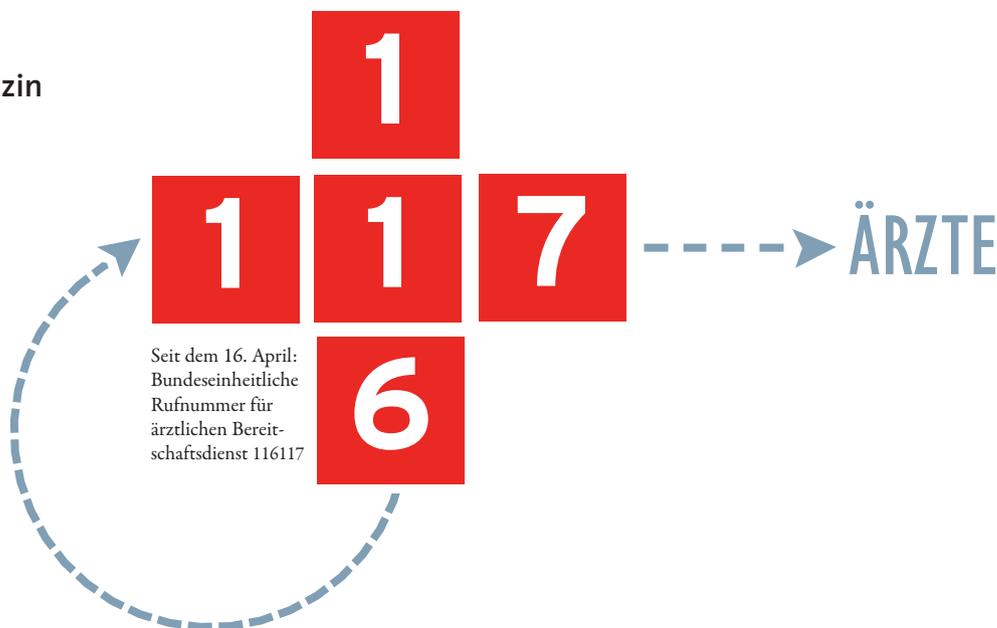


BERLINER

TITEL

Braucht die Notfallmedizin einen Facharzt?

Von Angela Mißbeck
Seite 14



Seit dem 16. April:
Bundeseinheitliche
Rufnummer für
ärztlichen Bereit-
schaftsdienst 116117

EDITORIAL.....

Sozialmedizin: Was sie ist (und was nicht)
Von Christiane Korsukéwitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*..... 6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Krankenhäusern
Von Thomas Frahm.....24

Katar: Schnellzug in die Moderne
Von Joachim W. Dudenhausen.....20

Wer lebt am längsten?
Auswertung einer Broschüre des Robert Koch-Instituts25

Wann wirkt Prävention?
Vom 17. Kongress „Armut und Gesundheit“26

Ein Ruck für Public Health?
Von Rosemarie Stein28

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....22

BUCHBESPRECHUNGEN....

Spitzer, Manfred: Nichtstun, Flirten, Küssen und andere Leistungen des Gehirns.....30

FEUILLETON.....

Vom schwachen „Herzen“ zum starken „Herz“
Von Rosemarie Stein31

Ausschreibung Oskar Medizin-Preis 2012

Die Stiftung Oskar-Helene-Heim, deren Zweck die Förderung der Wissenschaft und Forschung ist, verleiht jährlich den mit 50.000 € dotierten Oskar Medizin-Preis. Die

Schirmherrschaft für diesen Preis hat die Bundesministerin für Bildung und Forschung, Prof. Dr. Annette Schavan, übernommen. Mit diesem Medizinpreis sollen

hervorragende Leistungen, insbesondere auf einem der folgenden Gebiete gewürdigt werden: Orthopädie und Orthopädie-Technik, Pneumologie sowie Gastroenterologie/ Viszeralchirurgie.

Der Preis wird im Jahr 2012 auf den Gebieten der

Gastroenterologie/ Viszeralchirurgie

...ausgeschrieben. Das Nervensystem mit einem Netz aus mehr als 100 Millionen Nervenzellen im gesamten Bereich, von der Speiseröhre bis zum Enddarm, steuert Verdauungsvorgänge und produziert Nervenbotenstoffe wie Serotonin und Dopamin sowie körpereigene Opiate. Die Behandlungen von Magen und Darmerkrankungen, die durch das zentrale und enterische Nervensystem verursacht bzw. beeinflusst sind, stellen eine schwerwiegende Problematik dar. Mit dem Preis soll daher ein habilitierter Mediziner ausgezeichnet werden, der zum Thema „Einfluss des zentralen und enterischen Nervensystems auf Erkrankungen und Funktionen im Magen-Darmbereich“ besonders relevante Ergebnisse der Grundlagen- und/ oder klinischen Forschung in Deutschland erzielt hat. Fachübergreifende

Arbeitsgruppen sind ebenfalls zur Bewerbung zugelassen. Der prämierte Erkenntnisgewinn soll einer breiten Öffentlichkeit vermittelbar sein.

Dem Antrag sollen der Lebenslauf, die fünf wichtigsten Arbeiten aus den letzten drei Jahren zum Thema „Einfluss des zentralen und enterischen Nervensystems auf Magen-Darmerkrankungen“ sowie eine inhaltliche Zusammenfassung der Forschungsergebnisse beigelegt werden.

Das Preisgeld ist für Forschungszwecke nach der freien Entscheidung des Preisträgers zu verwenden. Der Preisträger hat der Stiftung diese Verwendung in geeigneter Weise zu belegen. Die Preisverleihung wird im letzten Quartal 2012 in Berlin erfolgen.

Der Antrag ist bis zum 30. Juni 2012 bei der Stiftung Oskar-Helene-Heim einzureichen (www.stiftung-ohh.de).

Weitere Informationen erteilt der Geschäftsführer der Stiftung: Werner Ukas

E-Mail: werner.ukas@stiftung-ohh.de oder info@stiftung-ohh.de, Tel. 030/8102-1100

Tag der Niedergelassenen 2012

Am 13. Juni findet der Tag der Niedergelassenen in Berlin statt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) veranstalten ihn am ersten Tag des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit im ICC Berlin. Während der gesamten drei Veranstaltungstage (13. bis 15. Juni) werden sie gemeinsam mit der Ärzte- und Apothekerbank einen großen Informationsstand im Hauptfoyer betreuen. Der Schwerpunkt liegt in diesem Jahr auf der Niederlassungsberatung. Am Stand stehen für alle Mediziner, die im ambulanten Bereich arbeiten wollen, Experten zum Fachgespräch bereit.

In den täglichen Mittagspausen um 13 Uhr öffnet im Forumsbereich des Messestandes der „Speakers' Corner“ und die Besucher können sich auf einen moderierten, rhetorischen Schlagabtausch zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen freuen.

Am Tag der Niedergelassenen findet neben diversen Vorträgen auch eine politische Diskussion mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen statt. Die Veranstaltung mit dem Titel „Versorgung sichern für die Zukunft“ beginnt um 14 Uhr und dreht sich um die neue Bedarfsplanung und alternative Versorgungsmodelle. Neben dem KBV-Vorstandsvorsitzenden, Dr. Andreas Köhler, und Vertretern aus

PROGRAMM	
12.00 – 13.30 Uhr	Info-Veranstaltungen
<ul style="list-style-type: none"> • Eine Welt: Praxis und Familie vereinbaren • Richtig investieren in die eigene Praxis • Delegation statt Substitution: Zusammenarbeit im Team 	
13.00 – 13.30 Uhr	Speakers' Corner
14.00 – 15.00 Uhr	Politische Diskussion
VERSORGUNG SICHERN FÜR DIE ZUKUNFT – DIE NEUE BEDARFSPLANUNG	
14.00 – 15.00 Uhr	Info-Veranstaltungen
<ul style="list-style-type: none"> • Rundum sicher: Hygiene in Arztpraxen • Herausforderung Pflege: Ärztliche Versorgung von Heimpatienten • IT in der Arztpraxis: Möglichkeiten und Grenzen der neuen Technik 	

Politik, Krankenkassen und Landkreisen wird auch die ärztliche Basis auf der Diskussionsbühne vertreten sein: Stefan Zutz aus Neubukow wird aus der Sicht eines mecklenburgischen Landarztes mitdebattieren.

Die Moderation übernimmt Wolfgang van den Bergh, Chefredakteur der Ärzte Zeitung.

Neu in diesem Jahr: Der Tag der Niedergelassenen findet am Mittwoch statt, wenn viele Praxen geschlossen bleiben. So haben mehr Praxismitarbeiter die Möglichkeit, sich weiterzubilden. Die Info-Veranstaltungen „Eine Welt: Praxis und Familie vereinbaren“ und „Delegation statt Substitution: Zusammenarbeit im Team“ sind nur zwei von sechs, die auf dem Programm stehen.

Praxisnahe Informationen gibt es auch zu den Themen Hygiene, Versorgung von Heimpatienten, IT und Investitionen.

Die Teilnahme ist für alle niedergelassenen Vertragsärzte, -psychotherapeuten und deren Praxisteams kostenlos. Auch Medizinstudenten, PJler und Weiterbildungsassistenten sind herzlich willkommen. Sie können sich unter www.tag-der-niedergelassenen.de anmelden.

Datum: 13. Juni ab 12 Uhr
 Ort: ICC Berlin,
 Messedamm 22, 14055 Berlin
 Anmeldungen sind noch bis zum 6. Juni möglich
 Mehr im Internet unter www.tag-der-niedergelassenen.de

Musik

Ärzteorchester spielt Beethoven

Das Berliner Ärzte-Orchester unter der Schirmherrschaft von Prof. Dr. Roland Hetzer spielt **Sonntag, 20. Mai 2012** die Beethoven Ouvertüre zu „Coriolan“ und das Beethoven Konzert für Violine und Orchester D-dur op.61 sowie die Sinfonie d-moll von César Franck.

Dirigent: Kevin McCutcheon
Solist: Iskandar Widjaja

Sonntag, 20. Mai 2012, 20.00 Uhr
Kammermusiksaal der Philharmonie
Herbert-von-Karajan-Straße 1,
10785 Berlin

Karten zu 15,00 € und 10,00 €
(ermäßigt 6,00 €)

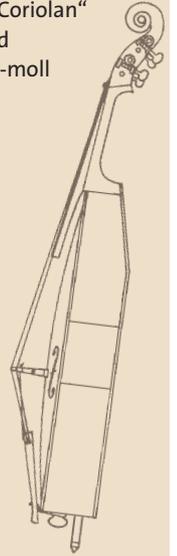
Kartenbestellung:

Telefon 030 / 3644 7266

Fax 030 / 3644 7265,

Internet: www.aerzteorchester-berlin.de

E-Mail: info@aerzteorchester-berlin.de



Broschüre

Aufklärung über Mythos Jungfernhütchen

Ein aktuell erschienener Flyer und eine Online-Broschüre wollen über die zahlreichen Mythen, die sich um das Jungfernhütchen ranken, aufklären und Mädchen sowie jungen Frauen mehr Wissen über das Thema zugänglich machen und Ängste abbauen.

Hintergrund ist die Zunahme von Anfragen nach der „Wiederherstellung“ des Jungfernhütchens in Beratungsstellen, insbesondere von Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund. In manchen Kulturen ist die Bedeutung des Jungfernhütchens hoch, die Kenntnisse biologischer Fakten ungenügend. Das Bluten beim ersten Sexualkontakt geschieht nicht grundsätzlich. Einige Migran-

tinnen erfahren aufgrund dessen Demütigungen bis hin zu Ausgrenzungen in der eigenen Familie, etwa nach der Hochzeitsnacht.

Finanziert wurde das Aufklärungsprojekt mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, initiiert vom Berliner Familienplanungszentrum – BALANCE, profamilia Berlin und Terre des Femmes.



Der Flyer kann über Terre des Femmes-Shop

[www.http://frauenrechte.de](http://www.frauenrechte.de) bestellt werden; die Online-Broschüre ist über www.frauenrechte.de/jungfrau abrufbar.

Kammer unterstützt „Gesunde Kita“

Die Ärztekammer Berlin unterstützt mit elf Partnern das Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“, das in den Bezirken Mitte, Pankow, Reinickendorf und Treptow-Köpenick durchgeführt wird. In einer feierlichen Stunde im Roten Rathaus wurde am 21. März die Umsetzungsvereinbarung unterzeichnet (s. Foto, Mitte: ÄKB-Präsident Dr. med. Günther Jonitz). Damit beginnt in Berlin das Landesprogramm gute gesunde Kita (LggK), das sich aus den guten Ergebnissen und positiven Erfahrungen des seit 2007 laufenden Modellprojektes „Kitas bewegen“ im Bezirk Mitte entwickelte und zukünftig durch alle Partner tatkräftig unterstützt wird.

Unter dem Motto „Gute gesunde Kitas für ganz Berlin“ werden ab sofort 60 Kindertageseinrichtungen ihre Organisation nach den Kriterien der guten gesunden Kita entwickeln und so maßgeblich dazu beitragen, die Bildungs- und Gesundheitschancen aller Kinder zu steigern und Benachteiligungen abzubauen. In den kommenden Jahren können sich weitere Berliner Bezirke am Landesprogramm beteiligen. Das Landesprogramm gute gesunde Kita wird in enger Kooperation mit dem Berliner Landesprogramm gute gesunde Schule die Bildungs- und Gesundheitsqualität der Einrichtungen zum Wohle der Kinder, aber auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiter entwickeln.



Das „Berliner Landesprogramm Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ ist ein hervorragendes Beispiel für Kooperation und Vernetzung. Die Akteure engagieren sich gemeinsam, so dass Kinder und Mitarbeiter in einer guten und gesunden Kita

lernen und leben können. Die enge Kooperation mit dem „Landesprogramm für die gute gesunde Schule“ trägt dazu bei, die Systeme zu verbinden.

Weitere Informationen:
www.gute-gesunde-kita.de

*Interaktion Statine***Protease-Inhibitoren**

Protease-Inhibitoren werden zur Therapie von HIV und HCV eingesetzt. Statine werden wegen der unerwünschten Wirkung der Protease-Inhibitoren, Cholesterin- und Triglyzeridspiegel zu erhöhen, zusätzlich verordnet. Dabei besteht die Gefahr gefährlicher Rhabdomyolysen mit nachfolgendem Nierenversagen, überwiegend abhängig von dem jeweiligen Statin. Bei Lovastatin (Generika) und Simvastatin (Generika) besteht nach Ansicht der amerikanischen FDA generell eine Kontraindikation, bei Rosuvastatin (Crestor®) und Atorvastatin (Sortis®) sollte die tägliche Statindosis begrenzt werden, bei Pravastatin (Generika) existieren keine Dosisbeschränkungen, zu Fluvastatin (Generika) gibt es keine Daten. Die Fachinformationen einzelner Protease-Inhibitoren sollten vor der Anwendung beider Arzneimittelgruppen durchgesehen werden, um genauere Informationen zum Interaktionspotential zu erhalten.

Quelle: www.fda.gov/Drugs/DrugSafety

*Aliskiren***Studienabbruch**

Eine Studie mit dem Renin-Hemmer Aliskiren (Rasilez®) in Kombination mit einem ACE-Hemmer oder einem Sartan musste vorzeitig gestoppt werden, da keine Prognoseverbesserung bei Typ-2-Diabetikern mit Hypertonie eintrat und darüber hinaus eine erhöhte Inzidenz von nicht-tödlichen Schlaganfällen, renalen Komplikationen, Hyperkaliämien und Blutdruckabfällen auftrat. Das Studiendesign verwundert etwas: seit 2008 ist bekannt, dass duale Eingriffe in das Renin-Angiotensin-System negative Auswirkungen haben können (eine Studie mit einer Kombination aus Sartanen und ACE-Hemmern führte zu erhöhter Rate von Hyperkaliämien, Blutdruckabfällen und Nierenfunktionsstörungen). Die doppelte RAS-Blockade scheint nur bei sehr wenigen Patienten sinnvoll zu sein (z.B. bei ungenügender Blutdruckkontrolle durch andere Antihypertensivgruppen).

Grundsätzlich sollte auch eine Therapie mit fixen Kombinationspräparaten wie z.B. Rasilez®

HCT, eine Kombination von Aliskiren mit Hydrochlorothiazid, überdacht werden, auch in Hinblick auf das derzeit als nicht optimal diskutierte Thiazid.

Quelle: Pharm. Ztg. 2012; 1567: 91 und 94, Dtsch.Ärztebl. 2012; 109(3): C 64

*Systemische Antiinfektiva***UAW am Auge**

Unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln (UAW) am Auge werden häufig nicht erkannt. Selbst geringe anatomische oder physiologische Veränderungen führen zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Funktion des Auges, durch übliche Untersuchungen und Bestimmungen von Laborwerten nicht erfasst, jedoch auf Nachfragen in der Regel vom Patienten angegeben. Bei häufig angewandten systemischen Antiinfektiva sind bereits folgende, zum Teil irreversible potentielle UAW bekannt:

Cidofovir (Vistide®): Uveitis

Linezolid (Zyvoxid®): Optikus-

neuropathie bis zum Verlust des Sehvermögens, Latenzzeit bis zu drei Monate

Telithromycin (Ketek®): verschwommenes Sehen, Doppelbilder

Voriconazol (Vfend®): Triazol-Antimykotikum mit hohen Konzentrationen im Augennern, u.a. verschwommenes Sehen, Photophobie bis hin zur Optikusatrophie

Tuberkulostatika:

- Ethambutol (Myambutol®, EMB-Fatol®): Visusminderung, Störung des Farbsehens, Gesichtsfelddefekte, Dosisabhängige Optikusneuropathie
- Isoniazid (Tebesium®, Generika): Optikusneuropathie
- Rifabutin (Mycobutin®): Uveitis
- Streptomycin (Generika): Optikusneuropathie

Bei diesen Arzneistoffen sollte eine augenärztliche Untersuchung erwogen werden, insbesondere bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit.

Quelle: Dtsch.med.Wschr. 2012; 137: 85-9

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.
Tel.: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Kurs

„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Juni 2012 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ als curriculäre Fortbildung an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.

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

Termine:

Modul I: 01.06.-02.06.2012

Modul II: 17.08.-18.08.2012

Modul III: 31.08.-01.09.2012

(freitags jeweils 13.00-19.30 Uhr;
samstags jeweils 08.00-14.00 Uhr)

Ort:

Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin,
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

nur am 01.09.2012: Mövenpick Hotel Berlin
am Potsdamer Platz, Schöneberger Strasse 3,
10963 Berlin

Teilnahmegebühr für die Module I-III: 400 Euro
45 Fortbildungspunkte (15 pro Modul),

Informationen und Anmeldung:

Tel.: 40806-1203

E-Mail: begutachtung@aekb.de

Kurs

Weiterbildungskurs
Allgemeinmedizin zum Facharzt für
Allgemeinmedizin (nach WbO 1994 – 3)

Kursreihe 17 vom 18.04.2012 – 12.12.2012

Kursleitung: Dr. med. J. Dölling

Termine jeweils mittwochs

19:00 – 21:15 Uhr

18.04.12, 02.05.12, 16.05.12, 30.05.12,

06.06.12, 08.08.12, 22.08.12

05.09.12, 19.09.12, 17.10.12, 31.10.12,

14.11.12, 28.11.12, 12.12.12

Modul I: 01.06.-02.06.2012

Modul II: 17.08.-18.08.2012

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16,
10969 Berlin

Gesamtgebühr: 128 Euro
42 Fortbildungspunkte

Information und Anmeldung:

Tel.: 40806-1203; E-Mail: a.hellert@aekb.de

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

Musik

Sommerkonzerte des Äskulap-Orchesters



Die Sommerkonzerte des Orchesters Äskulap
Berlin e.V. unter der Leitung von Jens Albert
finden statt:

am 2.06.2012 um 19:00 Uhr in der Parochial-
Kirche in Berlin-Mitte, Klosterstraße 67

am 3.06.2012 um 18:00 Uhr in der
Christuskirche in Berlin-Oberschöneweide,
Firlstraße 16

KONZERTPROGRAMM:

Gabriel Fauré, Pavane für Orchester, op. 50

Gabriel Fauré, Masques et Bergamasques -
Suite op. 112 für Orchester

Ludwig van Beethoven

Sinfonie Nr. 3 in Es-Dur „Sinfonia Eroica“, op. 55

- Änderungen vorbehalten -

Informationen unter

www.orchester-aeskulap-berlin.de/

Flughafen Schönefeld

Ärzttekammer lehnt geplantes Asylschnellverfahren ab

Die Ärztekammer Berlin lehnt das geplante Asylschnellverfahren am Flughafen Berlin Brandenburg International (BBI) in Schönefeld ab. Asylsuchende, die aus sogenannten sicheren Herkunftsländern kommen oder keine gültigen Papiere haben, werden im Falle eines solchen Flughafen-Schnellverfahrens (§ 18 a Asylverfahrensgesetz) bei der Einreise auf dem Flughafengelände in Gewahrsam genommen, um über ihren Asylantrag innerhalb von 48 Stunden zu entscheiden. Bei einer Ablehnung des Antrags bleiben nur drei Tage Zeit für einen schriftlichen Widerspruch, um einer Abschiebung zu entgehen. Dr. med. Jürgen Hölzinger vom Ausschuss für Menschenrechtsfragen der Kammer erklärte zu dieser Praxis: „Flüchtlinge sind oft traumatisiert und daher ohne rechtzeitige anwaltliche Hilfe

völlig überfordert, in solch kurzer Zeit ihr Asylgesuch korrekt zu begründen.“

Hinzu kommt, dass in Deutschland die Richtlinien des Europäischen Rates mit Regelungen zum Umgang mit besonders schutzbedürftigen Personen 2003/09/EG und 2004/83/EG immer noch nicht umgesetzt worden sind.

Diese Richtlinien verlangen, dass unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, bei ihrer Einreise identifiziert werden, um für medizinische Versorgung und entsprechende Aufnahmebedingungen zu sorgen. Auch die UN-Kinderrechtskonvention und die Genfer

Flüchtlingskonvention verlangen einen besonderen Schutz dieser Gruppen.

Insbesondere Flüchtlinge mit posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) sollten dem Druck des Flughafen-Schnellverfahrens aus medizinischer Sicht nicht unterworfen werden. Die Diagnose ist allerdings oft schwierig und nicht auf den ersten Blick zu stellen. Darum fordert der Menschenrechtsausschuss der Ärztekammer Berlin, dass unabhängige Ärzte oder Psychologen mit Erfahrung auf diesem Gebiet an der Identifizierung der ankommenden Flüchtlinge beteiligt werden.

Hölzinger verweist außerdem auf die Erfahrungen am größten deutschen Flughafen in Frankfurt/Main. Dort wurden nach Auskunft der Bundesregierung im Jahr 2010 von 1027 einreisenden Asylsuchenden 587

dem Flughafenschnellverfahren zugeführt und inhaftiert. Das Ergebnis: Nur 48 Personen wurde dabei die Einreise verweigert, 539 Flüchtlinge aber wurden wieder entlassen und konnten das normale Asylverfahren durchlaufen. Dies lässt aus Sicht von Hölzinger kein effizientes Verfahren erkennen. Seit 1999 seien am Flughafen Schönefeld überhaupt nur 48 Asylanträge gestellt worden. Auf den meisten deutschen Flughäfen werde bisher auf die Durchführung von Flughafen-Schnellverfahren verzichtet.

„Das Recht, in anderen Ländern vor Verfolgung Asyl zu suchen, ist ein Menschenrecht (Artikel 14 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der UNO von 1948). Wer dieses Recht wahrnimmt, sollte ein sorgfältiges und faires Asylverfahren erwarten können und darf bei seiner Ankunft nicht als erstes in Haft genommen werden“, betonte Hölzinger.

Opferschutz

Bundesärztekammer unterstützt WEISSEN RING

Mit dem Aufruf „Sei stark. Hol dir Hilfe!“ appelliert der WEISSE RING an die Opfer von Kriminalität und Gewalt, sich nicht passiv zu verhalten, die Straftat anzuzeigen und sich Unterstützung zu suchen, um die schwierige Lebenssituation baldmöglichst zu überstehen bzw. erträglicher werden zu lassen. In einer bundesweiten Mut machenden Kampagne, die von der Bundesärztekammer unterstützt wird, werden den Geschädigten staatliche wie nicht staatliche Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt. „Nach dem Motto Opferhilfe aus einer Hand versteht sich der WEISSE RING als hilfreicher Begleiter und kompetenter Lotse“, macht die Bundesvorsitzende des gemeinnützigen Vereins, Roswitha Müller-Piepenkötter, Staatsministerin a. D. deutlich. Grundlage und praktikable Möglichkeiten dafür bietet die auf örtlicher, regionaler und

bundesweiter Ebene praktizierte Netzwerk-Arbeit. „Opfer von Kriminalität und Gewalt leiden unter körperlichen aber auch seelischen Verletzungen. Ärztinnen und Ärzte sind oftmals die ersten, an die sich Opfer einer Straftat wenden. Wir alle können mithelfen, dass diese Menschen das Erlebte besser verarbeiten. Die Bundesärztekammer steht an der Seite der Kriminalitätsoffer und des WEISSEN RINGS, der den Betroffenen in ihrer schwierigen Lebenssituation wieder Mut und Hoffnung gibt“, so der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery. Beim Kontakt mit den unmittelbar wie mittelbar Betroffenen, Angehörigen oder Bekannten des Opfers, können Ärzte auf die Hilfsmöglichkeiten des WEISSEN RINGS sowie die jeweiligen örtlichen Hilfseinrichtungen des

gemeinnützigen Vereins verweisen. Keine aufwendige Handreichung, die jedoch wesentlich dazu beitragen kann, das Erlebte besser verarbeiten zu können. Zudem fühlt sich das Opfer wahrgenommen und nicht auf sich alleine gestellt. Wie Polizeibeamte zählen auch Ärzte oft zu den ersten Menschen, die mit dem Opfer einer Straftat in Berührung kommen.

Durch Infolyer, Plakate und praktische Hinweise im Scheckkartenformat sollen möglichst viele Betroffene erreicht und darin bestärkt werden, nicht in der Rolle des Verlierers zu verharren. Ziel ist es, die Opfer zu motivieren, vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten zu nutzen, um dadurch möglichst bald in das Leben vor dem belastenden Erlebnis zurück zu finden.

Kriminalitätsoffer haben ein Recht auf Hilfe

Menschen, die durch ein Verbrechen jäh aus ihrer Lebensbahn gerissen wurden, benötigen vor allem Verständnis und Zuspruch. Bereits ein erstes Telefongespräch (Opfer-Telefon 116 006), der Besuch am Krankenbett, die Hilfestellung im Umgang mit den Behörden – einfach das Gefühl, als Opfer einer Straftat nicht „vergessen“ zu sein, können den Betroffenen wieder Mut und neue Hoffnung geben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des WEISSEN RINGS sind oft die ersten Menschen, die sich um Kriminalitätsoffer kümmern und mit denen Betroffene über ihre Probleme sprechen können.

Weitere Informationen unter: www.weisser-ring.de

Flyer zum Herunterladen finden Sie auch auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de

Kooperation

Ärzttekammer Berlin und Ärzttekammer Athen vereinbaren stärkere Zusammenarbeit

Die Ärztekammern von Berlin und Athen wollen künftig stärker zusammenarbeiten und sich in Themenfeldern wie Versorgungsleitlinien, Patientensicherheit, Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und Arzneimittelverschreibungen intensiv austauschen.

Einen besonderen Schwerpunkt soll außerdem die Rolle der Ärzteschaft zur Bewältigung der aktuellen Krise in den europäischen Gesundheitssystemen einnehmen. Dies ist das Ergebnis eines ersten konstruktiven und freundschaftlichen Treffens am 30. März in Berlin, zu dem der Präsident und der Ehrenpräsident der Athener Ärztekammer, Dr. George Patoulis und Dr. Sotiris Rigakis, sowie die Koordinatorin Eleni Doulianiaki gekommen waren.

Die Zusammenarbeit der beiden Kammern wird unterstützt vom Parlamentarischen Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Hans-Joachim Fuchtel.

Berlins Ärztekammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz erklärte, dass die aktuelle Krise, die es in allen europäischen Gesundheitssystemen gebe, auch viele Chancen biete. „Die Ärzteschaft muss die Führungsrolle im Gesundheitswesen übernehmen und zum Wohle des Patienten definieren, was gute Medizin ist.“ Gleichzeitig gelte es, sich gegen den fortschreitenden Marktliberalismus zur Wehr zu setzen.

„Wir wollen ein Gesundheitswesen und keine Gesundheitswirtschaft“, betonten Jonitz und sein griechischer Kollege Patoulis, der ergänzte: „Der Arzt

soll in erster Linie Diener der Gesundheit sein.“ Einig war man sich auch, dass es die Versorgung der Patienten vor Übergriffen der Politik zu schützen gelte. Weitere Themen des vierstündigen Treffens waren die Risiken der elektronischen Gesundheitskarte – insbesondere die Aspekte Datensicherheit sowie politischer und ökonomischer Missbrauch – sowie die problematische Verschreibung von Generika.

Ein Gegenbesuch von Vertretern der Ärztekammer Berlin ist für den Sommer dieses Jahres vorgesehen. Außerdem ist eine gemeinsame Resolution der beiden Hauptstadtammern zur

Kurs „Häusliche Gewalt“



Foto: S. Rudat

Der Präsident und der Ehrenpräsident der Ärztekammer Athen, Dr. George Patoulis (Mitte) und Dr. Sotiris Rigaki (2.v.r.), sowie dessen Ehefrau Gisela Rigaki führten Ende März intensive Gespräche mit Kammergeschäftsführer Michael Hahn (li.) und Präsident Dr. Günther Jonitz (2.v.li.).

aktuellen Situation der Patientenversorgung und zur Bewältigung der Krise im Gesundheitswesen angedacht,

an der nach Möglichkeit auch Ärztekammern anderer europäischer Hauptstädte beteiligt werden sollen.

Ärzttekammer Berlin in Kooperation mit S.I.G.N.A.L.

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

Gewalt in Paarbeziehungen ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Paarbeziehungen 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 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 in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am 05.05.2012 (10-16 Uhr) sowie am 09.05.2012 (18:30-20:30 Uhr) in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt. Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Paarbeziehungen“.

Eine Anmeldung ist erforderlich.

Anmeldeverfahren: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle Hilde Hellbernd, MPH; Karin Wieners, MPH; Tel.: 030 / 246 30 579; Fax: 030 / 275 95 366

Braucht die Notfallmedizin einen Facharzt?

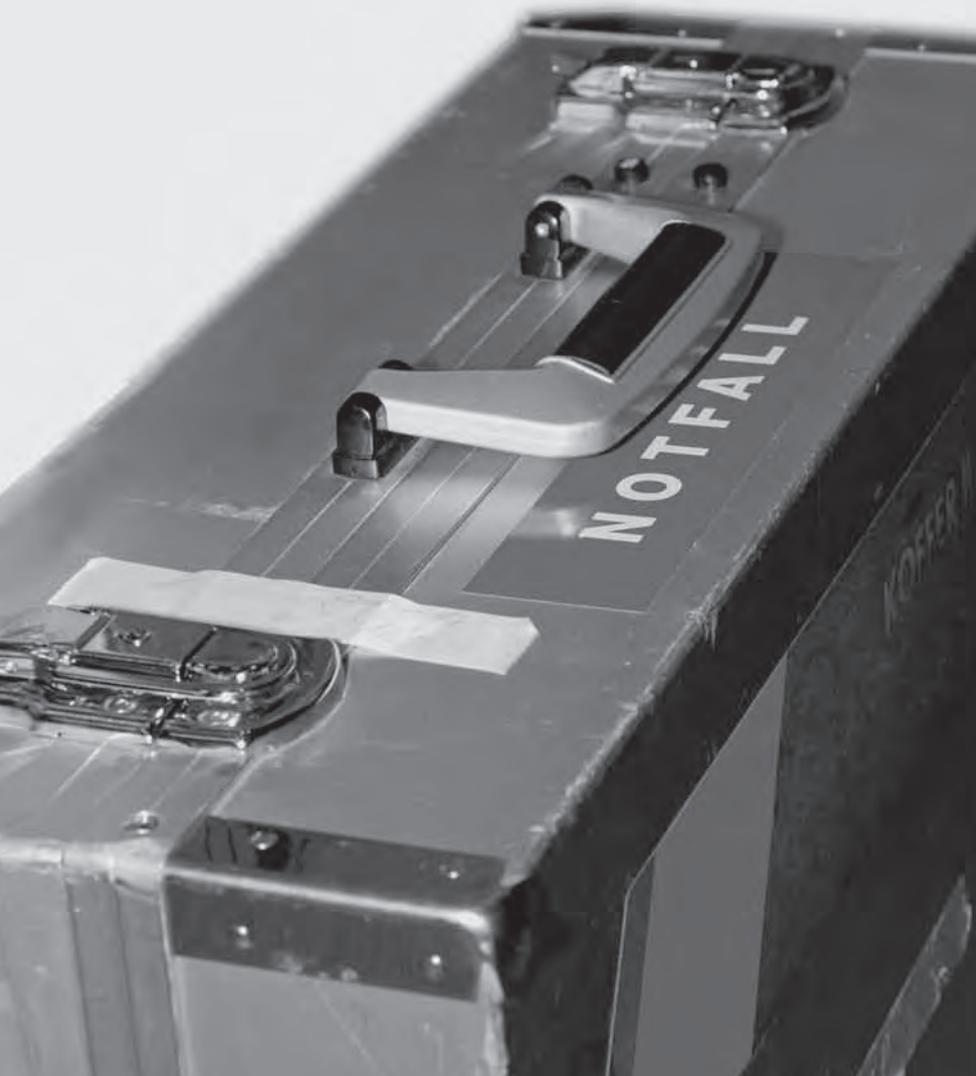
Die Anforderungen an die Notfallmedizin steigen – sowohl quantitativ als auch qualitativ. Wie ist die Notfallmedizin aktuell in Berlin organisiert, welche Stärken und Schwächen gibt es hier? In der Bundeshauptstadt wird derzeit intensiv diskutiert, ob die mögliche Einführung eines eigenen Facharztes für Notfallmedizin den vielfältigen Aufgaben in den Rettungsstellen gerecht wird. Ein Arbeitskreis der Ärztekammer Berlin macht sich für den Facharzt stark.

Von Angela Mißlbeck

Die 67-jährige Annegret Meier aus Zehlendorf hat Bauchschmerzen. Es ist Mittwochnachmittag. Ihren Hausarzt erreicht sie nicht. Sie ruft den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Dann bekommt sie Atemnot. In ihrer Panik ruft sie auch die Feuerwehr. Als der Bereitschaftsdienststarzt kommt, ist die Feuerwehr schon da. Frau Meier fährt schließlich mit der Feuerwehr in die Notaufnahme des nächstgelegenen Plankrankenhauses: Verdacht auf Herzinfarkt.

Drei Sektoren teilen die Notfallmedizin

Das fiktive Beispiel bildet das gesamte dreigliedrige System der Notfallmedizin ab. Für die Basisversorgung von Patienten, die ihren Hausarzt nicht erreichen, aber keine lebensbedrohlichen Erkrankungen haben, ist der fahrende Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) zuständig. Er untersteht der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Anders als in anderen KVen ist in Berlin nicht jeder Arzt zur Teilnahme an dem fahrenden Dienst verpflichtet. Vielmehr arbeitet die KV hier seit Jahren mit einem Stamm von rund 300 Ärzten – überwiegend Allgemeinmediziner und Internisten. Das erlaubt einen gewissen Qualitätsstandard, der andernorts nicht gefordert wird. Neue ÄBD-Ärzte müssen einen Einführungskurs absolvieren und bei einem erfahrenen ÄBD-Arzt hospitieren. Anschließend müssen sie regelmäßig die Teilnahme an Qualitätssicherungskursen nachweisen. Derzeit schult die KV zudem alle ÄBD-Ärzte im Umgang mit Defibrillatoren. In Kürze werden die 26 ÄBD-Fahrzeuge mit den Geräten ausgestattet.



Wenn ein Patient sich selbst als Notfall betrachtet, dann ruft er meist die Feuerwehr, oder er geht zur Rettungsstelle des nächstgelegenen Krankenhauses, wenn er das kann. Das Problem ist dabei die Definition des Notfalls. Darauf weist auch der Arbeitskreis Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin hin. Laut Rettungsdienstgesetz gilt als Notfall, wer eine lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzung hat oder eine, die sofortige Behandlung erfordert, um bleibende Schäden zu verhindern. Das mag mancher Patient so empfinden, obwohl es aus Expertensicht eine Bagatelle ist. Die Schweizer Fachgesellschaft SGNOR (Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin) räumt mit ihrer Definition der Patientensicht den Vorrang ein. Sie definiert Notfälle pragmatisch als „Veränderungen im Gesundheitszustand durch Krankheit oder Unfall, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische Hilfe als notwendig erachtet“. Diese Definition ist nach Auffassung des Arbeitskreises die wesentlich sinnvollere.

Kooperation löst Schnittstellenprobleme

Wenn diese Definition auch von den Krankenkassen akzeptiert würde, hätte die AOK Nordost sicher nicht wegen zu vieler angeblicher Bagatellfälle gegen die Berliner Feuerwehr geklagt. Die Kasse hat die Klage in der ersten Instanz verloren. „Wenn jemand die 112 ruft, sind wir verpflichtet zu handeln“, sagt Dr. Stefan Poloczek, ärztlicher Leiter Rettungsdienst bei der Berliner Feuerwehr. Doch auch die Feuerwehr hat ein Interesse daran, sich um die Patienten zu kümmern, die es wirklich nötig haben. Um Bagatellfälle frühzeitig zu erkennen, kooperiert sie daher seit gut einem Jahr mit dem ÄBD der KV. Eine strukturierte Abfrage verschiedener Daten beim Notruf, die dem sogenannten SNAP (Standard Notfall Abfrage Protokoll) folgt, erlaubt nun eine Bewertung des Schweregrades. Wenn am Telefon schon erkennbar ist, dass kein Feuerwehreinsatz nötig ist, dann wird der Anrufer an

den ÄBD weitervermittelt. Seine Daten werden ebenfalls übermittelt, so dass der Patient nicht alles von vorn schildern muss, sondern sich gelotst fühlt. Zwischen 30 und 50 Mal am Tag ist das laut Poloczek der Fall, und die Kooperation „läuft sehr gut“, wie Poloczek sagt. Auch der ÄBD-Leiter der KV, Volker Wiggers, kommt zu der Einschätzung: „Die Schnittstelle bewährt sich.“ Im Gesamtjahr 2011 waren es nach seinen Angaben rund 10.000 Patienten, die der ÄBD von der Feuerwehr übernommen hat. Die Schnittstelle geht aber auch in die andere Richtung: Etwa 1.100 Patienten werden von der ÄBD-Leitstelle pro

Jahr an die Feuerwehr verwiesen, für weitere 2.400 Patienten ruft der ÄBD-Arzt im Einsatz vor Ort die Feuerwehr.

Rettungsstellen stehen vor hohen Anforderungen

Die Schnittstelle der Feuerwehr in die andere Richtung – hin zu den Rettungsstellen der Krankenhäuser – funktioniert laut Poloczek ebenfalls immer besser. Dafür ist schon durch die personelle Besetzung gesorgt. Alle Notärzte der Feuerwehr kommen aus den Kliniken. „Uns ist wichtig, dass sie klinische Erfahrung haben“, sagt Poloczek. Er beobachtet, dass die Rettungsärzte

Zehn Gründe für den „Facharzt für Notfallmedizin“

Der Arbeitskreis Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin fordert die Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin. Dafür nennt er zehn Gründe:

- Die Patientenzahlen in den Notaufnahmen steigen. Allein an der Charité sind sie zwischen 2007 und 2010 von 176.000 auf 207.000 gewachsen.
- Das Fallspektrum der Notaufnahmen ist extrem breit und mehr durch Symptomkomplexe als durch Diagnosen definiert.
- Viele Patienten kommen mit unklaren Krankheitsbildern.
- Vor allem in kleineren Rettungsstellen ist der Facharztstandard faktisch nicht gewährleistet.
- Das Fehlen eines qualifizierten Facharztes gefährdet die Patientensicherheit.
- Die Anforderungen an Notaufnahmen sind komplex, zum Beispiel bei Massenkarambolagen oder besonderen Infektionslagen.
- Keine bisherige Facharztausbildung vermittelt das nötige Wissen für Diagnostik, Therapie und Behandlung von Notfällen in der erforderlichen Breite.
- Viele Studienabgänger zeigen Interesse an einer Weiterbildung zum Facharzt für Notfallmedizin. Bei einer Umfrage an der Charité unter 331 Medizinstudenten hat rund ein Drittel großes Interesse an einer solchen Weiterbildung geäußert.
- In Europa ist der Facharzt für Notfallmedizin die Regel. Nur sieben von 29 Mitgliedsstaaten der europäischen Vereinigung der medizinischen Fachgesellschaften UEMS (European Union of Medical Specialists) haben keinen Facharzt für Notfallmedizin.
- Die Weiterbildung zum Facharzt für Notfallmedizin könnte Modell stehen für die modulare Organisation der Weiterbildung insgesamt, wie sie von der Bundesärztekammer angestrebt wird.

„Die Door-to-needle-time bei der Lyse-Behandlung von Schlaganfallpatienten konnte deutlich verkürzt werden.“

Philipp Kellner, leitender Oberarzt der Notaufnahme am Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Die Zentrale Rettungsstelle des Vivantes Klinikum im Friedrichshain wurde 2011 modernisiert und umfassend ausgebaut. Das war notwendig, weil die Zahl der Patienten in den letzten zehn Jahren von jährlich 30.000 auf über 50.000 stieg. Zusätzlich hat das Klinikum der Maximalversorgung einen neuen OP-Trakt und 13 zusätzliche Intensivbetten erhalten.

„Die neue Rettungsstelle gibt uns aufgrund der veränderten räumlichen Bedingungen mehr Gestaltungsmöglichkeiten“ sagt Kellner. Bereits am Eingang erfolgt eine Ersteinschätzung der Patienten nach dem Manchester-Triage-System (MTS). Vorgenommen wird sie von einer speziell geschulten Pflegekraft. Sie hat die berufsbegleitende Weiterbildung ERNA (Pflege in Erste Hilfe, Rettungsstellen, Notaufnahmen, Ambulanzen) durchlaufen, die Vivantes gemeinsam mit dem DbfK entwickelt hat. Insgesamt arbeiten mehr als 30 Krankenschwestern in einem dem Patientenaufkommen angepassten 11-Schichtmodell. Mindestens fünf Schwestern und drei Ärzte sind rund um die Uhr fest der Rettungsstelle zugewiesen. Geführt wird die Rettungsstelle als eigenständige Funktionseinheit durch die Chefärztin Dr. Petra Lautsch (Internistin) und den leitenden Oberarzt Kellner, der Chirurg mit den Zusatzbezeichnungen Notfall- und Intensivmedizin ist.

Für alle gängigen Diagnosen werden Behandlungspfade erstellt, infrastrukturelle Fragen werden durch SOPs (Standard Operating Procedures) geregelt. Das Ergebnis dieser Standardisierung ist greifbar. „Die Prozesszeiten können durch Standardisierung deutlich verkürzt werden“ sagt Kellner. So konnte zum Beispiel bei der Behandlung von Patienten mit akutem ischämischen Schlaganfall der Beginn der Thrombolysetherapie deutlich beschleunigt werden. Die Lyserate stieg von fünf auf 18 Prozent. Der Anteil der Patienten bei denen die Lyse innerhalb von 60 Minuten nach Eintreffen in der Klinik begann, erhöhte sich von 64 auf über 70 Prozent. Das Klinikum ist eine der Stroke Units in Berlin und als überregionales Traumazentrum zertifiziert.



Notfallmediziner der KFJ-Rettungsstelle



immer häufiger die Personalknappheit und die Überlastung ihrer Kollegen in den Rettungsstellen der Kliniken zu spüren bekommen. Unterschiede gibt es dennoch in der Zusammenarbeit mit den einzelnen Rettungsstellen. „Wir sehen, dass die Zusammenarbeit überall dort besser funktioniert, wo es eine feste Leitung und feste Ansprechpartner für Notärzte und Rettungsassistenten gibt“, sagt Poloczek.

Eine feste Leitung haben inzwischen die meisten Rettungsstellen in Berlin. Den Anreiz dazu hat der Berliner Krankenhausplan 2010 gesetzt. Dort heißt es: „Eine eigene pflegerische Leitung ist Voraussetzung, eine eigene ärztliche Leitung ist ebenso anzustreben wie ein eigener ärztlicher Personalstamm.“ Diese Personalausstattung sichere Qualität durch die klare Zuweisung von Verantwortung und gewährleiste einheitliche Ansprechpartner, so der Krankenhausplan weiter. Generell fordert er eine interdisziplinäre Notaufnahme, die infrastrukturell, sachlich und organisatorisch selbständig ist. In organisatorischer Hinsicht sieht der Plan vor, dass alle ankommenden Patienten „unverzüglich medizinisch eingeschätzt werden und gemäß der Verdachtsdiagnose eine adäquate Erstversorgung erhalten“.

Diese Forderungen werden aus medizinischer Perspektive für sehr sinnvoll erachtet. „Die Forderungen sind vorbildlich“, sagt Dr. Werner Wyrwich, früher selbst Schockraum-Leiter, jetzt kaufmännischer Leiter des Charité-Centrums 13, dem die Rettungsstellen der Uniklinik unterstehen, und Vorsitzender des Arbeitskreises Notfallmedizin der Ärzte-

kammer Berlin. Doch die Sache hakt am Facharztstandard. Darauf hat die Ärztekammer schon im Zuge der Fortschreibung des Krankenhausplans hingewiesen. Theoretisch müsste in der interdisziplinären Notaufnahme ein Facharzt

aus jeder Fachrichtung ständig vor Ort sein. Die Kammer sah die Kliniken damit bereits im Jahr 2008 „vor ein nahezu unlösbares Problem“ gestellt. Als Alternative, die wirtschaftliche Möglichkeiten und rechtliche Anforderungen zur Deckung bringen könnte, schlug sie den Facharzt für Notfallmedizin vor. Berliner Vertreter haben daraufhin beim Ärztetag angeregt, einen solchen Facharzt zu schaffen. Erfolg hatten sie mit ihren Anträgen bislang nicht. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat beide Anträge nach Anhörung verschiedener Fachgesellschaften abgelehnt.

Die Notfallmedizin in Berlin in Zahlen

Der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin unterscheidet zwischen drei Sektoren der Notfallversorgung in Berlin. Hier die Rahmendaten:

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) der KV Berlin versorgt mit rund 300 Ärzten und 26 Einsatzwagen pro Jahr zwischen 150.000 und 160.000 Patienten bei Hausbesuchen durch speziell geschulte niedergelassene Ärzte. Rund acht bis zehn Prozent der Patienten kommen nach der Erstversorgung durch den ÄBD ins Krankenhaus.

Die Berliner Feuerwehr fährt pro Jahr rund 280.000 Notfalleinsätze. Mehr als 200.000 Patienten werden in die Rettungsstellen transportiert. 500 Ärzte und knapp 3000 Rettungssanitäter und -assistenten sind in den 100 Rettungswagen und 18 Notarzteinsatzfahrzeugen unterwegs. Zusätzlich gibt es zwei Rettungshubschrauber und vier Intensivtransportwagen.

Von den insgesamt rund 70 Berliner Krankenhäusern halten 38 Notaufnahmen vor. Sie behandeln pro Jahr laut Arbeitskreis rund eine Million Patienten – Tendenz steigend. Damit ist durchschnittlich fast jeder dritte Berliner einmal pro Jahr in einer Krankenhaus-Rettungsstelle.

Die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin führen derzeit knapp 890 Ärzte in der Hauptstadt. Für die Notarztstätigkeit bei der Feuerwehr ist sie obligatorisch.

Die Patientensicherheit ist verbesserungsfähig

Nun zeichnet sich ab, dass Berlin möglicherweise als einzige Ärztekammer in Deutschland den Weg geht, den die meisten anderen europäischen Staaten bereits vor Jahren eingeschlagen haben. Der Arbeitskreis Notfallmedizin hat zusammen mit dem Gemeinsamen Weiterbildungsausschuss der Kammer dem Vorstand die Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin nahegelegt. Das Curriculum müsste in einem nächsten Schritt ausgearbeitet werden.

Die wichtigsten Argumente für den neuen Facharzt sind sicher, dass der Facharztstandard in den Notaufnahmen anders kaum zu gewährleisten sei und die Patientensicherheit durch einen solchen Facharzt enorm gesteigert werden könnte. Der Arbeitskreis verweist zur Begründung unter anderem auf eine Studie aus den Charité-Rettungsstellen (Möckel, Somasundaram, et al). Sie stellte bei zwei Drittel der Patienten, die innerhalb eines Jahres vorwiegend internistisch und/oder neurologisch vorstellig wurden, kein klares Leitsymptom fest. Die Enddiagnosen dieser Gruppe waren vielfältig und die Mortalität fünf Prozent höher als in der Patientengruppe mit Leitsymptom Brustschmerz. Zudem beruft sich der Arbeitskreis auf das Gutachten der Gesundheits-Sachverständigen von 2007. In einer dort



zitierten Befragung gaben nur acht Prozent der Ärzte an, dass in ihren Notaufnahmen der Facharztstatus obligatorisch für die Diensthabenden sei. „Aus der vorgenannten Konstellation resultiert eine reale Gefahr für die Patientensicherheit, da die vorhandenen Strukturen und Prozesse erhebliche Schwächen aufweisen“, so das Fazit des Arbeitskreises. Er verweist auf das damit verbundene Haftungsrisiko.

Fachgesellschaften sind gespalten

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit ihren Subgliederungen und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) stehen der Schaffung der neuen Facharztqualifikation kritisch gegenüber. Gemischt ist das Stimmungsbild bei der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) dagegen unterstützt den Vorschlag.

Auch in Berlin teilen sich die Meinungen. Charité-Rettungsstellen-Chef Wyrwich ist ein glühender Verfechter der Idee. „Mit dem Facharzt für Notfallmedizin lassen sich die Qualität und Sicherheit der Patientenbehandlung in den Rettungsstellen deutlich verbessern und organisatorische Schwierigkeiten beseitigen. Zudem befinden wir damit auf dem besten Weg nach Europa“, sagt Wyrwich. Auch der Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes Poloczek zeigt sich nach anfänglicher Skepsis überzeugt. Er glaubt, dass sich damit Schnittstellenprobleme weiter abbauen lassen und verweist dar-

auf, dass auch einige klinische Unfallchirurgen es begrüßen, wenn ein anderer Arzt vordiagnostiziert und vorbehandelt und sie sich auf ihr Spezialwissen konzentrieren können. „Die Patienten im Rettungsdienst und in der Notaufnahme haben dieselben Probleme und Sorgen. Dafür benötigen wir gute Generalisten“, sagt Poloczek. Kritisch dagegen bewertet der Unfallchirurg und Rettungsmediziner Privat-

dozent Dr. Gerrit Matthes, Leiter der Rettungsstelle des Unfallkrankenhauses Berlin, die Idee. „Ich persönlich glaube nicht, dass das Sinn macht. Nötig ist ein Arzt, der in der Lage ist zu erkennen, dass ein Patient ein akutes medizinisches Problem hat und die umgehende kompetente Versorgung sicherzustellen. Das kann ein erfahrener Facharzt, insbesondere mit Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“, sagt Matthes. Er vertritt die

„Ohne rund um die Uhr gut funktionierende Rettungsstelle kann ein Krankenhaus langfristig nicht bestehen.“



Foto: privat

Privatdozent Dr. Gerrit Matthes, Leiter der Rettungsstelle am Unfallkrankenhaus Berlin (ukb)

Ein Arbeitsumfeld wie es Dr. Gerrit Matthes hat, wünschen sich viele Ärzte, die in Rettungsstellen tätig sind. Das ukb baut seine Rettungsstelle aktuell um und aus. Ein Teil davon hat bereits eröffnet. Die Kapazitäten werden von 13.000 auf 60.000 dem Bedarf entsprechend erweitert. Neu ist ein hochmoderner Schockraum mit vier Betten. Direkt nebenan sind CT und Radiologie. Die Wege wurden deutlich verkürzt und die gesamte Rettungsstelle so offen gestaltet,

dass ein Arzt alle Patienten im Blick haben kann – es sei denn sie sind isolationspflichtig. Sogar die Behandlungsplätze sind zum Teil offen angelegt.

Im Zuge des Umbaus hat das ukb auch die Manchester Triage eingeführt. Die Zugänge für laufende Patienten und für den Rettungsdienst mit den Triagepunkten sind nah beieinander. Der Rettungsdienst hat immer einen direkten ärztlichen Ansprechpartner. Akut lebensbedrohte Patienten kommen sofort in den Schockraum. Die Triage ist im Krankenhausinformationssystem hinterlegt und wird – wie die gesamte Dokumentation - papierlos vorgenommen. Neu ist zudem die Schrankbeschriftung und -sortierung. Jetzt geht es nicht mehr nach dem Alphabet, sondern nach ATLS (Advanced Trauma Life Support). Die Schränke sind den Patientenproblemen entsprechend sortiert.

Mehr als zehn Ärzte sind im Anwesenheitsdienst in der Rettungsstelle des ukb, darunter fünf chirurgische Dienste im Vordergrund und zwei Internisten. „Wenn andere Fachdisziplinen gebraucht werden, sind die umgehend zur Stelle“, so Matthes. Für diese gute Kooperation besonders bei schwerverletzten Patienten hat auch ein klinikinternes Konsenspapier die Grundlage geschaffen. Die Quintessenz: „Ohne rund um die Uhr gut funktionierende Rettungsstelle kann ein Krankenhaus langfristig nicht bestehen“, sagt Matthes. „Natürlich ist das aufwändig und kostenintensiv, aber in unserem Haus werden über die Hälfte der stationär behandelten Patienten über die Rettungsstelle aufgenommen“, sagt er.



Auffassung, dass das Potenzial dieser Zusatzweiterbildung noch nicht ausgeschöpft ist. Dr. Philipp Kellner, leitender Oberarzt der Rettungsstelle am Vivantes Klinikum Friedrichshain, sieht die Einführung eines eigenständigen Facharztes nicht als das derzeit vordringlichste Problem. „Wenn ein Facharzt für Notfallmedizin künftig sinnvoll ausgebildet und eingesetzt werden soll, muss zuvor durch Strukturwandel in den Kliniken ein nach internationalem Vorbild gestaltetes Arbeitsumfeld für diesen notfallmedizinischen Generalisten entstehen“, sagt Kellner. Das Berufsziel eines solchen Facharztes sieht Kellner in der „Dreifaltigkeit der Notfallmedizin“: interdisziplinäre Rettungsstelle, angegliederter bettenführender Bereich, Teilnahme am präklinischen Notarztdienst. „So lange diese Struktur nicht flächendeckend in deutschen Kliniken eingeführt ist, kann der fächerübergreifende Profi trotz optimaler Ausbildung nicht effektiv eingesetzt werden“, meint Kellner.

Standards halten Einzug

Nicht nur in Berlin macht man sich Gedanken, wie Notfälle besser und schneller versorgt werden können. Auch verschiedene Fachgesellschaften haben dazu Konzepte vorgelegt. So hat zum Beispiel



die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft gemeinsam mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe eine Zertifizierung für sogenannte Stroke Units entwickelt. In Berlin gibt es zudem das Bündnis Berlin gegen den Schlaganfall. Es listet für die Hauptstadt 14 Stroke Units. Neun von ihnen sind zertifiziert. Alle 14 arbeiten laut Bündnis nach den Leitlinien und halten entsprechende Dienste und die nötige technische Ausstattung vor. So soll gewährleistet sein, dass Schlaganfallpatienten möglichst schnell adäquat behandelt werden.

Ein Zertifizierungsverfahren gibt es auch für kardiale Notfälle. Bundesweit sind rund 140 Chest Pain Units durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie zertifiziert, davon neun in Berlin. Die Fachgesellschaft fordert unter anderem ein Katheterlabor, mindestens vier Überwachungsplätze, 24-Stunden-Anbindung an ein Notfalllabor und leitliniengerechte Behandlungspfade. Vorgeschrieben sind auch maximale Zeitspannen für manche diagnostischen Maßnahmen.

Relativ neu ist die Bildung von Traumanetzwerken nach einem Zertifizierungsverfahren der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Sie hat ein dreistufiges Audit-Verfahren für Traumazentren entwickelt und fordert bei der Zertifizierung der Netzwerke bestimmte Kommunikations- und Verfahrensstandards zwischen den Zentren. Zum erst kürzlich zertifizierten Traumanetzwerk Berlin gehören derzeit fünf überregionale Traumazentren, die Maximalversorgung bieten, und drei regionale Traumazentren. Weitere Krankenhäuser sind angemeldet, haben den Prozess aber noch nicht abgeschlossen.

Diese Initiativen der Fachgesellschaften begrüßen auch Stefan Poloczek und Werner Wyrwich. Sie sind aus ihrer Sicht aber keine Alternative zum geforderten Facharzt für Notfallmedizin, sondern eine sinnvolle Ergänzung.

Verfasserin

Angela Mißbeck

Fachjournalistin für Gesundheitspolitik



Foto: Friedrich

„Die Rettungsstelle ist das Portal einer Klinik.“

Dr. Werner Wyrwich, kaufmännischer Leiter des Charité Centrums 13, dem die Rettungsstellen der Charité unterstehen

Die Charité hat 2008 für ihre vier Rettungsstellen in der Erwachsenenmedizin Geschäftsordnungen und Betriebskonzepte erstellt, die viele Vorgänge standardisieren und Mindestanforderungen festlegen. Die Basis dieser Rahmenkonzepte: „Die Rettungsstellen haben die Funktion eines Portals und in dieser Funktion eine erhebliche Außenwirkung für die Charité“, so Wyrwich. Um die Abstimmung zwischen den Standorten zu erleichtern, hat die Uniklinik zudem ein standortübergreifendes Notfallboard eingerichtet.

Die Ergebnisse dieser Maßnahmen: Jede Rettungsstelle ist mit eigenem Leiter und Stellvertreter aus Innerer Medizin und Chirurgie und mit eigenem Personal ausgestattet. Weiterbildungsassistenten bleiben für längere Zeit in der Rettungsstelle. Vor allem angehende Allgemeinmediziner können im Rahmen einer Kooperation zwischen Rettungsstellen und dem Institut für Allgemeinmedizin bis zu 2,5 Jahre auf einer Rettungsstelle bleiben.

Auch medizinische Standards sind eingeführt – mit merklichen Effekten. Wyrwich verweist darauf, dass die bereits vor längerer Zeit erfolgte Einführung des ATLS-Systems (Advanced Trauma Life Support) die Laufzeit eines Polytraumapatienten in der Rettungsstelle am Campus Benjamin Franklin von durchschnittlich 120 Minuten im Jahr 2001 auf 35 Minuten im Jahr 2005 verkürzt hat. Neu hinzu gekommen sind im Rahmen von Geschäftsordnung und Betriebskonzept jetzt auch Standards für die Zusammenarbeit mit der Blutbank und mit anderen Fachgebieten.

Die Rettungsstellen der Charité sind zudem als Chest Pain Units zertifiziert. Das impliziert weitere Standards in der Behandlung von Brustschmerzpatienten. Sie arbeiten außerdem nach der Manchester Triage. Eine examinierte Pflegekraft übernimmt die Ersteinschätzung unmittelbar bei Ankunft des Patienten. „Attacken auf das Personal sind seitdem seltener geworden“, sagt Wyrwich. Auch die Behandlung wird dadurch sicherer, meint er: „Je nachdem ob ein Patient rot oder gelb triagiert ist, weiß zum Beispiel der Neurologe im Konsiliardienst, ob er gleich kommen muss, oder ob der Patient innerhalb einer halben Stunde gesehen werden muss“, so Wyrwich. Wichtig ist ihm, dass solche Standards elektronisch unterstützt werden. Jetzt soll das System Ärzten auch die Möglichkeit bieten, die Untersuchungsstationen ihrer Patienten nachzuvollziehen, um zeitliche und räumliche Kapazitäten sinnvoll einzusetzen.

Katar: Schnellzug in die Moderne

Ein unblutiger Putsch 1995, scheinbar unendliche Vorkommen an Gas und Öl und ein enormer Wissensdurst – das sind die Grundlagen für den sich rasch wandelnden Golfstaat Katar, einer kleinen Nation mit etwa 1,7 Millionen Einwohnern, davon ca. 300.000 Katarer. Katar kann ein Vorbild in der arabischen Golf-Region sein und treibt den wirtschaftlichen und politischen Wandel im Eiltempo voran – auch im Gesundheitswesen.

Von Joachim W. Dudenhausen

Unübersehbar sind die rasanten architektonischen Veränderungen in der Skyline der Hauptstadt Doha zu einer modernen Großstadt angelsächsischer Ausprägung. Die Hauptstadt Doha wirbt mit einem von dem amerikanisch-chinesischen Architekten Ieoh Ming Pei gebauten und sehr beachtenswerten „Islamischen Museum“. Zurzeit entsteht ein von dem französischen Architekten Jean Nouvel entworfenes Nationalmuseum, das 2015 eingeweiht werden soll. In Planung ist die Fußball-Weltmeisterschaft 2022, die nach Doha vergeben worden ist. Katar ist Partner bei der Ausstellung „Mythos Olympia – Kult und Spiele“, die in Berlin, Doha und Athen zu sehen ist.

Die langfristige Strategie legt „Katars nationale Vision 2030“ fest. Ein Hauptinteresse von Sheikh Hamad bin Khalifa Al Thani und seiner Frau Sheikha Mozah bint Nasser Al Missned gilt dem Bildungswesen. Sie will die „arabische Renaissance“ fördern, vor allem als Chairperson der „Qatar Foundation for Education, Science and Community Development“ (QF) ihr Land zu einem Hochschul- und Forschungszentrum machen.

Mit Erfolg – bereits sechs US-amerikanische Spitzenuniversitäten sind auf einen Campus in der Hauptstadt Doha gezogen. Junge Männer und Frauen studieren gemeinsam nach internationalen

Standards folgenden Curricula in einer stimulierenden und anspruchsvollen Atmosphäre ohne jede religiöse Einschränkungen.

Das Weill Medical College der Cornell University New York war die erste US-amerikanische Universität, die den Erwerb des MD in Übersee ermöglichte. Eine Niederlassung des WCMC mit nord-amerikanischen Curriculum wurde auf dem Education City Campus 2002 gegründet. Das pre-medical program umfasst ein zweijähriges Studium zur Vorbereitung auf das vierjährige, den Abschluss erreichende Studium. Die ersten Jahrgänge von frisch examinierten jungen Ärztinnen und Ärzten haben inzwischen ihr Studium am College in Doha erfolgreich beendet.

Oberste Autorität im Gesundheitswesen ist der Supreme Council of Health (SCH). Er entscheidet über Primary Health Care, Community Based Services, die Bedürfnisse im Gesundheitswesen, Richtlinien, Qualitätsprüfungen, Lizenzierungen etc. Er hat 2010 eine Nationale Entwicklungsstrategie für Katars Gesundheitswesen vorgelegt.

Das Gesundheitswesen besteht aus einem öffentlichen und privaten Sektor. 1979 hat der Emir die Hamad Medical Corporation (HMC) als öffentlichen Sektor etabliert, der aus fünf Krankenhäusern (Hamad General Hospital, Rehabilitationsklinik, Frauenklinik, Al Amal Hospital, Al Khor Hospital) besteht. HMC besitzt außerdem Polikliniken, Notfallservice, Primary Health Care Centers, Notfallzentren für Kinder etc. Das öffentliche Gesundheitswesen ist staatlich finanziert. Öffentliche Krankenhäuser und Primary Health Care Centers stehen der Bevölkerung unentgeltlich oder gegen geringe Kosten zur Verfügung.

Der private Sektor umfasst fünf Allgemein-Krankenhäuser und ein Sportmedizinisches Klinikum sowie eine Reihe verschiedener privater Praxiseinrichtungen.



West Bay Doha

Die Bevölkerung ist jung (Percentage of Population Over Age 65 in 2002: 2%), die durchschnittliche Kinderzahl eines Paares beträgt drei (Average Total Fertility Rate 2000-2005: 3,3).

Nach Angaben der Hamad Medical Corporation sind in Katars Krankenhäusern 2008 14.714 Geburten geleitet worden. Hausgeburten gibt es – bis auf Notfälle – nicht.



Sidra Medical and Research Center, Bildnachweis: J.W. Dudenhausen

Frühgeburtlichkeit und angeborene Fehlbildungen sind die führenden Ursachen neonataler Mortalität. 8.6% soll die Frühgeborenenrate gewesen sein. Die Kindersterblichkeit beträgt 11 auf 1.000 Lebendgeborene pro Jahr (2000-2005) und die Müttersterblichkeit lag 2008 bei 8,0 auf 100.000 Lebendgeburten. Die perinatale Sterblichkeit betrug 2008 10,6 auf 1000 Geburten im Jahr. Die Häufigkeit von Diabetes, kardio-vaskulären Erkrankungen und Übergewicht ist hoch.

Die Qatar Foundation ist der Träger des in Planung befindlichen „Sidra Medical and Research Center“, das sich in Doha auf dem 10 Millionen Quadratmeter großen Education City Campus befindet und als forschungsintensives „Frauen+ Kinder-Zentrum“ mit etwa 10.000 Geburten pro Jahr geplant ist. Sidras Stiftungsvermögen beträgt 7.9 Milliarden US-Dollar. Es soll Ende 2012 eröffnet werden. Zurzeit werden weltweit etwa 400 Ärzte und 2000 Schwestern, Hebammen und weiteres Krankenhauspersonal gesucht (www.sidra.org). Das Zentrum wird 394 Betten und etwa 30.000 ambulante Patienten im Jahr haben. Der klinische Bereich wird 214.000 Quadratmeter, der ambulante Bereich 50.000 Quadratmeter haben, einschließlich eines großen Forschungsbereiches. Eine Phase II des Klinikbaues mit einer wesentlichen baulichen und fachlichen Erweiterung ist in Planung.

Die Ziele der Bevölkerung und der Regierung von Katar für das nächste Jahrzehnt sind ehrgeizig, Eifer und Kreativität sind gefragt. Die Teilnahme an der Umsetzung verspricht Möglichkeiten der Gestaltung und Erfolgserlebnisse.

Verfasser:

Dr. Joachim W. Dudenhausen FRCOG
 Medical Advisor – Head of the Medical Staff Service
 Sidra Medical and Research Center
 Qatar Foundation, PO Box 26999,
 Doha / State of Qatar

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 18.04.-12.12.2012	Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994-3) (weitere Informationen s. S. 11)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de Teilnehmergebühr: 128 €	42 P
■ 05.05. und 09.05.2012	Wenn Partnerschaft verletzend wird... Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V. Tel.: 246 30 579 Fax: 275 95 366	11 P
■ 07.05.-09.05.2012	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G 20 „Lärm“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 360 €	31 P
■ 23.05.2012 30.05.2012	Täuschung und Manipulation mit Zahlen- Statistikseminar zum kritischen Umgang mit Zahlen (Teil 1 und 2, weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1401/1205 E-Mail: a.hofmann@aekb.de Teilnehmergebühr: 40,00 € (für beide Teile, Teil 1 und 2 auch einzeln buchbar)	8 P (für beide Teile) 4 P pro Teil
■ 30.05.2012 19.00-21.00 Uhr	Kindesvernachlässigung und -misshandlung - die Situation in der heutigen Türkei (in engl. Sprache - weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Konferenzsaal Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1214 keine Teilnehmergebühr, keine Anmeldung erforderlich	3 P
■ 01.06.-02.06.2012 17.08.-18.08.2012 31.08.-01.09.2012	Grundlagen der medizinischen Begutachtung Ein Kurs in 3 Modulen (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Teilnehmergebühr: 400 €	45 P
■ 11.06.-13.06.2012	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 €	21 P
■ 13.06.-15.06.2012 15.06.2012	Spezialkurs im Strahlenschutz - bei der Röntgendiagnostik - bei interventioneller Radiologie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: Spezialk.Rö-dia: 220 € Spezialkurs IR: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs IR)
■ 10.09.-19.09.2012 (Kursteil A1) 19.09.-28.09.2012 (Kursteil A2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin /Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs A: 960 € Kursteile A1, A2: 480 €	60 P pro Kursteil
■ 19.10.-20.10.2012	Kurs zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragte/r sowie Transfusionsverantwortliche/r (16. Std. Kurs, Curriculum der Bundesärztekammer)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401/1400 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Tel: 80681-126 Teilnehmergebühr: 150 €	8 P pro Tag

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

„Burnout“ in aller Munde – ist uns eigentlich klar, worum es geht?

Das Phänomen „Burnout“ erweist sich als ein Thema mit großer Popularität und ist in den Medien sehr gegenwärtig. Dank der intuitiven Verständlichkeit lässt sich „Burnout“ oftmals gut mit persönlichen Erfahrungen beleben. Bei aller Ernsthaftigkeit von Erschöpfungsphänomenen ergeben sich gleichwohl Einwände gegenüber der Selbstverständlichkeit, die im Umgang mit dem Begriff „Burnout“ zu beobachten ist. So beschreibt „Burnout“ keine anerkannte Krankheit. Es existiert als Diagnose aktuell weder nach den international gültigen Kriterien der WHO (ICD-10) noch nach den Kriterien der American Psychiatric Association (DSM-IV).

Welche psychischen Störungen verbergen sich hinter der plakativen Diagnose „Burnout“? Welche differenzialdiagnostischen Überlegungen kommen in Betracht? Und wie lauten geeignete differenzialtherapeutische Strategien? Diesen und weiteren Fragen wird sich der Referent widmen und so für einen medizinisch verantwortungsvollen Umgang mit einem unscharf umrissenen Beschwerdekomples sensibilisieren. Schließlich möchte die Veranstaltung zum Schutz vor Erschöpfungsphänomenen Strategien aufzeigen, die beispielsweise auch im beanspruchenden ärztlichen oder apothekerlichen Berufsalltag anwendbar sind. Anschließend besteht Gelegenheit für die fachliche Diskussion.

Referent: Dr. med. Markus Pawelzik / Leitender Arzt, EOS-Klinik für Psychiatrie, Münster

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

Termin: 09.05.2012, 19:30 bis 21:30 Uhr

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

3 Fortbildungspunkte – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Juni 2012 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ als curriculäre Fortbildung an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.

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

Termine: Modul I: 01.06. - 02.06.2012 / Modul II: 17.08. - 18.08.2012 / Modul III: 31.08. - 01.09.2012 (freitags jeweils 13.00-19.30 Uhr; samstags jeweils 08.00-14.00 Uhr)

Ort: Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
nur am 01.09.2012: Mövenpick Hotel Berlin am Potsdamer Platz, Schöneberger Strasse 3, 10963 Berlin

Teilnahmegebühr für die Module I-III: 400 EUR / 45 Fortbildungspunkte (15 pro Modul)

Informationen u. Anmeldung: Tel.: 40806-1203, E-Mail: begutachtung@aekb.de

Täuschung und Manipulation mit Zahlen

Zweiteiliges Statistikseminar zum kritischen Umgang mit Zahlen

„Das Mammographie-Screening senkt das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, um 25%.“ Hätten Sie gewusst, dass diese relative Risikoreduktion bedeutet, dass 1 von 1000 Frauen weniger an Brustkrebs stirbt? Wenn nein, sind Sie in guter Gesellschaft.

Wer keinen Draht zu der Materie Statistik findet, aber einen Einstieg sucht, ist hier richtig. Die Teilnehmer sollen in die Lage versetzt werden, positive Untersuchungsergebnisse oder Zahlenangaben, z.B. signifikante Studien-Ergebnisse kritisch zu würdigen, um ihre Patienten auf besserer Wissensbasis beraten zu können. Im Vordergrund stehen das Verstehen und Umgang mit statistischen Grundbegriffen und deren Abhängigkeit von einander. Unterschiede zwischen bedingten Wahrscheinlichkeiten (Relativ-Prozent) und natürlichen Häufigkeiten werden ebenso herausgearbeitet wie auch das Verstehen von Interessenskonflikten, die häufig dazu führen, dass Statistiken irreführend dargestellt werden und mit Zahlen getäuscht wird.

Mit praktischen Übungen. Es wird keinerlei Vorwissen erwartet.

Referent: Dr. med. Hans-Joachim Koubenec

Termin: Seminar-Teil 1: 23.05.2012 / Teil 2: 30.05.2012, jeweils 17:00-19:30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnehmergebühr: 40 Euro für beide Teile; Teil 1 und 2 auch einzeln buchbar

8 Fortbildungspunkte für beide Teile bzw. 4 Punkte pro Teil

Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1205, E-Mail: a.hofmann@aekb.de (Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt)

Kindesvernachlässigung und -misshandlung – die Situation in der heutigen Türkei

Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin in englischer Sprache

Viele türkischstämmige Familien in Berlin erleben die Diskussion um Kindesvernachlässigung und -misshandlung wie in getrennten Welten: So unterscheidet sich die rechtliche und öffentliche Debatte in Deutschland von den Erfahrungen der Elterngeneration im Herkunftsland. Ebenfalls gilt es zu bedenken, dass in der heutigen Türkei 40% der Bevölkerung jünger als 18 Jahre sind; damit weisen auch die demographischen Gegebenheiten Unterschiede auf.

Im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung wird die Referentin, Frau Professor Baysal, eine Studie zum Wissensstand klinisch tätiger Chirurgen und Pädiater im Umfeld von Kindesmisshandlung vorstellen; diese Studie deckte insbesondere in den Bereichen der Vernachlässigung und des Erkennens von Risikofaktoren Wissenslücken auf. Die Referentin hat lange Zeit an den Universitätskinderkliniken in Istanbul und Izmir zum Thema Prävention von Kindesmisshandlung gearbeitet; außerdem hat sie im Jahr 2011 in Istanbul die erste nationale Konferenz zu Kinderrechten mitgestaltet. Ferner ist mit Blick auf die Türkei erwähnenswert, dass dort im Zuge einer landesweiten Strategie im Zeitraum 2012-2016 gemeinsam mit Sozialdiensten und Jugendhilfeeinrichtungen die Kinderrechte (weiter) entwickelt werden; dabei folgt die aktive Einbeziehung von 7.000 Kindern in diesen Prozess einem neuen Ansatz.

Insgesamt möchte die Veranstaltung für unterschiedliche Herangehensweisen an das Problem der Kindesvernachlässigung und -misshandlung sensibilisieren und eine auch kulturell differenzierende Sichtweise anregen.

Referentin: Frau Prof. Serpil Ugur Baysal, Dokuz Eylul Universität Izmir

Moderator: Dr. med. Matthias Brockstedt / Ärztlicher Leiter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) – Berlin Mitte; Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin

Termin: 30.05.2012, 19:00-21:00 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Konferenzsaal, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Anerkannt mit 3 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich..

Dekubitusprophylaxe in Krankenhäusern

In der Ärztekammer Berlin fand am 8. März die Bund-Länder-Konferenz zur **Qualitätssicherung im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe** statt. Der **Einladung zur Gemeinschaftsveranstaltung der Länder Berlin, Brandenburg, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern in Kooperation mit dem AQUA-Institut für angewandte Qualitätssförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH** waren über 100 Teilnehmer der Bundes- und Landesebene sowie aus Krankenhäusern gefolgt, um die **Qualitätsergebnisse zu diskutieren**.

Von Thomas Frahm

Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsrisiken hilfe- und pflegebedürftiger Patienten. Seit 2007 sind bundesweit alle Krankenhäuser gemäß der Richtlinie des G-BA verpflichtet, an der externen Qualitätssicherung teilzunehmen. Daher ist die Dekubitusprophylaxe in den Krankenhäusern eines der zentralen Themen der Qualitätssicherung. Trotz des hohen Arbeitsaufkommens sind die Pflegenden sehr aktiv, wenn es darum geht, ein Druckgeschwür während der stationären Behandlung zu vermeiden. Eine Grundvoraussetzung hierbei ist die Anwendung des wissenschaftlichen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege.

Eine Befragung der Krankenhäuser in Thüringen ergab, dass der Expertenstandard weitgehend implementiert ist, wenngleich diese Aussage unter den Teilnehmern eher kontrovers diskutiert wurde, da die Erfahrungen im Strukturierten Dialog andere Schlüsse zulassen.

Ein Schwerpunkt dieser Veranstaltung war der Strukturierte Dialog in den Bundesländern. Dabei wurde deutlich, dass der Dialog mit den Krankenhäusern unabdingbar ist, um die Qualitätsergebnisse zu kommunizieren und eine Qualitätsverbesserung zu bewirken. Hiervon konnten sich die Teilnehmer in verschiedenen Erfahrungsberichten überzeugen. Ein geeignetes Instrument stellt hierbei das kollegiale Gespräch mit dem Krankenhaus dar, bei dem alle am Prozess beteiligten Personen gemeinsam an einer Qualitätsverbesserung mitwirken können. Darüber hinaus kann so das Verständnis für die Risikoadjustierung der Ergebnisberechnung und die Bedeutung der Dokumentationsqualität für eine valide Ergebnisqualität vor Ort bei den Pflegenden vermittelt werden.

Im Verlaufe der Konferenz wurden viele gute Beispiele aus dem Strukturierten Dialog vorgestellt, um die Qualität weiter zu verbessern. Dabei wurde deutlich, dass regionale Unterschiede bestehen,

die jedoch auch befruchtend wirken können. Nach dem Motto „Von den Besten lernen“ soll der Dialog mit den Krankenhäusern fortgesetzt werden, so das Fazit der Podiumsdiskussion.

Es besteht Einigkeit darüber, dass der Dokumentationsaufwand in den Krankenhäusern verringert werden muss, damit dieser nicht zu Lasten der Patienten geht. Derzeit werden 1,1 Millionen Fälle dokumentiert. Jedoch nur 10 Prozent sind Gegenstand des Strukturierten Dialoges. Um das Verfahren zu entbürokratisieren, stellte das AQUA-Institut auf der Konferenz seine Planung zur Umstellung der Erhebungskriterien vor, wonach zukünftig nur Patienten dokumentiert werden müssen, die im Krankenhaus einen Dekubitus bekamen. Bisher werden noch alle Patienten dokumentiert, die älter als 75 Jahre alt sind. Nach Schätzung von AQUA kann somit die Anzahl auf 330.000 dokumentationspflichtige Fälle reduziert werden. Grundsätzlich wird dieses Vorhaben unterstützt, jedoch müssen bei diesem Verfahren die Pflegenden beteiligt bleiben, so eine Forderung der Teilnehmer.

Insgesamt wurde die Bund-Länder-Konferenz Dekubitusprophylaxe von den Teilnehmern gut aufgenommen, so dass eine Wiederholung der Veranstaltung angedacht ist.

Verfasser:
Thomas Frahm
Dipl.-Soz.Verw. (FH)
Qualitätsbüro bei der
Krankenhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern e.V.
E-Mail: eqs@kgmv.de

ANZEIGE

Berliner Ärzte auch im Internet:

[www.berliner-aerzte.net!](http://www.berliner-aerzte.net)

Wer lebt am längsten?

Es ist schon sprichwörtlich: „Weil Du arm bist, musst Du früher sterben“. Auch, weil Du ein Mann bist, oder ein Zuwanderer, oder... und warum? Und welche Rolle spielt dabei die Medizin? Biostatistik kann so spannend sein! Wir haben ein paar interessante Daten und Fakten aus einer Broschüre des Robert Koch-Instituts (RKI) herausgepickt: Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede“. (Heft 52 der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“).

Wir werden alt, älter, uralt. In Deutschland hatten die Frauen, das starke Geschlecht, im Zeitraum 2006/08 eine mittlere Lebenserwartung von 82,4 Jahren. Das sind 4,37 Jahre mehr als 1986/88, also vor erst zwei Jahrzehnten. (Männer: 77,17 Jahre, Zuwachs im selben Zeitraum sogar 5,47 Jahre.) Und so geht das unaufhaltsam weiter schon seit Mitte des 19. Jahrhunderts, als zum Beispiel Infektionskrankheiten wie die Tuberkulose in England und Wales (mit den ältesten Statistiken) schon zurückgingen, ehe es Impfungen und Antibiotika gab. (Thomas McKeown: Die Bedeutung der Medizin, Frankfurt/M. 1982). Seitdem steigt in den Industrieländern die Lebenserwartung Jahr für Jahr um etwa drei Monate. Ob das ein Fluch (Demenz!) ist oder ein Segen, ist hier nicht das Thema. Lieber ein paar Details; zuerst ein sehr interessantes deutsch-deutsches Phänomen:

Der real existierende Sozialismus muss ein mächtiger Risikofaktor gewesen sein. Denn zur Wendezeit starben die Bewohner der Ex-DDR etwa zweieinhalb Jahre früher als die der Bundesrepublik vor der Wiedervereinigung. Allerdings waren die regionalen Unterschiede auch innerhalb der DDR groß. Sie sind es für ganz Deutschland noch heute. Die regionale Spannweite der mittleren Lebenserwartung betrug 2006/08 bei den Frauen 2,2 Jahre, bei den Männern sogar 3,5 Jahre. Saarländerinnen hatten 81,12 Lebensjahre zu erwarten. Baden-Württembergerinnen aber 83,33 Jahre. Und Männer aus Sachsen-Anhalt hatten im selben Zeitraum eine Lebenserwartung von 75,09 Jahren, Baden-Württemberger aber konnten mit 78,58 Lebensjahren rechnen. Also doch ein West-Ost-Kontrast?

Insgesamt haben die neuen Bundesländer kräftig aufgeholt. In der Lebenserwartung liegen sie vor allen Ländern des ehemaligen Ostblocks. Das West-Ost-Gefälle in Europa ist deutlich. Deutschland lag im EU-Vergleich lange etwas unter dem Durchschnitt; erst seit die EU 27 Mitgliedsstaaten hat, rangieren wir etwas höher.

Medizin spielt nur Nebenrolle

Und warum diese – oft sehr dauerhaften – regionalen Unterschiede bei der Lebenserwartung bzw. der Sterblichkeit? Diese Ursachen werden in der RKI-Publikation als „sehr komplex“ bezeichnet. Meist scheint es sich um eine schwer zu analysierende Gemengelage zu handeln. Genannt werden zum einen allgemeine Einflussfaktoren: Geographische, klimatische zum Beispiel, auch Siedlungs-, Wirtschafts- und Sozialstrukturen einer Region; zum anderen individuelle Faktoren wie Bildung und Einkommen, berufliche, familiäre und Wohnverhältnisse und das damit verbundene gesundheitliche Verhalten (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol...). Die Gesundheitsversorgung wird nur am Rande erwähnt.

Natürlich spielt auch der unterschiedliche Anteil von Migranten eine Rolle, aber nicht immer eine negative. Die Aus- bzw. Zuwanderung gesunder junger Arbeitssuchender kann die durchschnittliche Lebenserwartung in strukturschwachen und unattraktiven Regionen senken (weil die Alten und Kranken zurück bleiben), in florierenden Gebieten mit guten Arbeitsmöglichkeiten aber erhöhen. Die Wanderungen von Ost- nach Westdeutschland nach der Wiedervereinigung sind ein Beispiel, die Selektionseffekte nach Ein-

kommen und Bildung innerhalb Berlins ein anderes. In Bezirken mit vielen Sozialhilfeempfängern, Geringverdienern, Arbeitslosen und Alleinerziehenden stirbt man früher. Gesundheitspolitische Interventionen allein können daran natürlich nichts ändern.

Was die Todesursachen betrifft, so denkt man unwillkürlich an den sarkastischen Lehrsatz „Trau keiner Statistik, die du nicht selbst gefälscht hast“; so wenig verlässlich sind die Daten, vor allem wegen der oft fehlerhaften und unzuverlässig konzipierten Leichenschaucheine, in denen nur eine einzige Todesursache angegeben werden soll – und das bei der Multimorbidität im (Hauptsterbe-)Alter! Zudem ist die Obduktionsrate in Deutschland äußerst niedrig.

Fest steht aber, dass die Herz-Kreislauf- und die Krebskrankheiten mit rund zwei Drittel aller Todesfälle nach wie vor dominieren. Allerdings ist bei beiden in allen Altersgruppen ein Rückgang zu verzeichnen, besonders bei den Herz-Kreislaufkrankheiten. Aber ist das nun ein gutes oder ein schlechtes Zeichen? Vor Jahren stellten RKI-Wissenschaftler fest, dass eine hohe Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankheiten ein Indiz für den guten Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist. Denn wer im Alter am Herzinfarkt oder Hirninsult stirbt, hat bis dahin alle anderen Krankheiten vermieden oder überstanden.

R. Stein

ANZEIGE

Wann wirkt Prävention?

Vom 17. Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin

Totgeschüttelte Babies, halbverhungerte Kleinkinder in vermüllten Wohnungen, vereinsamte und verarmte Alte, die sich in tiefer Depression das Leben nehmen: tägliche Meldungen. Aber „Prävention wirkt!“ Kongressmotto mit Ausrufezeichen. Skeptiker hätten lieber gefragt: „Wirkt Prävention?“ Dafür sprechen die Erfolge vieler kleiner Projekte für Gesundheitsgefährdete, über die hier berichtet wurde: Für Eltern und Kinder in schwierigen Lebenslagen, für sozial benachteiligte Jugendliche, Alte und Behinderte, Wohnungslose und Migranten, Arbeitslose und Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen.

Viele Präventionsprojekte sind Eintagsfliegen. Endet die Förderung, enden auch sie. Und meist sind dies isolierte punktuelle Maßnahmen. Es geht auch anders: Erfolge werden durch berufs- und ressortübergreifendes Handeln erzielt. Mehrere auf dem Kongress vorgestellte Vorhaben zeigten dies. In Delmenhorst zum Beispiel wurden Schule und Jugendhilfe so gut „zusammengezwungen“, dass man den geförderten Kindern Jugendamt und Förderschule weitgehend ersparen kann. Die Kommune denkt nicht mehr in Zuständigkeiten, sondern übernimmt die Verantwortung.

In Dormagen, berichtete der Präsident des Deutschen Kinderschutzbundes Heinz Hilgers, hat man es sogar geschafft, Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Bildungssystem und Arbeitsförderung zu vernetzen. „Die Lebensbedingungen der Familien werden positiv verändert, indem die Eigenkräfte der Familien gestärkt, soziale Konflikte und Notlagen früh erkannt werden und rechtzeitig konkrete Hilfe geleistet wird“, sagte Hilgers; und das zu etwa einem Drittel der eingesparten Kosten für familienersetzende Hilfe. Auch anderswo, etwa in Leipzig und in Marzahn-Hellersdorf, gibt es solche kommunalen Konzepte.

Aber Prävention und Gesundheitsförderung werden vernachlässigt und chronisch unterfinanziert, sagte Hans-Ludger Dienel (TU-„Zentrum Technik

und Gesundheit“). In der Tat werden nur wenige Prozent der Unsummen für Krankheitsbehandlung zur Verhütung von Krankheit und zur Förderung der Gesundheit bereitgestellt. „Die gesellschaftlichen Kosten mangelnder Prävention sind enorm – das übersieht die Politik“, meinte Dienel.

Punktuelle Projekte nutzlos

Klipp und klar urteilte die Direktorin der „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“, Elisabeth Pott: „Wir brauchen eine langfristige gemeinsame Strategie mit Präventionsketten. Kurzfristige punktuelle Projekte kann man vergessen. Und wir müssen so früh wie möglich beginnen, denn viele Weichen für Gesundheit oder Krankheit werden in frühester Kindheit gestellt.“

Gesundheitsaufklärung allein nützt kaum; vor allem erreicht sie nicht die Armen, sagte Margaret Whitehead (Univ. Liverpool). Sie leitet das mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kooperierende Zentrum, das die sozialen Bedingungen für Gesundheit erforscht. Strategien, die allein auf die sozioökonomisch Benachteiligten zielen, sind unwirksam, fand man dort heraus.

Ihr Beispiel war das größte einzelne Gesundheitsrisiko, das Rauchen, das besonders in der Unterschicht noch verbreitet ist. Warnungen wirken dort nicht. Nach einer britischen Studie rauchen 28 Prozent aller Mütter mit kleinen Kindern. Unter den sehr jungen Müttern sind es 60 Prozent, unter den alleinerziehenden 72 Prozent. Also versuchen sie, damit ihre Belastungen besser zu ertragen. Hier seien allgemeine gesundheitspolitische Maßnahmen notwendig: Neben Hilfen für die Überforderten höhere Besteuerung und Rauchverbote, die in allen Schichten wirken. „Armut macht krank – Krankheit macht arm“ – diesen Teufelskreis könne man nur durch sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchbrechen.

Zwischen Prävention und Gesundheitsförderung wird selbst in Fachkreisen oft nicht unterschieden, zumal die Grenzen verschwimmen. Prävention fragt, was (bestimmte) Krankheiten bedingt und wie sie zu verhüten sind.

Gesundheitsförderung fragt, was Gesundheit bedingt und wie sie zu stärken ist. Hier Risikofaktoren – dort Schutzfaktoren.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung war nach langwieriger Vorbereitung auf der ersten internationalen Konferenz der WHO 1986 in Kanada verabschiedet worden. Ziel war ein Paradigmen- und Blickwechsel: Nicht die Krankheit, sondern die Gesundheit im Fokus; nicht mehr der passive Patient im Zentrum, sondern der aktive, seine Lebenswelt mitgestaltende Bürger. Das Gesundheitswesen (eher ein „Krankheitswesen“) sollte ergänzt werden durch eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik.

Herauszufinden, was die Gesundheit der Bevölkerung oder einer bestimmten Gruppe fördert und was sie beeinträchtigt, ist eine gemeinsame Aufgabe vieler Disziplinen, zum Beispiel Biologie und Medizin, Psychologie und Soziologie, Ökonomie und Statistik, Architektur und Stadtplanung.

Wesentlich mitverantwortet hat die Charta Ilona Kickbusch, damals Direktorin der Abteilung Lebensweisen und Gesundheit beim europäischen Regionalbüro der WHO in Kopenhagen. Jetzt in Berlin zog sie Bilanz: „Wir waren wahnsinnig optimistisch damals. Wir stellten uns eine soziale Bewegung vor, in der sich die Professionen zusammenfinden sollten.“ Das traf nicht ein.

Prävention und Gesundheitsförderung haben nach wie vor keine Priorität. Und die Ungleichheit der Gesundheitschancen wie auch die Kommerzialisierung (selbst der Gesundheitsförderung!) haben sogar zugenommen. Es sind zwar viele Vereinigungen und Projekte ent-

standen, aber ohne Verbindung und ohne politische Durchschlagkraft, konstatierte Ilona Kickbusch illusionslos. „Es fehlt eine politische Klammer.“ Eine solche Klammer wäre eine starke

School of Public Health, in der multidisziplinär geforscht und ausgebildet wird (s. den folgenden Beitrag).

Rosemarie Stein

Der 17. Kongress „Armut und Gesundheit“ ist auf tausende von Teilnehmern angewachsen und tagt jetzt statt im Rathaus Schöneberg in der TU. Sie konnte von der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung „Gesundheit Berlin-Brandenburg“ als Mitveranstalter gewonnen werden.

Die Zahl der Kooperationspartner wuchs gleichfalls. Die Thematik beschränkt sich nicht mehr auf die gesundheitliche Ungleichheit. Dies war ein großer „Public Health“-Kongress.

Ein Ruck für Public Health?

Aschenputtel soll Prinzessin werden

Hauptthema der Medizin ist die Krankheit des Individuums. Die Gesundheit der Bevölkerung hingegen ist Sache der multidisziplinären Public Health. Wie dringend die Medizin die anderen Gesundheitswissenschaften als Partner braucht, erkannte die Ärztekammer Berlin schon vor Jahrzehnten und forderte deshalb eine Hochschule für Gesundheit. Vor fünf Jahren endlich wurde an der Charité eine hoffnungsfroh so genannte „Berlin School of Public Health“ gegründet. Unter ihren stolzen medizinischen Schwestern blieb sie ein vernachlässigtes Aschenputtel. Plötzlich aber geht ein Ruck durch die Stadt. Gleich von mehreren Seiten bemüht man sich, hier in Sachen Public Health endlich Anschluss an die internationale oder wenigstens die deutsche Entwicklung zu finden.

Was für ein schöner Abend! Andächtig blicken Berliner und Touristen durchs Brandenburger Tor zur Siegelsäule, über der ein glühend roter Sonnenball hängt. Aber im Liebermann-Haus neben dem Tor geht wenig später ein Donnerwetter auf Gesundheitsexperten und Interessierte nieder. Wer da zornig wie Zeus seine Blitze schleudert, ist Knut Nevermann, Berlins Staatssekretär für Wissenschaft und Forschung.

Er nannte es blamabel, dass es noch immer nicht gelungen ist, in Berlin eine starke Public Health aufzubauen. Der Senat hatte ja alle Hochschulen schon vor Jahren dazu aufgefordert, aber bis heute brachten sie nicht einmal ein Konzept zustande. Alle bestellten nur ihre eigenen „Schrebergärten“. Der Staatssekretär wurde noch deutlicher: „Das ist blamabel! Wir stehen da wie die letzten Deppen – und das ist bedauerlich!“ Heftiger Beifall der Public Health-Akteure, Verwirrung bei Neulingen, denen die lange und frustrierende Geschichte der späten und nur rudimentären Reanimation von Public Health in der Stadt Rudolf Virchows unbekannt war.*

* BERLINER ÄRZTE hat sie nachgezeichnet. Das leider noch aktuelle Titelthema „Berlin School of Public Health – Luftschloss oder realistischer Plan?“ in Heft 8/2007 können Sie im Internet nachlesen: <http://www.berliner-aerzte.net/pdf/b0708.pdf>

Zurück zu Virchow!

Wir befinden uns in einem „Torgespräch“ der Stiftung Brandenburger Tor zum Thema Public Health, mit dem etwas verrutschten Titel „Gesundheit ist mehr als Medizin – auch in Berlin“. Dieser Abend ist erst der Auftakt zum neuen inhaltlichen Schwerpunkt der Stiftung. Warum Public Health gerade

Public Health-Definition der WHO

Public Health ist die Wissenschaft und die Praxis der Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und der Förderung psychischer und physischer Gesundheit durch bevölkerungsbezogene Maßnahmen.

für Berlin unerlässlich ist, wurde hier mehrfach begründet. Der frühere Charité-Chef Detlev Ganten, der sich nachträglich sehr stark für dieses Fach aus vielen Fächern engagiert, verweist auf Rudolf Virchow. Das Erleben ober-schlesischen Elends hatte ihn zu der Erkenntnis geführt, nur „Bildung mit ihren Töchtern Freiheit und Wohlstand“ könne den Gesundheitszustand der dar-benden Bevölkerung verbessern, kei-nesfalls die Seuchenbekämpfung allein.

Das war, im 19. Jahrhundert bereits, „New Public Health“ pur, wie Ilona

Kickbusch sie 1986 für die WHO mit-konzipierte (s. Bericht Seite 26) Jetzt erinnerte sie an die großzügigen Impfprogramme der Gates-Stiftung in der 3. Welt. Aber auch Bill Gates hat mittlerweile gemerkt, dass medizini-sches Eingreifen allein nicht viel bringt – ohne einen gewissen Wohlstand und eine Umwelt, die Gesundheit ermög-licht. Also zurück zu Virchow!

Nicht nur die sozialhygienische Tra-dition der Stadt (von den Nazis jäh un-terbrochen und durch ihre tödliche Rassenhygiene ersetzt), auch der Gesundheitszustand der Berliner ruft nach Public Health. Zwei Repräsen-tanten gut bestellter „Schrebergärten“, die eigentlich in eine große Stadt-Domäne namens „Berlin School of Public Health“ gehören, wiesen hierauf hin: Rolf Rosenbrock (Wissenschafts-zentrum Berlin) und Reinhard Busse (TU Berlin).

Was schafft wirklich Gesundheit?

Berliner haben eine geringere mittlere Lebenserwartung als die Durch-schnittsdeutschen. Auch innerhalb der Stadt gibt es enorme Unterschiede; zwischen Zehlendorf und Mitte sind es drei bis vier Jahre. Medizinische Risiko-faktoren erklären diese Differenz nur knapp zur Hälfte. In anderen Groß-städten wie zum Beispiel London sind sie noch kleinräumiger, sagte Busse und stellte die Kernfrage der Public Health-Forschung in den Raum: Was schafft wirklich Gesundheit?

Drei Initiativen für Public Health

An diesem Abend tat sich die Stiftung Brandenburger Tor mit der Leopoldina zusammen, denn sie gehört zu der Arbeitsgruppe „Public Health in Germany“, die diese Nationale Akademie der Wissenschaften Ende letzten Jahres gründete. Partner sind außerdem die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, die Helmholtz-Gemeinschaft, die National Academy of Science and Engineering

(acatec) und die Charité. Dieser Kreis kam nach dem Torgespräch schon zum dritten Workshop zusammen.

Anscheinend will man auch Public Health-Novizen gewinnen. Beim öffentlichen Einführungsgespräch entstand zumindest zeitweise der Eindruck, hier solle das Rad neu erfunden werden – von Leuten, die teils kuriose Vorstellungen von Public Health haben und offensichtlich nicht einmal die klassische Definition der WHO kennen, (s. Kasten).

Die dritte der neuen Berliner Public Health-Initiativen geht vom Senat aus. Knut Nevermann erwartet nun endlich das überfällige hochschulübergreifende Konzept für die Zusammenführung der vereinzelt „Schrebergärten“. Hiermit ist eine Lenkungsgruppe betraut, in der die Freie, Technische und Humboldt-Universität vertreten sind, außerdem die Alice Salomon-Hochschule und natürlich die Charité. Die Koordination liegt bei deren Prodekanin für Studium und Lehre, Claudia Spies (Chefin der Anästhesiologie-Klinik). Erwähnt sei an dieser Stelle die langjährige Förderung

von Public Health durch die Ärztekammer Berlin, insbesondere durch Stiftung des Hertha-Nathorff-Preises (s. auch BERLINER ÄRZTE 04/2012).

Die Letzten wollen die Ersten sein

Unabhängig von der höchst schwierigen Aufgabe, Berliner Institutionen unter einen Hut zu bringen, kam aus der Charité plötzlich die Nachricht von einer geplanten internationalen Kooperation: der Gründung eines „Centre Paris-Berlin for Public Health“. Da geistern einem unwillkürlich Sprüche wie die durch den Kopf: „Überholen ohne einzuholen.“ – „Ja, mach’ nur einen Plan...“ – Oder aber „Die Letzten werden die Ersten sein“? Denn wir hier in Berlin sind die Letzten, das heißt die Schwächsten: Eine „School of Public Health“ mit zwei Professorenstellen (eine befristet, eine mit k.w.-Vermerk), ohne wichtige Kernfächer und grundlegende Studiengänge.

Die einzige international konkurrenzfähige deutsche School of Public Health

ist die Gesundheitswissenschaftliche Fakultät der Universität Bielefeld, mit acht Fachrichtungen und acht Lehrstühlen. Und diverse andere Standorte wie zum Beispiel München, Hannover oder Bremen ziehen nach und haben Berlin längst überflügelt. Liegt es an fehlenden Mitteln? Muss man den Bund fragen? Das Bundesforschungsministerium hat mit Appellen und viel Fördermitteln überhaupt erst den Anstoß zur Entwicklung von Public Health in Deutschland gegeben. Daran erinnerte Angela Lindner, Leiterin des Referats Gesundheitsforschung dieses Ministeriums. Jetzt seien die Länder am Zuge.

Dazu meinte Nevermann, erst sollten sich die Beteiligten über das Konzept einigen, danach ließe sich über Fragen der Finanzierung reden. Der Staatssekretär deutete an, dass da weniger an frisches Geld zu denken ist als vielmehr an die Umverteilung vorhandener Mittel. Hoffen wir, dass es dem Senat doch gelingt, die Akteure endlich zusammenzubringen.

Rosemarie Stein

Da laufen Impulse durch die Synapsen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Manfred Spitzer, veröffentlicht den Essayband „Nichtstun, Flirten, Küssen und andere Leistungen des Gehirns“ im Schattauer Verlag

Nach viel Winter mit reichlich Informationen über Stress und Burnout kommen Tipps zum Flirten, Küssen und Nichtstun gelegen. Auch der Kopf braucht schließlich saisonale Nahrung! Zumal, wenn diese vermeintlich trivialen Themen aus dem Alltag des menschlichen Erlebens von Manfred Spitzer, Professor für Psychiatrie in Ulm und Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Verbindung mit dem aktuellen Forschungsstand über unser Gehirn sprachlich anschaulich und leichtfüßig vermittelt werden.

Spitzer nennt die Essays in seinem Vorwort „Geschichten aus der Wissenschaft“. Es ist das narrative Moment seiner Perspektive als Neurowissenschaftler, Psychiater und Philosoph, die den Rezipienten auf eine faszinierende Reise von der „Wissenschaft vom Flirten“ über das „Gehirn der Mutter“ bis hin zur „Gehirnforschung zur Fastenzeit“ schickt: „Das Gehirn des Menschen beschäftigt sich nun einmal seit seiner Entstehung und Ausbreitung über den Erdball unglaublich gerne mit Geschichten“, behauptet der Autor und fügt mit einem Augenzwinkern hinzu: „Wissenschaftler behaupten zwar, dass die Wissenschaft das Schönste sei, dass man mit anbehaltener Hose tun kann, müssen jedoch zugeben, dass Geschichten weit vor der Vergleichstätigkeit ohne Hosen liegen.“

Insofern ist der Titel des Buches „Nichtstun, Flirten, Küssen und andere Leistungen des Gehirns“ aus der Reihe „Wissen & Leben“ natürlich konsequent gedacht, sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die 21 Beiträge über die Leistungen des Gehirns populärwissen-



schaftliche Sachtexte sind, die einen Leser erreichen, der wissenschaftliche Informationen und Fakten – eingebettet in den humorvollen Willen zur Unterhaltung – in Resonanz umwandeln kann.

Was also macht das Gehirn, wenn das denkende Subjekt nichts tut? Geht es „in Gedanken spazieren“, wie Spitzer in dem Kapitel 2 „In Gedanken sein ... (und beim iPhone) – Wer nicht abschweift, hat mehr vom Leben“ aus dem Englischen übersetzt? Das Gehirn zeigt in Ruhe nicht nur zufällige Schwankungen der Aktivierung. Auch wenn wir keiner zielgerichteten Aktivität nachgehen, befindet es sich in einem ganz bestimmten Zustand. In den Bereichen des sogenannten Ruhestandardnetzwerks des Gehirns ist die Aktivität beim Nichtstun höher, als wenn man einer bestimmten Aufgabe nachgeht. Spitzer schreibt, dass es eine Vielzahl von Studien zum Ruhestandardnetzwerk gibt, „die dafür sprechen, dass es für Introspektion, für den Abruf von autobiografischen Gedächtnisinhalten, für die Vorstellung der eigenen Zukunft und die Fähigkeit, Absichten und Wünsche anderer zu erfassen (Theory of Mind) zuständig ist“. Seine Funktion wird mit dem Bewusstseinsgrad in Verbindung gebracht und selbst im leichten Schlaf ist es noch aktiv, während es mit dem Tiefschlaf auch zur Ruhe zu kommen scheint, schlussfolgert der Autor.

Vor dem Hintergrund der Diskussion und Aufregung um Bonuszahlungen an Chefärzte Anfang Februar könnte sich auch Manfred Spitzers Beitrag „Das Schlechte

am Guten“ (den Verwaltungsdirektoren der deutschen Universitätsklinik gewidmet) als interessant erweisen. Die BÄK hält die zunehmende Praxis, dass Kliniken an ihre Chefärzte Boni auszahlen für „höchst bedenklich“. Spitzer geht in Kapitel 3 der Frage nach, ob Boni Gutes bewirken. Exemplarisch betrachtet er die Lage in zwei Bereichen: Bildungssektor und Gesundheitsbereich. Banken und Managerboni streift er nur geringfügig. Spitzer sagt: „Das gute Wort motiviert, Geld hingegen nicht“ und zitiert Alfie Kohn (Punished by Rewards): „Das Interesse der Leute an dem was sie tun, nimmt typischer Weise ab, wenn man sie dafür entlohnt“. Spitzer kommt zu dem Ergebnis: „Sowohl im Gesundheits- als auch im Bildungsbereich ist die Evidenz für positive Effekte finanzieller Boni also gering. Dass sie häufig die primäre Motivation senken und damit die Freude an ihrem Beruf nehmen, deren Leistung verringern und damit langfristig großen Schaden anrichten, ist hingegen gut nachgewiesen.“

Spitzer schlägt in seinen Beiträgen verblüffende Brücken zwischen Phänomenen, neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und eigenen Beobachtungen. Ein genussvolles Rendezvous mit interdisziplinärem Denken. Und weil Frühling ist, soll diese Antwort der Wissenschaft nicht verheimlicht werden: Beim Flirten konnte man die Effekte der Farbe Rot experimentell zeigen. „Die konkrete Anwendung wissenschaftlicher allgemeiner Erkenntnisse auf den konkreten Einzelfall ist jedoch eine Kunst. Und wer diese nicht beherrscht, dem kann auch die Evolution nicht helfen!“, warnt der Autor. Der Spitzerschen Einschränkung, die Wissenschaft vom Flirten sei noch jung, gilt es somit eine knallige Kollektion aus Rot entgegenzusetzen.

Manfred Spitzer: Nichtstun, Flirten, Küssen und andere Leistungen des Gehirns, Wissen & Leben, hrsg. von Wulf Bertram, Schattauer Verlag 2012, ISBN: 978-3-7945-2856-1

Vom schwachen „Herzen“ zum starken „Herz“

Der griechisch-lateinisch-englische Medizinerjargon ist bei Patienten berüchtigt. Aber auch Ärzte ärgern sich manchmal. Haben Sie mal ins Fachblatt einer Nachbardisziplin geschaut? Oder gar in den Abstractband ihres Jahreskongresses? Da versteht man kaum einen Satz, weil der Text von Abkürzungen nur so wimmelt. Erklärt werden die natürlich nie. Wenn man zu raten versucht, muss man bedenken, dass meist englische Begriffe zugrundeliegen, wie bei COPD. Das hat sich durchgesetzt, das kennt jeder seit dem Studium „Chronic obstructive lung disease“, da weiß man, welche Krankheit gemeint ist.

„Krankheit?“ Die scheint es überhaupt nicht mehr zu geben, obwohl – weiß Äskulap – an Kranken kein Mangel ist. Aber die haben heute alle „Erkrankungen“, als wären sie frisch erkrankt, also gerade erst krank geworden. „Erkranken“ bezeichnet ja einen aktuellen Vorgang. Richtig angewandt wäre „Erkrankung“ nur in Sätzen wie diesem: „Er musste seinen Vortrag wegen einer plötzlichen Erkrankung leider absagen.“ Eine absolute Absurdität sind also „chronische Erkrankungen“ – aber das liest man tatsächlich, immer, immer wieder. Demnächst heißt es auch noch statt „Krankheitsentität“ womöglich „Erkrankungsentität“!

Wörter mit der Endung „-ung“ sind ohnehin inflationär, da sollte man wenigstens die falschen vermeiden. Stattdessen hängt man dauernd ein richtiges „-ung“ ab: beim Substantiv des doppeldeutigen Worts „erhalten“. Das heißt ja erstens „bekommen“ und zweitens „bewahren“. Wer ein angefordertes Röntgenbild erhalten hat, kann den „Erhalt“ ganz korrekt bestätigen. Wer sich aber um den „Erhalt“ einer Jugendstil-Krankenhausapotheke bemüht, will sie ja gar nicht für sich haben, sondern für die Allgemeinheit erhalten wissen. Er wünscht sich also ihre Erhaltung – mit „-ung“.

Greift Ihnen schiefer Sprachgebrauch auch ans Herz? Das Deutsche Wörterbuch, begründet von den Gebrüdern Grimm, widmet dem Herzen und seinen vielen verbalen Appendices fast sechzig Seiten (genau: die Seiten 1207 bis 1266 im dtv-Band 10). „Es widmet dem Herz...“ ließe sich korrekt auch sagen. Denn dass man dem Herzen das „-en“ amputiert, ist keine neue Mode, wie man annehmen könnte. Man lernt aus der Grimm-Lektüre, das Wort „Herz“ habe die Neigung (ja, auch Wörter haben Neigungen!), mal stark, mal schwach zu sein. (Originaltext aus dem Grimmschen Wörterbuch siehe Kasten.) „Herzeleid“, „Herzleid“, „Herzensleid“ stehen im Grimm gleichberechtigt nebeneinander.

Die herztärkende Entwicklung des vielseitigen Begriffs möchte man auch dem wünschen, was er bezeichnet. Aber leider hat das reale Herz ja meist eine schwache Endung – pardon, ein schwaches Ende.

Da hilft auch nicht ein Fläschchen Herzensstärker („volksmäßige bezeichnung des brantweins“). Nach „Herzinsuffizienz“ übrigens sucht man vergeblich, schließlich ist dies ein deutsches Wörterbuch; man bleibt bei „herzinniglich“ hängen.

Und man bleibt gern noch ein bisschen im Herzkapitel hängen, auch wegen der schönen Zitate als Belege für den Sprachgebrauch. Kinder werden von den Schwangeren unter dem

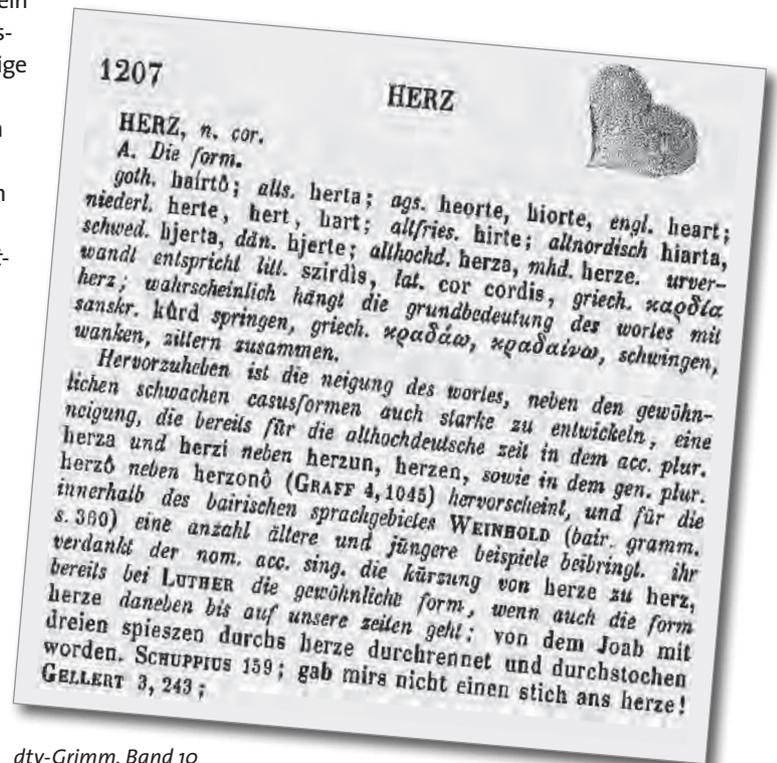
Herzen getragen, und sie winden sich bei der Geburt vom Herzen der Mutter los: „selig preis ich Rosalinden, /die sich ihrer mutter leicht vom herzen wand, /als der may regierte. (Ramlar 7,2)“ (Im Grimm wird ja alles klein geschrieben.) Bei Jean Paul geht's medizinisch zu: „ich bin nun überzeugt, dass ich nicht am schlage ... noch an der lungensucht... sterben kann; aber wer bürgt mir dafür, dass ich nicht an einem Herzpolypen scheitern werde?“

Bildkräftige deutsche Wörter finden sich im Grimm für Angina pectoris (oder auch Asthma): „Herzspann“, „Herzgespann“, „Herzgesperr“ – gebräuchlich in der Medizin wie der Poesie. Medizinisch: „herzgespann, eine krankheit oder zufall bei menschen und tieren, die man sich als eine spannung der das herz umgebenden haut dachte...“ Und medizinpoetisch:

„mein liebes weib liegt nun im grabe,
und zwar durch einen harten fall,
als sie durchkroch den gänsestall,
um vor das herzgespann ein sonntagei zu trinken (Günther, 996)“

Ausgerechnet ein großes Gänseei, mit viel Cholesterin!

R. Stein



dtv-Grimm, Band 10

BERLINER ÄRZTE

5/2012 49. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Herausgeber:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Michaela Peeters, M. A.
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Svea Keller
Univ. Prof. Dr. Harald Mau
Dr. med. Bernd Müller
Dr. med. Gabriela Stempor
Dr. med. Kilian Tegethoff
Julian Veelken
Dr. med. Elmar Wille

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelbild Sehstern unter Verwendung von
©Peter Willems - Istock.com
S.14 © littlehell- Fotolia.com

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de, E-Mail: mb@l-va.de
Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Brühlsche Universitäts-
druckerei GmbH & Co KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 79,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 53,50 inkl. Versandkosten, im Ausland € 79,50 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,45 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2012 vom 01.01.2012.

ISSN: 0939-5784