

BERLINER ÄRZTE

06/2012 49. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztekammer Berlin

Betriebliches Gesundheitsmanagement:

Damit Ärztegesundheit nicht
zum Luxusgut wird



Partnerschaft der Ärztekammern Berlin und Athen



Foto: AK Athen

Dr. med. Georg Patoulis
ist Präsident der Ärztekammer Athen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Ärztekammern Berlin und Athen haben zum ersten Mal in Europa die Initiative ergriffen, eine Partnerschaft aufzubauen. Eine Partnerschaft, die das Ziel hat, gemeinsame Leitlinien für eine europäische Gesundheitspolitik in die Tat umzusetzen.

Am 30. März 2012 nahm diese Zusammenarbeit in der deutschen Hauptstadt den Anfang – mit der Absicht, Meinungen und Erfahrungen austauschen zu können – besonders wenn diese von einer anerkannten Ärztekammer wie der Berliner stammen. Die gut strukturierte Arbeitsweise der Ärztekammer Berlin dient uns in Griechenland als Vorbild. Die Partnerschaft hat für uns vor allem größten symbolischen und inhaltlichen Charakter. Sie symbolisiert die grenzenlose gegenseitige Anerkennung von griechischen und deutschen Kollegen. Zur Zeit versuchen wir in Griechenland, eine Reihe von Korrekturen im Gesundheitswesen vorzunehmen. In diesem Zusammenhang möchten wir unseren Dank an Deutschland für die besondere Unterstützung ausdrücken.

Wir glauben, dass in einer Zeit der Wirtschaftskrise und der Krise des Gesund-

heitswesens, die einige europäische Länder durchmachen, die europäischen Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichtet sind, ihre Kräfte so zu koordinieren, dass sie die Gesundheitsversorgung und die Würde des Arztes aufrecht erhalten. Das Gesundheitswesen darf auf keinen Fall durch irgendwelche sozialen, politischen, religiösen oder finanziellen Krisen beeinflusst werden.

Die Ärztekammer Athen ist den Bedürfnissen der heutigen Zeit nachgekommen, indem sie eine Gemeinschaftspraxis auf freiwilliger Basis im Hause ihrer Kammer eröffnet hat. Wir bieten den Arbeits- und Obdachlosen sowie den unversicherten Kranken täglich von 9 bis 15 Uhr primäre Gesundheitsversorgung an. Durch die Zusammenarbeit mit der Orthodoxen Kirche haben wir die medikamentöse Versorgung abgesichert.

Durch die Partnerschaft mit der Ärztekammer Berlin werden wir versuchen, neue Wege und Organisationsmodelle zu finden, um unsere Mitglieder, die in Berlin eine Fach- oder Assistenzstelle suchen, zu unterstützen.

Nicht zu vergessen ist auch die große Zahl griechischer Ärzte, die schon jahrelang in Deutschland tätig sind. Zurzeit zeichnet sich ein neuer Trend der Auswanderung ab. Wir sind der Ärztekammer Berlin sehr dankbar für die Gastfreundschaft, die sie all diesen Ärzten,

die in Berlin arbeiten, entgegenbringt. Unser Dank dafür gilt sowohl den deutschen Kollegen als auch den Bürgern.

Die Ärztekammern von Berlin und Athen wollen künftig stärker zusammenarbeiten und sich in Themenfeldern wie Versorgungsleitlinien, Patientensicherheit, Arzneimittelverschreibungen und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens intensiv austauschen. Einen besonderen Schwerpunkt soll außerdem die Rolle der Ärzteschaft zur Bewältigung der aktuellen Krise in den europäischen Gesundheitssystemen einnehmen.

Erste Priorität der Zusammenarbeit hat eine gemeinsame Resolution der beiden Hauptstadtkammern zur aktuellen Situation der Patientenversorgung und zur Bewältigung der Krise im Gesundheitswesen. Darüber hinaus wurde bei unserem Treffen in Berlin angedacht, weitere Ärztekammern europäischer Hauptstädte zu beteiligen.

Dr. Jonitz und ich waren uns beide einig, dass die Ärzteschaft die Führungsrolle im Gesundheitswesen übernehmen und IMMER zum Wohle des Patienten definieren muss, was gute Medizin ist. Wir wollen ein Gesundheitswesen und keine Gesundheitswirtschaft, weil der Arzt in erster Linie Diener der Gesundheit sein soll.

Abschließend möchte ich mich nochmals beim ganzen Vorstand für die Gastfreundschaft in Berlin bedanken und betonen, dass es eine große Freude für uns wäre, Herrn Dr. Jonitz und seine Mitarbeiter in Athen begrüßen zu dürfen.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. med. Georg Patoulis



Bewerben können sich z.B.:

- Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe, wie Physio- oder Ergotherapeuten
- Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Fachgesellschaften und andere Standesvertretungen von in der Gesundheitsversorgung tätigen Berufsgruppen
- Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen (Wissenstransfer bei Patienten)
- Wissenschaftliche Einrichtungen, Universitäten und Institute
- Initiativen von Studenten und Auszubildenden in Bereich der Gesundheitsversorgung

Nähere Informationen zu den Bewertungskriterien, den Teilnahmebedingungen und der Jury finden Sie unter: www.berliner-gesundheitspreis.de

Auswahlverfahren:

Die Entscheidung über die Preisträger trifft eine unabhängige Jury. Es werden Preise im Gesamtvolumen von 50.000 € vergeben. Für den ersten Preis 25.000 €, den zweiten Preis 15.000 € und den dritten Preis 10.000 €. Die Jury kann eine andere Aufteilung des Preisvolumens vornehmen.

Gegen Entscheidungen der Veranstalter und der Jury ist der Rechtsweg ausgeschlossen. Mitarbeiter der Veranstalter sind von der Teilnahme ausgeschlossen. Der Teilnehmer erklärt mit seiner Unterschrift sein Einverständnis zur auszugswweisen Verwertung und Veröffentlichung der eingereichten Arbeit sowie seines Namens im Zusammenhang mit der Teilnahme am „Berliner Gesundheitspreis 2013“ durch dessen Initiatoren.

Knhow?

WIE KOMMT WISSEN IN DIE PRAXIS?

Wissen und Wissenstransfer in der Patientenversorgung

Patienten, Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte möchten gleichermaßen eine Behandlung nach bestem Wissen und auf dem aktuellen Stand der medizinischen und pflegerischen Wissenschaft. Nur, was ist das „beste Wissen“? Wie erkennt man den aktuellen Stand der Wissenschaft? Und wie lässt sich wissenschaftlich begründetes Wissen praxistauglich umsetzen? Mit der evidenzbasierten Medizin soll gewährleistet werden, dass Patienten auf Basis der besten, gegenwärtig verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse behandelt werden. In vielen Bereichen gibt es gesichertes Wissen, das noch zu wenig in der Praxis Anwendung findet. Dabei verwundert es nicht, wenn es bei mehr als zwei Millionen Fachartikeln weltweit pro Jahr schwer fällt, immer auf dem neuesten Stand zu bleiben. Bei einer solchen Informationsflut den Überblick zu bewahren und fundiertes Wissen konsequent für den Patienten zu nutzen, scheint bei begrenzten zeitlichen Kapazitäten fast unmöglich.

Damit eine optimale Therapieentscheidung und Behandlung gesichert werden kann, sind Hilfestellungen beim Wissenstransfer notwendig, um nützliche von weniger nützlichen, oftmals interessengesteuerten Informationen zu unterscheiden. Zum Wohle des Patienten sollten Ärzte und Beschäftigte in Gesundheitsberufen selbst in der Lage sein, relevante Publikationen zu identifizieren und die Behauptung über die Wirksamkeit von Therapien auf dieser Basis kritisch zu hinterfragen. Nur so kann die Souveränität gewährleistet und eine selbstständige Entscheidungsfindung im Sinne von EbM möglich sein.

Der Berliner Gesundheitspreis

Der „Berliner Gesundheitspreis“ ist ein bundesweiter Ideenwettbewerb von AOK-Bundesverband, Ärztekammer Berlin und AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, der seit 1995 alle zwei Jahre ausgeschrieben wird.

Konkrete Ansätze:

- Projekte, die EbM im Versorgungsalltag umsetzen.
- Methoden, die
 - Studien und gesichertes Wissen für den Versorgungsalltag aufbereiten,
 - die den Wissenstransfer optimieren und nutzbar machen sowie
 - praxistauglich Wissen zur Verfügung stellen (wie organisatorische und personelle Aktivitäten von medizinischen und pflegerischen Einrichtungen).
- Modelle und Beispiele, wie EbM für Patienten zugänglich gemacht werden kann.

Theoretische Ansätze:

- Systeme oder Methoden, die Studien kritisch auswerten und die Bewertung frei zur Verfügung stellen. Hilfestellungen, wie neue Informationen überblickt und dabei objektiv auf ihre Zuverlässigkeit und ihren Nutzen überprüft werden können (Bsp. Q-Zirkel).
- Neue Denk- und Handlungsansätze, um evidenzbasierte Medizin alltagstauglich zu betreiben.
- Forschungsprojekte, die Ansätze dafür geben, wie Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte das aus Studien verfügbare Wissen in der Praxis noch besser umsetzen können.



EDITORIAL.....

Partnerschaft der Ärztekammern Berlin und Athen
Von Georg Patoulis.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

Rohes Schweinehackfleisch wichtigster Risikofaktor für Yersiniosen bei Kleinkindern
Informationen aus dem Robert Koch-Institut.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Delegierte fassen Resolution gegen Arbeitszeitmissbrauch
Bericht von der Delegiertenversammlung am 25. April 2012
Von Sascha Rudat.....22

Prothese gebrochen, Brustimplantat ausgelaufen...
Bericht vom 129. Chirurgenkongress in Berlin.....26

Behandlungsziel: politische Traumata bewältigen
Vom 3. internationalen ESTD-Kongress
Von Rosemarie Stein.....38

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

TITELTHEMA

Betriebliches Gesundheitsmanagement

DAMIT ÄRZTEGESUNDHEIT NICHT ZUM LUXUSGUT WIRD
Von Eugenie Wulfert.....14

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....24

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall.....30

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen März/April 2012.....32

Helmut Maxeiner wäre 60 Jahre alt geworden.....34

BUCHBESPRECHUNGEN...

Kuhlmann-Poodat, Anke: Verrückt sein, dürfen nur die Draußen.....31

FEUILLETON.....

Gallensteine zu Kunstwerken
22. Saison der Brandenburgischen Sommerkonzerte
Von Rosemarie Stein.....35

ÄKB-Kurs „Breaking Bad News“ bei Spiegel Online

Spiegel Online berichtet ausführlich mit Video, Fotos und Artikel über den ÄKB-Kurs: „Die ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen – Breaking Bad News“. Ein Reporterteam begleitete den Kurs und führte Interviews mit den Teilnehmern, der Dozentin und den eingesetzten Simulationspatienten. Diese sind Schauspieler, die dazu ausgebildet werden, Patientenrollen zu über-

nehmen. Sie geben dem Gesprächspartner eine Rückmeldung (Feedback) darüber, wie das Gespräch aus dem Blickwinkel eines Patienten verlaufen ist. Im Zentrum des zweitägigen Kurses steht das Training der ärztlichen Interaktion und Kommunikation in schwierigen Gesprächssituationen. Dieses führt zu einer Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung, die wiederum eine

große Bedeutung für die Lebensqualität und Gesundheit von Patienten hat. Den Textbeitrag sowie Fotos und Video finden Sie unter www.spiegel.de/karriere/berufsleben/0,1518,827909,00.html

Die nächsten Termine für den Kurs finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin. Interessenten können sich melden bei: Dr. Katrin Werner, Tel.: 030 40806-1403, E-Mail: k.werner@aekb.de

Die ersten 100 Tage als Assistenzarzt

„Herzlichen Glückwunsch, Sie sind jetzt Ärztin/Arzt!“ Auf diesen Moment hat man im Medizinstudium lange hingearbeitet und gelernt.

Neue Fragen türmen sich jetzt auf! Was muss meine erste Stelle mir bieten? Worauf muss ich bezüglich meiner ärztlichen Weiterbildung achten? Was bietet mir die Ärztekammer, wie kann sie mir helfen? Was leistet das Ärzteversorgungswerk? Und erste Arbeitstage, erste Fehler! Was sollte ich als „Neue“ bzw. „Neuer“ in meinen ersten Tagen auf Station beachten? Welche Chancen kann, ja muss ich nutzen, welche Fehler vermeiden? Wie erkenne ich Fallen des Berufseinstieges?

Fragen über Fragen, doch mit diesem Vortrag erhalten Sie jede Menge wertvoller Hinweise und Tipps, was man alles für den erfolgreichen Start in das Berufsleben beachten sollte.

Referent:

Dr. Peter Bobbert, Arzt, Charité, Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

Termin: 07. Juni 2012 - 18:00 Uhr

Ort: Ärztefinanzzentrum Berlin, Kurfürstendamm 219, 10719 Berlin

Anmeldung: Tel.: 030 / 88775-11
E-Mail: uwe.engelhardt@aerztefinanzzentrum.de,
www.mezizinernachwuchs.de

44. Internationaler Seminarkongress in Grado/Italien



Das Collegium Medicinæ Italo-Germanicum veranstaltet in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer vom 26. bis 31. August 2012 in Grado/ Italien den 44. Internationalen Seminarkongress. Die Veranstaltung wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit insgesamt 33 Fortbildungspunkten zertifiziert, pro Tag gibt es 6 Fortbildungspunkte.

PROGRAMM:

Sonntag: 26. August 2012, 16:00 Uhr

ERÖFFNUNGSVORTRAG:

Soziale Faktoren und ihr Einfluss auf die Gesundheit (Dr. Dr. h.c. Otmar Kloiber, Brühl / Ferney-Voltaire (Genf)

SCHWERPUNKTTHEMEN DER SEMINARE (27.08. – 31.08.2012):

- Angiologie (Prof. Dr. Ludwig, Tutzing)
- Arbeitsmedizin (Prof. Dr. Buchter, Homburg/Saar)
- Komplementäre und alternative Medizin (KAM) in der Onkologie: Tipps und Fallstricke für die ärztl. Praxis (Frau Dr. Hübner, Frankfurt)
- Notfallmedizin – Theorie (Prof. Dr. Sefrin, Würzburg)
- Rechtsfragen aus Klinik und Praxis (Peter Kalb, München)
- Rheumatologie (Prof. Dr. Specker, Essen)
- Interdisziplinäre Gespräche, Themen täglich wechselnd

KURSE (MIT ZUSATZGEBÜHR):

- Balint-Gruppe (Frau Dr. Ziegert, München)
- Notfallmedizin – Praxis (Prof. Dr. Sefrin, Rainer Schmitt, Würzburg)

Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

PROGRAMMANFORDERUNG: Frau Del Bove unter

Tel.: 030/400 456-415, Fax: 030/400 456-429, E-Mail: cme@baek.de oder im Internet: www.baek.de/page.asp?his=1.102.156.9959 finden Sie das Programm mit dem Anmeldeformular.

Kongress



Zentrale Zukunftsthemen der Palliativmedizin – insbesondere die Herausforderungen in einer älter werdenden Gesellschaft sowie die Veränderungen in der Kommunikation durch die neuen Medien bilden einen Schwerpunkt des Kongresses.

In sechs Themenkomplexen werden aus Sicht der unterschiedlichen Disziplinen und Professionen Entwicklungen der Palliativ- und Hospizversorgung vorgestellt und bearbeitet:

KLINIK & THERAPIE widmet sich der Diagnostik und Behandlung verschiedener Krankheitsbilder sowie der Betreuung schwerstkranker und sterbender Patienten in unterschiedlichen Versorgungssituationen.

KULTUR & MEDIEN greift kulturelle Aspekte von Palliative Care (z.B. Diversity-Gesichtspunkte: Gender, Ethnie, Lebensweise) und die Vermittlung des Themas in alten und neuen Medien auf.

MENSCH & GESELLSCHAFT beinhaltet Beiträge zu personalen und sozialen Dimensionen von Palliative Care, zu psychischen Aspek-

ten, Fragen von Bewältigung und Trauer sowie zur Kommunikation mit Angehörigen, sozialen Netzwerken und zur Integration von Patientengruppen.

POLITIK & SYSTEM nimmt die Gesundheits- und Sozialpolitik, die ökonomische/sozialrechtliche Absicherung der Palliativversorgung und die Versorgungsforschung in den Fokus.

QUALITÄT & BILDUNG thematisiert die Professionalisierung von Palliative Care, die Entwicklung von Standards, Leitlinien und Forschungsmethoden, die Qualitätssicherung sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung.

SPIRITUALITÄT & ETHIK setzt sich mit spirituellen, religiösen und ethischen Aspekten von Palliative Care auseinander und diskutiert Wertefragen und Werteentscheidungen in kritischen Krankheits-situationen und am Lebensende.

Fallkonferenzen, Praxiskurse, Workshops und „Meet the Expert“ ergänzen die Plenarsitzungen. Erstmals wendet sich ein Education Day speziell an Studierende.

Kongresspräsidenten:

Prof. Dr. med. Ch. Müller-Busch, Martina Kern, Prof. Dr. M. Ewers
Ausführliche Informationen zu Inhalten, Organisation, Anmeldung
<http://www.dgp2012.de/>

Impfen

Neue Broschüre zu Masern, Mumps und Röteln

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat neues Informationsmaterial zum Thema „Masern, Mumps und Röteln“-Impfung veröffentlicht. Auf der Homepage der BZgA können Faltblätter, Plakate, Pappaufsteller und Broschüren (zum Teil auch in anderen Sprachen) kostenfrei bestellt werden. Ärztinnen und Ärzte können diese für die Information ihrer Patienten verwenden.

www.impfen-info.de/ ; www.bzga.de/infomaterialien/impfungen-und-persoenerlicher-infektionsschutz/impfen/



ANZEIGE

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge Epilepsie-Zentrum Berlin Brandenburg

übernommen. Sein Vorgänger, Prof. Dr. Heinz-Joachim Meenke, ist aus Altersgründen aus diesen Funktionen ausgeschieden.

Zum Januar hat Professor Dr. Martin Holtkamp als Medizinischer Direktor die chefarztliche Leitung der Abteilung für Epileptologie und des Instituts für Diagnostik für Epilesien

Schlosspark-Klinik

Seit April ist Dr. med. Christoph Niederstedt neuer Chefarzt der Abteilung für Augenheilkunde. Er übernimmt die Abteilung von Prof. Dr. med. Carl Erb, der die Klinik verlassen hat, um sich anderen Aufgaben zu widmen. Dr. Niederstedt war seit 1997 Oberarzt der Augenheilkunde an der Schlosspark-Klinik sowie Leiter des Schwerpunktes Netzhautchirurgie und Vitrektomie.

Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Privatdozent Dr. Lars Hellmeyer ist seit April neuer Chefarzt der Klinik für Geburtsmedizin und Gynäkologie. Er tritt die Nachfolge von Professor Dr. Werner Mendling an, der in den Ruhestand verabschiedet wurde. Hellmeyer war zuvor als Leitender Oberarzt in der Geburtshilfe und Pränatalmedizin an der Asklepios-Klinik in Hamburg-Barmbek tätig.

DRK Kliniken Berlin, Mitte

Dr. med. Sybille Wunderlich, ehemals Oberärztin mit Weiterbildungsbefugnis im Fach Diabetologie im Helios Klinikum Emil von Behring, ist seit April Chefarztin der Klinik für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Diabetologie und Angiologie. Die Fachbereiche sind an der Klinik neu eingerichtet worden.

DRK Kliniken Berlin, Westend und Mitte

Professor Dr. med. Arnd Timmermann ist seit April neuer Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Schmerztherapie, Intensiv- und Notfallmedizin. Zuvor war er Chefarzt am Helios Klinikum Emil von Behring für die Abteilung Anästhesie und Schmerztherapie sowie als Oberarzt am Zentrum für Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin an der Georg-August-Universität Göttingen tätig. Prof. Timmermann löst Dr. Matthias Heimesaat ab, der bisher die kommissarische Leitung der Klinik inne hatte und künftig weiterhin als Oberarzt der Anästhesie an den DRK Kliniken Berlin tätig sein wird.

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

ANZEIGEN

Kurs

Sachkundelehrgang „Aufbereitung von Endoskopen“

Am 7. und 8. September veranstaltet die MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH einen Sachkundekurs „Aufbereitung von Medizinprodukten“ mit dem Schwerpunkt Endoskopie. Dieser Kurs geht intensiv auf die Anforderungen bei der Aufbereitung von Endoskopen ein und ist speziell für Mitarbeiter aus endoskopisch tätigen Praxen konzipiert. Im Rahmen dieses Kurses werden wir auch von Fr. Dr. Kampf und weiteren Mitarbeitern der Firma Pentax Europe unterstützt. Fr. Dr. Kampf ist Mitglied der Arbeitsgruppe „Endoskopaufbereitung“ beim Robert-Koch-Institut.

Weitere Informationen zum Kurs und das Anmeldeformular finden Sie unter www.mut-gesundheit.de/fo_aufbereitung.htm.

Leserbriefe

„Kampf der Mikroben-Mafia“,
BERLINER ÄRZTE 4/2012, Titelbild

So wichtig das Thema „Hygiene in Klinik und Praxis“ auch ist, so empfinde ich doch das Titelbild mit den „Betenden Händen“ von Albrecht Dürer mit einem Stück Seife dazwischen als ausgesprochen unpassend, wenn nicht gar geschmacklos. Es ist zugleich verletzend für die Menschen, denen das Gebet und auch die Zeichnung Albrecht Dürers viel bedeuten.

Schade, dass die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin sich solch' eines Motivs für das Titelbild bedient hat.

*Dr. Ingeborg Hahn
Berlin*

„Kampf der Mikroben-Mafia“
BERLINER ÄRZTE 4/2012, Seite 14

„7 Abbildungen zur Händedesinfektion in einer offiziellen Zeitschrift für Ärzte sind skurril, besonders wenn zwei Bilder identisch sind und nur eines vergrößert in Farbe, und einen gravierenden Fehler in hygienischer Hinsicht darstellen. Ich habe seinerzeit anhand großer Serien feststellen können, dass MRSA neben Nase und Rachen auch in fast allen Fällen die Haut kontaminiert hat. Die Abstriche wurden von der Rückseite des Handgelenkes genommen. Ergo ist die ganze Hand kontaminiert. Somit ist die Region des Kleinfingerballens hochinfektiös. Der nächste Nutzer mag frei von MRSA sein, hat aber aus ver-

meintlicher Zeitnot lediglich den Spenderknopf gedrückt und das Desinfektionsmittel in den Auffang abtropfen lassen... Diese Handhabung habe ich selbst in der Klinik als Patient beobachten können und mich deshalb nicht in allen Fällen beliebt gemacht. Auf diesen Umstand muss in der Klinik unbedingt geachtet werden, da die Effizienzkontrolle anhand des Desinfektionsmittelverbrauchs ad absurdum geführt wird! Ich ziehe den Spender zur Wandaufhängung und mit Bügel vor, da ja der Druck mit dem Ellenbogen, wie beim Waschbecken im OP, optimal ist. Achtung! Wer desinfiziert eigentlich den Spenderkopf oder den Bügel?

*Prof. Dr. med. Herbert G. Göpel
Berlin*

Kurs

Ernährungsmedizin in Potsdam

Vom 23.11. - 02.12.2012

100 Std. praxisnaher,
zeitsparender Kompaktkurs
Ernährungsmedizin
nach Curr. BÄK



Anerkennung der
Ärztekammer Brandenburg
100 Fortbildungspunkte

Informationen unter:
www.kneippaerztebund.de
Telefon (0 82 47) 90 110
akkreditierter Veranstalter der
Bayr. Landesärztekammer

ASS (15mg/d)

Krebsprävention

Niedrig dosiertes ASS (75 mg), täglich über 5 Jahre eingenommen, kann insbesondere vor dem Auftreten von Adenokarzinomen (in Darm, Lunge und Prostata), aber auch von anderen soliden Tumoren, schützen und die Entwicklung von Fernmetastasen vermindern. In der Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist der Einsatz von ASS unumstritten, auch in der Primärprävention sollte der Einsatz von ASS aufgrund der Ergebnisse dieser großen Metaanalysen zu soliden Tumoren neu diskutiert werden – jedoch immer unter Beachtung z.B. der gastrointestinalen Verträglichkeit.

Quellen: aerzteblatt.de/nachrichten/49581; Internist 2012; 53: 232-4

Pelargoniumextrakt

nicht hepatotoxisch?

Nach publizierten Hinweisen auf ein neu erkanntes mögliches Risiko (hier: Pelargoniumextrakt [Umckaloabo®] und medikamentös-toxische Hepatitis, AkdÄ Ende 2011) sind Gendarstellungen

en, initiiert vom betroffenen Hersteller und ausgeführt von Sachverständigen ohne Interessenskonflikte, die Regel. So auch in oben genannten Fall: eine neue Datenanalyse Ende März zeige, dass ein Kausalzusammenhang der aufgetretenen Leberschäden mit der Einnahme dieses Präparates mit einer Vielzahl von diskutierten Wirkungen nur in drei Fällen möglich, in acht Fällen unwahrscheinlich und in vier Fällen ausgeschlossen sei. Leider publizierte das BfArM im März eine neue Stellungnahme, nach der ein Kausalzusammenhang generell als möglich, in Einzelfällen als wahrscheinlich bewertet werden muss.

Die Bewertung des Kausalzusammenhanges einer unerwünschten Wirkung mit der Einnahme eines Arzneistoffes ist in den seltensten Fällen eindeutig nachweisbar. Selbst im Contergan-Prozess kam es zu einer außergerichtlichen Einigung. Es bleiben Verdachtsfälle, dazu noch oft unzureichend dokumentiert, die erst nach einer Häufung ein „Signal“ ergeben. Zum Schutz der Patienten sollte man diese Signale jedoch ernst nehmen.

Quellen: Bull. AM-Sicherheit März 2012, S. 6-7; Pharm. Ztg. 2012; 157: 1109 Systemische

Homöopathika

nicht ohne unerwünschte Wirkungen

Das BfArM hat ein Stufenplanverfahren zu Schimmel- oder Hefepilze enthaltende Homöopathika eingeleitet. Grund für diese Maßnahme waren Berichte über interstitielle Nephritiden, die nach der Einnahme einer penicillium-chrysogenum-haltigen Zubereitung in der Verdünnung D4 auftraten. Grundsätzlich kann in dieser Verdünnung noch eine Immunantwort ausgelöst werden, denn das Immunsystem reagiert auch auf homöopathische Stoffe, sofern noch einzelne Moleküle in der Zubereitung enthalten sind. Das BfArM erwartet, dass aus Sicherheitsgründen auf Potenzen bis D8 verzichtet wird.

Schon vor einiger Zeit antwortete ein Homöopath auf den Vorwurf, seine verordnete Quecksilberverdünnung sei geeignet,

toxische Grenzwerte zu überschreiten: „Quecksilber in homöopathischer Verdünnung wirkt anders“. In der Tat wirken Verdünnungen ab ca. D8 „anders“. Nicht jedoch in niedrigen „Potenzen“: hier gelten physikalische und biologische Gesetze. Ein Allergen bleibt ein Allergen und eine toxische Verbindung bleibt toxisch solange noch Moleküle nachweisbar sind.

Auch die Erstattungsfähigkeit homöopathischer Präparate zu Lasten der GKV scheint derzeit hinterfragt zu werden: nach dem Aus für Mistelpräparate zur kurativen Therapie hat das Bundessozialgericht auch einer pharmakologisch fragwürdigen fixen Kombination eines Hustenblockers mit einem Expectorans die Erstattungsfähigkeit abgesprochen, trotz Hinweis des Herstellers auf die gesetzlich besondere Therapierichtung „Homöopathie“.

Quellen: Dtsch. Apo. Ztg. 2012; 152: 1304; www.bfarm.de; www.aerzteblatt.de/nachrichten/49491

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

ANZEIGEN

Rohes Schweinehackfleisch wichtigster Risikofaktor für Yersiniosen bei Kleinkindern

Die Yersiniose wird häufig durch eine Infektion mit dem Bakterium *Yersinia enterocolitica* verursacht. Typische Symptome sind Durchfall, Bauchschmerzen, Tenesmen, Fieber und Erbrechen. Bei älteren Kindern können die Symptome denen einer Appendizitis ähneln (Pseudoappendizitis). Die Symptome klingen meist nach ein bis zwei Wochen ab. In seltenen Fällen können Folgeerkrankungen, wie reaktive Arthritis oder Erythema nodosum, auftreten. Der laboridiagnostische Nachweis

von *Y. enterocolitica* ist meldepflichtig. Im Jahr 2011 wurden 3.397 Yersiniosen an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt (4,2 Erkrankungen/100.000 Einwohner). Besonders betroffen sind Kleinkinder, die Inzidenz ist bei Einjährigen am höchsten (2011: 45,5 Erkr./100.000 Einw.).

Die Übertragung auf den Menschen erfolgt hauptsächlich über Lebensmittel. Um Risikofaktoren für den Erwerb von Yersiniosen zu untersuchen, führte das RKI von April 2009 bis Juni 2010 eine Fall-Kontroll-Studie durch. Dafür wurden in Bayern, Brandenburg, Hessen, Sachsen-Anhalt und Thüringen an Yersiniose erkrankte Personen (Fälle) hinsichtlich ihrer Exposition zu möglichen Risikofaktoren (z.B. Verzehr bestimmter Fleischprodukte, Kontakt zu Durchfallpatienten) befragt. Diese Angaben wurden verglichen mit denen von zufällig ausgewählten Personen (Kontrollen), die in Bezug auf Altersstruktur und Wohnort (Bundesland) den Fällen entsprachen. Die Befragung erfolgte mit einem Fragebogen zum Selbstauffüllen. Daten von 571 Fallpersonen und 1.798 Kontrollpersonen wurden anhand multivariabler Regressionsanalysen ausgewertet.

Der wichtigste Risikofaktor für den Erwerb einer Yersiniose war der Verzehr von rohem Schweinehackfleisch, z.B. als Mett oder Hackepeter. Er erhöhte das Risiko, an einer *Y. enterocolitica*-Infektion zu erkranken ca. um das Fünffache (adjustiertes Odds Ratio (aOR): 4,7; 95% Konfidenzintervall: 3,5-6,3). Der Zusammenhang zwischen dem Verzehr von rohem Schweinehackfleisch und einer Erkrankung



war in der Altersgruppe der <2-Jährigen am stärksten (aOR: 17,5; 95% Konfidenzintervall: 6,0-51,2). Insgesamt hatten 34% aller Fallpersonen und 12% aller Kontrollpersonen in den 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn bzw. Ausfüllen des Fragebogens rohes Schweinehackfleisch verzehrt. Überraschend hoch war der Anteil von Kindern <2 Jahren, die rohes Schweinehackfleisch gegessen hatten (28% der Fälle, 4% der Kontrollen).

Für die Prävention von Yersiniosen in der Bevölkerung spielt die Aufklärung von Verbrauchern eine wichtige Rolle. Vor allem Eltern von Kleinkindern sollten gezielt über die Risiken, die mit dem Verzehr von rohem Schweinehackfleisch einhergehen, informiert werden.

Literaturhinweise:

RKI: Yersiniose-Risikofaktoren in Deutschland. *Epid Bull* 6: 2012
 Rosner BM, Stark K, Höhle M, Werber D. Risk factors for sporadic *Yersinia enterocolitica* infections, Germany 2009-2010. *Epidemiol Infect.* Published online 12.12.2011

Weitere Informationen:

www.rki.de >
 Infektionskrankheiten A-Z >
 Yersiniose



Erster unabhängiger Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft



TERMIN:
Samstag,
01. Dezember 2012
ORT: Ärztekammer Berlin

„Sauberes Wissen“ in der Medizin ist eine der wichtigsten Grundlagen für unser ärztliches Handeln. Wir Ärzte sind darauf angewiesen, dass uns wissenschaftlich fundierte und nicht durch kommerzielle Interessen beeinflusste Erkenntnisse zur Verfügung stehen. Anhand der drei Schwerpunktthemen:

PERSONALISIERTE MEDIZIN, NEUE ANTIKOAGULANZIEN SOWIE ANTIARRHYTHMIKA

wird sich der erste unabhängige Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft damit auseinandersetzen, wie gesichertes medizinisches Wissen vermittelt und Studienergebnisse kritisch und unabhängig dargestellt werden können.

Wir freuen uns auf Ihre unverbindliche Voranmeldung unter fortbildungskongress@aekb.de, die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

KONGRESSLEITUNG:
Dr. med. Günther Jonitz, Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig,
Dr. med. Matthias Brockstedt, Stephan Bernhardt

KONGRESSORGANISATION:
Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung /
Qualitätssicherung

7. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit

Das verflixte siebte Jahr? oder Patientensicherheit ist keine Privatsache

Vor sieben Jahren ist das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), u. a. mit aktiver Beteiligung der Ärztekammer Berlin, gegründet worden. Das APS ist ein Verein, dessen Tätigkeit im Wesentlichen auf zwei Säulen ruht: Auf der ehrenamtlichen Tätigkeit von Vereinsmitgliedern und Interessierten in Arbeitsgruppen, die konkrete Empfehlungen für die Praxis entwickeln, wie zum Beispiel zur Systematisierung von Zählkontrollen vor, während und nach Operationen unter dem Motto „Jeder Tupfer zählt“. Außerdem basiert die Arbeit des APS auf dem aktiven fachübergreifenden und interdisziplinären Zusammenwirken und Engagement vieler Menschen und Organisationen aus ganz unterschiedlichen Gesundheitsberufen, Fachdisziplinen und Versorgungsbereichen, die für mehr Patientensicherheit Zeit und/ oder Geld investieren. Mit dieser breiten Basis steht das APS im Vergleich zu Patientensicherheitsorganisationen in vielen anderen Ländern sehr gut da. Und in Deutschland ist das APS mittlerweile die Institution, die in Belangen einer sicheren Versorgung gefragt wird.

„Jeder Mensch ist anders“, Patienten können wir jedoch alle sein und daher ist Patientensicherheit keine Privatsache. Damit leitete Annette Widmann-Mauz (CDU), die parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesgesundheitsministerium, ihre Grußworte zur Eröffnung ein. Das Thema Patientensicherheit steht auch im Gesundheitsministerium weit oben auf der Agenda. So fördert es zum Beispiel einzelne Forschungspro-

jekte am Institut für Patientensicherheit in Bonn, der Forschungsstelle des APS. Widmann-Mauz ging wie die ihr folgende Rednerin, die Hamburger Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, Cornelia Prüfers-Storck (SPD), vor allem auf das Thema Patientenrechtegesetz ein. Hamburg ist das erste Bundesland, das Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit geworden ist, und erweitert somit die Basis des APS auch im gesundheitspolitischen Bereich.

Neue Formen der Kooperation

Teilnehmer aus allen Bereichen des Gesundheitswesens nahmen an der Tagung teil, die unter dem Motto „Patientensicherheit in Aktion“ am 26. und 27. April 2012 in Berlin stattfand. In Vorträgen, Workshops und auf „Aktionsinseln“ stellten 60 Aktive unterschiedliche Themen, Projekte und Initiativen vor und gaben Gelegenheit zu Austausch und Diskussion. Zu Beginn erinnerte der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, an die Anfänge der Patientensicherheitsbewegung in Deutschland, an der auch die ÄKB zusammen mit der AOK beteiligt war: Mit der Ausschreibung des Berliner Gesundheitspreises zum Thema „Fehlervermeidung in Medizin und Pflege“ bekam der neue offene Umgang mit medizinischen Fehlern erstmals 2002 eine größere Aufmerksamkeit.

Damals wurden zwei Fehlerberichts-systeme (oder CIRS-Systeme) prämiert und der Startschuss gegeben für die Entwicklung zahlreicher dieser Instrumente, die in kaum einem anderen Land eine solche Verbreitung gefunden haben wie in Deutschland. Die breite Aufstellung des Aktionsbündnisses über Grenzen hinweg wurde während der Tagung

VORANMELDUNG

an verschiedenen Stellen deutlich: In einem Trigespräch zum Auftakt der Tagung reflektierten Hedwig Francois-Kettner, Pflegedirektorin der Charité und APS-Vorsitzende, und ihre beiden Kollegen vom geschäftsführenden Vorstand des APS (Hardy Müller vom Wissenschaftlichen Institut der Techniker Krankenkasse und Prof. Hartmut Siebert, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie) ihre unterschiedlichen Perspektiven auf Patientensicherheit: Die Sichtweise der Pflegenden wie der Ärzte, die von hohem Engagement gekennzeichnet ist, aber auch vom Ohnmachtsgefühl, notwendige Verbesserungen nicht erreichen zu können. Die auch den Patienten aus dem Blick verliere, weil das Bestehen in der Organisation und im Wettbewerb in den Vordergrund dränge. Daneben die Ängste von Patienten, die sich um ihre Sicherheit sorgen. Und die ernst genommen werden möchten als Partner in ihrer eigenen Versorgung.

Unter dem Motto „Meet the experts“ wurden wichtige Themen der Aktivitäten für Patientensicherheit mit Experten intensiv diskutiert, u. a. „Team Time Out“, Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung, Risikomanagement im Krankenhaus, Arzneimitteltherapiesicherheit. Ärztliche, pflegerische, pharmazeutische und andere Akteure aus der Praxis stellten sich und ihre Projekte auf so genannten Aktionsinseln vor, die viel Zeit zum direkten Gespräch und Austausch boten.

Was ist schon erreicht?

Professor Petra Gastmeier präsentierte die internationale Aktion „Saubere Hände“, in der die (fünf) wirklichen Indikationen für eine Händedesinfektion und Vorgaben zur Ausstattung mit Desinfektionsmittelspendern wesentliche Elemente sind, um nosokomiale Infektionen zu vermeiden (Lesen Sie dazu auch BERLINER ÄRZTE Heft 04 / 2012, Titelthema „Hygiene“). Als Surrogatparameter für die Umsetzung der Kampagne wird der Verbrauch alkoholischer Händedesinfektionsmittel gemessen. Erste deutsche Ergebnisse zeigen, dass dieser in den beteiligten Krankenhäusern auf Normal- und Intensivstationen erheblich gesteigert werden konnte. Als entscheidend für die Erfolge wurden die Unterstützung der Krankenhausleitung und die Vorbildrolle des Chefarztes und der leitenden Ärzte identifiziert. Mittlerweile sind 700 deutsche Kliniken (36 % der Gesamtzahl) an dieser Kampagne beteiligt; seit der zweiten Phase ab 2011 nehmen neben über 100 Alten- und Pflegeheimen auch 58 ambulante Einrichtungen teil.

Checklisten

Die Sicherheits-Checkliste in der Chirurgie der WHO hat den Anfang gemacht. Im internationalen „High 5“ Projekt, an dem 17 deutsche Krankenhäuser teil-

nehmen, wird nun eine einheitliche Checkliste zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen getestet.

Die Checkliste gibt Schritte vor, wie prä- und intraoperativ von wem, wann und wo die Identität des Patienten und der Begleitenden, für die Operation notwendigen Unterlagen (zum Beispiel Röntgenaufnahmen, Einwilligungserklärung) geprüft werden sollen. Die Erfahrung zeigt, dass die Checklisten in den Kliniken einen einheitlichen Kern von abzuarbeitenden Kontrollen haben, aber in allen Kliniken angepasst und zum Teil auch um spezifische Eingriffsaspekte in den einzelnen operativen Bereichen erweitert wurde.

Dabei wurde auch kritisch angemerkt, dass Checklisten Instrumente sind, die einen Prozess abbilden und durch im Team durchgeführte Kontrollschritte sicherer machen sollen. Damit sind Checklisten vor allem Instrumente der Führung und der Kooperation der verschiedenen Disziplinen und Berufsgruppen, die zur Versorgung des Patienten beitragen. Es geht also nicht darum, eine perfekte Checkliste auf dem Papier zu haben, die alles abdeckt, was schief gehen kann, sondern die auf die wesentlichen Risiken reduziert sein soll und zu tatsächlich veränderten Prozessen führt.

Patienten in die Aktivitäten einbeziehen

Gemeinsam mit Solveig Kristensen nahmen die Teilnehmer einen Blick über die Grenze nach Dänemark. Die Vertreterin der Dänischen Gesellschaft für Patientensicherheit stellte dar, wie im nördlichen Nachbarland die Einbeziehung der Patienten in die Belange der Patientensicherheit angegangen wird. Die dänische Schwesterngesellschaft des APS ist mit einem Budget von fast fünf Millionen Euro jährlich vergleichsweise üppig ausgestattet, das APS verfügt über etwas mehr als ein Zehntel davon. Somit schloss die Tagung mit einem Ausblick auf zwei zukünftig notwendige Initiativen in Deutschland – ein Bewusstsein zu schaffen, Patienten als kompetente Partner für eine sichere Versorgung zu verstehen, und für die unabhängigen Initiativen der Patientensicherheit wie dem APS eine verlässliche finanzielle Basis zu erreichen.

Die Beiträge der Tagung finden Sie im Internet unter <http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/?q=aps-jahrestagung-2012> zum Herunterladen.

Dr. med. Barbara Hoffmann
Abteilung Fortbildung /
Qualitätssicherung
Beisitzerin im Vorstand des APS



Foto: Dr. B. Hoffmann

Betriebliches Gesundheitsmanagement:

Damit Ärztegesundheit nicht zum Luxusgut wird

Sie sorgen sich um die Gesundheit anderer und vernachlässigen ihre eigene: Ausgerechnet Ärztinnen und Ärzte achten nur unzureichend auf ihre Gesundheit und ignorieren eigene Belastungsgrenzen.

Einigen Krankenhäusern kommt dieses Selbstverständnis der Mediziner sehr gelegen. Angesichts der wichtigen Aufgabe, Menschen zu heilen, erwarten sie von den Beschäftigten Selbstlosigkeit und Aufopferung.

Viele Ärzte sind erschöpft, unzufrieden und letztlich krank. Von ganzheitlichen Hilfssystemen im Sinne eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) sind viele deutsche Kliniken aber noch weit entfernt.

Von Eugenie Wulfert



Das Gesundheitswesen und damit die ärztlichen Arbeitsbedingungen sind in den vergangenen Jahren einem drastischen Wandel unterworfen. Auch aufgrund dieser Veränderungen treten in der heutigen Arbeitswelt psychische Belastungen zunehmend in den Vordergrund. Sie entstehen durch wachsende Arbeitsverdichtung, unplanbare Arbeitszeiten, hohen Termindruck, mangelhafte Kommunikation. Fehlende Unterstützung und Anerkennung durch Vorgesetzte und Kollegen können die Belastung noch verstärken. Immer mehr Ärzte sind enttäuscht, unzufrieden, ausgebrannt und krank. (Lesen Sie dazu auch „Immer am Limit – Burnout bei Ärzten“ in Heft 11/2011.)



Allerdings fällt es vielen Ärzten offenbar äußerst schwer einzugestehen, dass sie krank sind. „Ärztinnen und Ärzte haben eine sehr hohe Bereitschaft, sich zu verausgaben. Sie denken an ihre Patienten und vergessen dabei, auf die eigene Gesundheit zu achten“, weiß Dr. Ulrike Pohling, Arbeitsmedizinerin am Arbeitsmedizinischen Zentrum der Charité. In Beratungsgesprächen stelle sie immer wieder fest, dass Ärzte sich nur ungern sagen lassen, dass sie krank

sind. Es gebe eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Selbstverständnis als heilender Helfer und der Notwendigkeit, selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen. „Dieses Selbstverständnis kommt der Tendenz vieler Krankenhäuser entgegen, ihren Betriebszweck zu absolutieren, und daraus dann die Berechtigung abzuleiten, von den Beschäftigten mehr zu verlangen als in anderen – angeblich weniger wichtigen – Betrieben üblich“, meint Rainer Gensch, Arbeitsmediziner und stellvertretender Direktor des Landesamtes für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LAGeSi) in Berlin. Was ist schon die Produktion eines Autos im Vergleich zur Rettung eines Menschenlebens?

Nach Ansicht von Gensch hat diese Auffassung gravierende Folgen für den Arbeitsschutz. In einigen Kliniken hätten sich Organisationsstrukturen herausgebildet, die von ihren Beschäftigten, welche ohnehin dazu neigen, sich auszu-beuten, Selbstlosigkeit und Aufopferung verlangen. „Ein Chefarzt sagte einmal zu mir, dass er sich mit dem Gesundheitsschutz der Beschäftigten erst dann befassen wird, wenn der letzte Patient versorgt ist“, berichtet er. Das wird wohl nicht so schnell passieren.

Die Argumente, mit denen die Sonderrolle der Kliniken bisher begründet wurden, kommen laut Gensch aber mit der zunehmenden Eingliederung der Krankenhäuser in das System der Wirtschaft abhanden. Denn auch medizinische Einrichtungen müssen sich verstärkt wirtschaftlichen Zwängen unterwerfen, also unter dem Primat der Ökonomie arbeiten.

Als ein entscheidender Wandel der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus gilt die Änderung der Finanzierung. Durch die Umstellung auf das Fallpau-

schalen-Modell (DRGs) veränderte sich auch die Arbeitsstruktur in den Kliniken. „Auf jedem Arzt lastet ständig der Druck, Patienten wirtschaftlich versorgen zu müssen“, berichtet Dr. Kilian Tegethoff, Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin und Personalrat an der Charité. Die zweite Folge der zunehmenden Ökonomisierung: Immer mehr Patienten müssen von immer weniger Ärzten behandelt werden. Dadurch entstehen enorm lange Arbeitszeiten und eine unerträgliche Arbeitsverdichtung.

„Gesundheit, Zufriedenheit mit der Arbeitssituation und das Gefühl, wesentliche Prozesse beeinflussen zu können, sind aber wichtige Voraussetzungen für eine gute Leistungsfähigkeit bei Ärzten“, ist Tegethoff überzeugt.

Zwar ist vielen Klinikleitungen mittlerweile bewusst, dass sie Arbeitsbedingungen schaffen müssen, die nicht nur ein paar Jahre, sondern ein Leben lang auszuhalten sind. Die Umsetzung von Maßnahmen ist in deutschen Kliniken laut einer Studie des deutschen Krankenhausinstituts (DKI) unbefriedigend. Die Autoren der Studie haben ein „Verbreitungs- und Umsetzungsdefizit vor allem für ausgewählte verhaltenspräventive wie verhältnispräventive Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ festgestellt. So haben nur 38 % der befragten Häuser die Förderung der Mitarbeitergesundheit in ihren Leitbildern verankert. Nur 20 % der Häuser haben eindeutig messbare Ziele formuliert. Von ganzheitlichen Hilffsystemen im Sinne eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) ist man in vielen deutschen Kliniken also noch weit entfernt.

Arbeitsschutzgesetz regelt mehr als vielfach vermutet

Noch immer besteht vielfach der Irrglaube, dass das Arbeitsschutzgesetz nur die technische Sicherheit im Blick hat, dass es also nur darum geht, dass genügend Schutzbrillen vorhanden sind und technische Geräte allen Anforderungen genügen. Das betriebliche Gesundheitsmanagement dient dann vermeintlich dazu, das psychosoziale Wohlbefinden der Mitarbeiter zu verbessern.

Dabei sind psychosoziale Belastungen im Arbeitsschutzgesetz aus dem Jahr 1996 bereits berücksichtigt. Demnach sind Arbeitgeber verpflichtet, alle Gefahren, die auf die Mitarbeiter negativ einwirken können, festzustellen, zu analysieren und Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Die menschengerechte Gestaltung der Arbeit, das heißt eine Arbeit, die ausführbar, zumutbar und zufriedenheitsstiftend sein soll, ist neben der Unfallverhütung ein gleichberechtigtes Ziel des Arbeitsschutzgesetzes, betonen die beiden Arbeitsmediziner Pohling und Gensch.

„Viele Arbeitgeber verstehen aber nicht, wie weit die Bestimmungen des Arbeitsschutzgesetzes greifen, oder wollen es nicht verstehen“, kritisiert Pohling. Andere wiederum seien mit der Tatsache überfordert, dass gerade die

psychischen Belastungen individuelle Beanspruchungen hervorrufen, so dass deren Beurteilung bei einer höheren Zahl an Mitarbeitern schnell als nicht machbar abgetan wird. „Viele Arbeitgeber befürchten auch, dass die Beurteilung psychosozialer Gefahren ergibt, dass man eigentlich mehr Personal bräuchte, um die anfallende Arbeit zu bewältigen“, sagt die Arbeitsmedizinerin. Deshalb würden diese Aspekte des Arbeitsschutzes gern ausgeblendet.

Was ist eigentlich BGM?

Dennoch gelangen Klinikleitungen sowie andere Arbeitgeber zunehmend zu der Erkenntnis, dass ein Unternehmen nur mit gesunden und motivierten Mitarbeitern erfolgreich sein kann. Einige versuchen das, was bereits im Arbeitsschutzgesetz gefordert wird, unter dem Namen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erreichen.

Was soll aber ein ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement bewirken? Hauptziele des BGM sind nach Badura et al. Senkung der Kosten durch Reduzierung der Fehlzeiten, Erhöhung der Mitarbeitermotivation und ihrer Bindung an das Unternehmen, Förderung der Kreativität und Flexibilität der Mitarbeiter, Bekämpfung der Ursachen chronischer Erkrankungen und die Erleichterung der Wiedereingliederung nach längerer Krankheit.

Mit Bewegung und gesundem Essen ist es noch nicht getan

Viele Gesundheitsförderungsprogramme folgen aber lediglich dem Ansatz der Verhaltensprävention, das persönliche gesundheitsrelevante Verhalten steht also im Vordergrund, kritisiert Ulrike Pohling. „Die Wirkung einzelner Projekte zur Förderung von Bewegung und gesundem Essen verpuffen nur allzu oft, weil die Organisation keine gesundheitsförderlichen Strukturen aufweist“, sagt sie. Deshalb sei es wichtig, neben verhaltensrelevanten Aspekten auch sogenannte verhältnisrelevante Aspekte zu beachten. Denn auch die Verhältnisse am Arbeitsplatz und besonders das Führungsverhalten der Vorgesetzten bestimmen, wie gut es den Beschäftigten geht. Mangel an Anerkennung und Partizipation, gar Rücksichtslosigkeit, Ungerechtigkeit und unkollegiales Verhalten erhöhen die Fehlzeiten und frustrieren Mitarbeiter.

„Eine Unternehmenskultur, die sich durch respektvolle Führung, Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Freiräume für selbstbestimmtes Handeln und Verantwortung auszeichnet, fördert das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter“, gibt Pohling zu bedenken. Sie wirkt außerdem positiv auf die Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen. Diese Merkmale einer „gesunden“ Organisation lassen sich im Krankenhaus mit seinen hochkomplexen Arbeitsabläufen, stark ausgeprägten hierarchischen Strukturen und oftmals mangelhaften Führungsverhalten von Ärzten aber eher selten finden.

Vivantes will BGM ausbauen

Mit seiner Strategie zum betrieblichen Gesundheitsmanagement will der kommunale Klinikkonzern Vivantes, einer der größten Arbeitgeber im Gesundheitswesen in Berlin, nach eigenen Angaben sowohl die Arbeitsorganisation und die Arbeitsbedingungen verbessern als auch persönliche Kompetenzen der Mitarbeiter stärken. „Wir haben eine klare

Grundlagen der Betriebliches Gesundheitsförderung

- Der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz mit mehr als 100-jähriger Tradition
- Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986)
- Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (1997, in der Fassung von Januar 2007)
- SGB V, § 20 „Prävention und Selbsthilfe“ nebst „Leitfaden Prävention“ der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 02.06.2008
- SGB IX, § 3 „Vorrang von Prävention“, § 12 „Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger“, § 13 „Gemeinsame Empfehlungen“ und § 84 „Prävention“

Quelle: Leitfaden „Betriebliches Gesundheitsmanagement“, Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Durch die Erweiterung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) soll die systematische Integration der Betrieblichen Gesundheitsförderung in die Arbeitsprozesse sichergestellt werden.

Betriebliches Gesundheitsmanagement umfasst dabei die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen sowie integrierter, betrieblicher Strukturen und Prozesse, welche die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel hat. Durch eine gesunde Organisation soll kurz- und langfristig der Unternehmenserfolg unterstützt werden, indem gute Arbeitsbedingungen geschaffen, die persönlichen Ressourcen gestärkt und ein hohes Leistungspotenzial der Mitarbeiter in allen Altersgruppen angestrebt wird.

Betriebliches Gesundheitsmanagement wird dabei verstanden als ein ganzheitlicher und nachhaltiger Prozess, welcher eingebunden ist in ein Gesamtkonzept, das sowohl die Arbeitsverhältnisse als auch das Gesundheitsverhalten mit einbezieht. Das BGM vereint den klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz für die Verhütung von arbeitsbedingte Erkrankungen, die betriebliche Gesundheitsförderung zur Stärkung der Gesundheit sowohl von gesunden Beschäftigten als auch von Beschäftigten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, das betriebliche Eingliederungsmanagement und die betrieblichen Managementstrategien der Human Resources (Personalstrategie, Personalentwicklung, Organisationsentwicklung).

Quelle: Leitfaden „Betriebliches Gesundheitsmanagement“, Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.

Merkmale und Symptome einer „ungesunden“ und einer „gesunden“ Organisation

	„GESUNDES“ UNTERNEHMEN	„UNGESUNDES“ UNTERNEHMEN
PERSON	Psychosoziales Wohlbefinden (wenig Angst/Hilflosigkeit)	Verbreitete Hilflosigkeits-/ Angstgefühle
	Hohes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	Niedriges Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
	Hohe Arbeitszufriedenheit	Geringe Arbeitszufriedenheit
	Hohe Motivation	Geringe Motivation
	Hohe Bindung an Unternehmen	Innere Kündigung
	Soziale Kompetenz stark ausgeprägt und verbreitet	Soziale Kompetenz wenig ausgeprägt und verbreitet
	Management-Kompetenz stark ausgeprägt und verbreitet	Management-Kompetenz wenig ausgeprägt und verbreitet
	Gute körperliche Gesundheit	Schlechte körperliche Gesundheit
ORGANISATION	Partizipativer Führungsstil	Autoritärer Führungsstil
	Flache Hierarchie	Steile Hierarchie
	Vertrauenskultur	Misstrauenskultur
	Transparenz von Entscheidungen	Intransparenz von Entscheidungen
	Prozessorientierte Arbeitsorganisation	Geringe Handlungs- und Mitwirkungsspielräume
	Teamarbeit	Hohe Arbeitsteilung, Spezialisierung
	Weiterbildungsmöglichkeiten	Hochfragmentierte Arbeitsabläufe
VERHALTEN	Institutionalisierte Gesundheitsförderung	Keine/unzureichende Weiterbildungsmöglichkeiten
	Hohe Anwesenheitsquote	Absentismus hoch
	Niedrige Fluktuation	Hohe Fluktuation
	Hohe Flexibilität und Innovationsbereitschaft	Geringe Flexibilität, Innovationsbereitschaft
	Gegenseitige Unterstützung	Individuelles Konkurrenzstreben
	Geringer Genussmittelkonsum	Hoher Genussmittelkonsum (Rauchen etc.)
Gesundheitsförderlicher Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.)	Riskanter Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.)	

Quelle: Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis, B. Badura, W. Ritter, M. Scherf – Berlin: Ed. Sigma, 1999

Luxemburger Deklaration der Europäischen Union

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheits- und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung, Stärkung persönlicher Kompetenzen (Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung des Europäischen Netzwerkes für BGF (ENWHP) von 1997).

Quelle: Leitfaden „Betriebliches Gesundheitsmanagement“,
Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.



Fotos: E. Wulfert

Thorsten Rosenbäck

Positionierung der Geschäftsführung, die durch den Beitritt zur Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung bestärkt wurde. Vor etwa drei Jahren haben wir angefangen, ein strukturiertes betriebliches Gesundheitsmanagement aufzubauen“, sagt Thorsten Rosenbäck, Koordinator im Betrieblichen Gesundheitsmanagement der Vivantes Netzwerk GmbH.

Aus seiner Sicht tut der Konzern sehr viel, um die Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter zu fördern. Das betriebliche Gesundheitsmanagement bei Vivantes besteht nach Angaben von Rosenbäck aus mehreren Bausteinen. Neben dem gesetzlichen Gesundheits- und Arbeitsschutz gehören offene Angebote

wie Bewegungs- und Entspannungskurse, Stressbewältigungs- und Achtsamkeitsseminare sowie Seminare zum Thema Burnout dazu.

Ein weiterer Baustein sind Projekte mit Teilaspekten des BGM. Dahinter verstecken sich u.a. Maßnahmen für die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Seit 2006 bietet Vivantes beispielsweise seinen Mitarbeitern den kostenlosen mobilen Betreuungsservice „Kids mobil“. Ob das Kind krank wird, die Regelbetreuung ausfällt oder ein Mitarbeiter für einen kranken Kollegen einspringen muss, kommen die qualifizierten Betreuer in die elterliche Wohnung.

Einen Schwerpunkt bildet das Führungskräfte-Entwicklungsprogramm u.a. für Chef-, Oberärzte und Stationsleitungen. „Wir wissen, dass unsere Führungskräfte zentrale Spieler sind, um das BGM umzusetzen. Zwar stellen wir einen Wandel in den Führungsetagen fest. Für manche

Ottawa-Charta 1986

Die Grundidee der Ottawa-Charta liegt zum einen in der Befähigung der Bevölkerung zu einem eigenverantwortlichen und selbst bestimmten Umgang mit der Gesundheit und zum anderen zielt sie auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt und Gesundheitsdienste ab.

Wörtlich heißt es:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden. Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

Quelle: Leitfaden „Betriebliches Gesundheitsmanagement“,
Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.



Ulrike Pohling

Führungskräfte der alten Generation ist es aber noch völlig selbstverständlich, dass ein Assistenzarzt klaglos tägliche Überstunden akzeptieren muss“, sagt Rosenbäck. Die junge Ärzteschaft erwartet aber zunehmend einen Wandel der Dienstzeiten, einerseits aus wachsendem Bedürfnis nach ausgeglichener Work-Life-Balance, andererseits aufgrund der steigenden Anzahl von Ärztinnen. Um ein ausreichendes Bewusstsein für diese Thematik für möglichst alle Mitarbeiter zu erreichen und über die vielfältigen Angebote des Unternehmens zu informieren, plant die Vivantes GmbH eine interne Informationskampagne unter dem Motto „Gesundheit für Mitarbeiter“.

Spardruck macht Mitarbeiter-Gesundheit schwer

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin unterlag in den vergangenen Jahren aufgrund der von der Politik verordneten Sparmaßnahmen einem beispiellosen Umbauprozess mit mehreren Fusionen verschiedener Häuser, Teilprivatisierungen und einem erheblichen Personalabbau bei gleichzeitig steigenden Leistungen. Außerdem musste die Charité viel Geld in die Infrastrukturen investieren.

Im Jahr 2006 wurden aus den Kliniken und Instituten 17 medizinische Zentren mit jeweils eigenständigen kaufmännischen, ärztlichen und pflegerischen Zentrumsleitungen gegründet.

„Dadurch mussten die Verantwortlichkeiten im Arbeits- und Gesundheitsschutz überarbeitet werden“, berichtet Ulrike Pohling. Durch diese Prozesse seien alle Charité-Beschäftigten stark belastet worden, wie die Befragung zu Stress am Arbeitsplatz aus dem Jahr 2008 und Ärzte-Initiative-Befragung zu Burnout aus dem Jahr 2010 belegen. Dennoch ging Betriebliche Gesundheitsförderung laut Pohling trotz Sparmaßnahmen nicht komplett unter. Im Jahr 2006 sei mit Unterstützung der Unfallkasse Berlin und der Techniker Krankenkasse ein Projekt der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) initiiert worden, das mit einer Mitarbeiterbefragung startete. Danach wurden drei Pilotprojekte in Bereichen mit starkem Veränderungsbedarf ausgewählt:

1. Pflege – gesundheitsförderliche Personalführungsstrategien,
2. Im Zentrum 7 Anästhesiologie – campus- und berufsgruppenübergreifender Gesundheitszirkel mit dem Thema Verbesserung der Arbeitsorganisation und Kommunikation, Gestaltung der Arbeitsplätze und Pausenräume, Pausenkultur;
3. Zahnklinik – Einsatz des Impulstestes zur Messung der psychischen Belastung und Beanspruchung und Bildung von 2 Mitarbeiterzirkeln.

„Die Projekte zeigten, dass die Teilnehmer hoch motiviert waren, eine Vielzahl von praktikablen Umsetzungsideen erarbeiteten und sich mehr Signale der Charité-Leitung zur Unterstützung solcher Aktivitäten wünschten“, berichtet die Arbeitsmedizinerin.

Im Jahr 2010 veröffentlichte die Klinikleitung Leitlinien zum BGM, in denen der Gesundheitsschutz als ein besonderes Anliegen des Vorstands und vorrangiges Unternehmensziel der Charité dargestellt wird. Seitdem berät eine Arbeitsgruppe BGM unter Beteiligung



Dr. Kilian Tegethoff

des Vorstands, der Personalräte, des Arbeitsmedizinischen Zentrums und der Stabsstelle Arbeitssicherheit über die weiteren Schritte.

Für das Jahr 2012 soll nach Angaben der Charité ein Konzept zu Führungskräfte-schulungen erarbeitet werden, ein Prozedere zur Beurteilung der psychischen Belastungen und Beanspruchungen festgelegt sowie ein Projekt zum demographischen Wandel in der Belegschaft starten.

„Die Krankenhausleitungen müssen ebenfalls immer öfter strikte ökonomischen Ziele erreichen“, gibt der Personalrat Tegethoff zu bedenken. So müsste beispielweise die Charité aufgrund einer politischen Vorgabe das vergangene Geschäftsjahr plus minus Null abschließen. „Es ist unheimlich schwer, der Klinikleitung unter solchem Umständen klar zu machen, dass der Gesundheitsschutz auch einen ökonomischen Vorteil bietet. Denn dieser Vorteil macht sich nicht sofort bemerkbar, sondern erst zwei bis vier Jahre später“, weiß er.

BGM macht sich bezahlt

Der ökonomische Nutzen von BGF-Maßnahmen wurde bereits in vielen Studien belegt. Wissenschaftler haben für BGF-



Rainer Gensch

Maßnahmen einen durchschnittlichen Return on Investment (ROI) von 1 : 2,4 ermittelt. Gesunde, motivierte Mitarbeiter, eine hohe Effizienz und geringe Ausfallzeiten führen zu diesem Erfolg. Laut der Studie „Vorteil Vorsorge – die Rolle der betrieblichen Gesundheitsvorsorge für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Deutschland“, die die Unternehmensberatung Booz & Company für die Felix Burda Stiftung im Jahr 2009 durchgeführt hat, verliert die deutsche Wirtschaft durch Krankheit jährlich 225 Milliarden Euro. Das entspricht neun Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Nach der Analyse von Booz & Company zahlt sich jeder Euro, der in betriebliche Prävention investiert wird, für die deutsche Volkswirtschaft mit mindestens fünf und bis zu 16 Euro aus. Diese Einsparungen entstehen aufgrund der Reduzierung der Krankheitstage und der damit verbundenen Behandlungskosten. Indirekte Kosten wie Know-how-Verlust oder verminderte Produktivität sind dabei noch gar nicht eingerechnet.

Die Studie zeigt außerdem, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten nur ein Drittel dieses Wertschöpfungsausfalls ausmachen. Zwei Drittel werden durch „Präsentismus“ verursacht – also Arbeit trotz Krankheit. „Wer aber krank am Arbeitsplatz erscheint, leistet weniger, macht

mehr Fehler bis hin zu Unfällen, kann Kollegen anstecken oder chronisch krank werden“, warnt Rainer Gensch.

Der demografische Wandel und der zunehmende Wettbewerb um Arbeitskräfte sind die wichtigsten Treiber für die steigende Bedeutung betrieblicher Gesundheitsvorsorge. Während im Jahr 2008 etwa 20 % der Bevölkerung älter als 65 Jahre waren, werden es laut Statistischem Bundesamt 2060 etwa 34 % sein. Diese Entwicklung bleibt für den Arbeitsmarkt nicht folgenlos. Einerseits werden die Mitarbeiter im Schnitt immer älter. Andererseits steigt mit der längeren Lebenserwartung in Verbindung mit der Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre auch die Lebensarbeitszeit. Die Unternehmen können von dieser Steigerung nur profitieren, wenn die Beschäftigten gesund und leistungsfähig sind und es auch lange bleiben.

Wie gelingt BGM?

Zwar muss jedes Unternehmen einen eigenen Weg zum effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagement finden,

es gibt aber einige Standards, die unabhängig von den individuellen Gegebenheiten eingehalten werden müssen. Dazu gehören eine eindeutige Positionierung der Führungsebene, klar definierte Ziele, Abschluss schriftlicher Vereinbarungen wie Leitbilder und Dienstvereinbarungen und Bereitstellung von Ressourcen. „Entscheidend dabei ist es, verbindlich festzulegen, wer für welche Aufgaben verantwortlich ist und den Prozess immer wieder zu validieren. Damit steht und fällt ein effektives und nachhaltiges BGM“, sagt Dr. Ulrike Pohling.

Die zweite wichtige Grundvoraussetzung: Die Mitarbeiter müssen in die Gestaltung des BGM eingebunden werden, indem ihnen die Möglichkeit gegeben wird, eigene Bedürfnisse und Erwartungen einzubringen. Man müsse den Mitarbeitern auch erst klar machen, was Gesundheit eigentlich ist und wie sie erhalten werden kann. „Viele meinen, dass Ärzte sich besonders gut mit Gesundheit auskennen. Dabei kennen sich Ärzte besonders gut mit Krankheit aus“, meint Kilian Tegethoff. Eine erfolgreiche Gesundheitsförderung beruhe

Definition Gesundheit

Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1948:

„...ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“

Hurrelmann (1990) definiert Gesundheit als:

„Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.“

Badura et al. (1999) bieten folgende Definition an:

„Gesundheit ist eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird.“

aber nicht auf den Prinzipien der Pathogenese, sondern der Salutogenese, die vielen Ärzten unbekannt sind.

Wichtig sei es ebenfalls, die Mitarbeiter während der Arbeitszeit anzusprechen. „Die Angebote während der Arbeitszeit sind nachweisbar effektiver als Angebote in der Freizeit“, weiß Arbeitsmedizinerin Pohling.

BGM auch für Praxen?

Kleinstbetriebe wie Praxen können mit den vielfältigen Angeboten der großen Klinikkonzerne nicht mithalten. Doch auch für sie gilt: Wer leistungsfähige und gesunde Mitarbeiter haben will, muss für ein wohlwollendes Arbeitsumfeld, Anerkennung und Entwicklungschancen sorgen.

Allerdings kommt es immer auf den einzelnen Praxisinhaber an, ob er das auch tut. „Die Praxis ist das Revier des Arztes, hier herrschen sein Wille und seine Vorstellung. Diesen Vorstellungen entsprechend wird die Arbeit gestaltet. Das kann auch nach hinten losgehen“, gibt Arbeitsschützer Gensch zu bedenken.

Seine Erfahrung zeigt, dass viele niedergelassene Ärzte sich nicht systematisch mit Arbeits- und Gesundheitsschutz befassen, sondern oft eher aus dem Bauch heraus entscheiden. Dennoch zeigt sich der Arbeitsschützer mit den Arbeitsbedingungen in den Berliner Praxen ganz zufrieden. „Oft kann es für ein kleines Unternehmen sogar leichter sein, Gesundheitsgefahren zu identifizieren, da der Chef einen regelmäßigen Kontakt zu seinen Mitarbeitern hat“, ergänzt Pohling. Das eröffnet viele Möglichkeiten, mit Mitarbeitern zu sprechen und eventuelle Probleme zu lösen, bevor das Arbeitsklima und in der Folge die Gesundheit leiden.

Verfasserin:

Eugenie Wulfert

Fachjournalistin für Gesundheitspolitik

Solutogenese

Das Salutogenese-Modell wurde in den 70er Jahren vom israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) als komplementärer Begriff zu Pathogenese entwickelt. Der Name Salutogenese leitet sich aus dem lateinischen Wort „salus“ für Gesundheit, Wohlbefinden und griechischen Wort „genesis“ für Geburt, Ursprung, Entstehung ab.

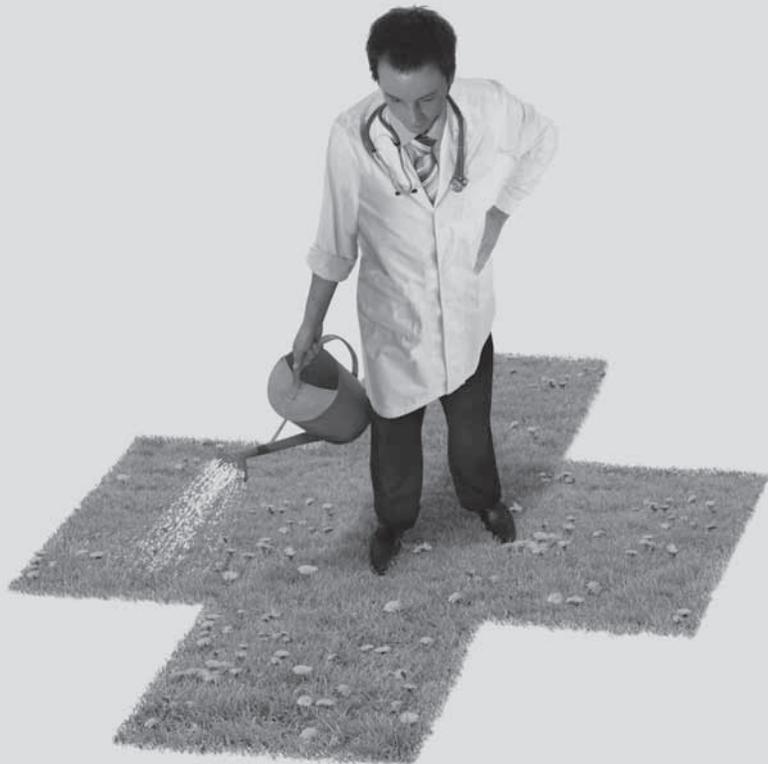
Es geht bei der Salutogenese um die Frage, warum Menschen gesund bleiben beziehungsweise wieder genesen. Das Modell orientiert sich nicht an gesundheitlichen Risiken, an gesundheitsschädlichen (pathogenen) Faktoren, sondern in erster Linie an gesundheitsfördernde (salutogene) Faktoren.

Die zentralen Fragen des salutogenetischen Modells lauten demgemäß:

- Was erhält Menschen gesund?
- Was fördert Gesundungsprozesse?
- Warum werden unter gesundheitsgefährdenden Einflüssen manche Menschen nicht krank?

Nach dem Salutogenese-Modell ist Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen.

Lesen Sie dazu auch „Salutogenese – Die Freude an der Arbeit erhalten“ in Heft 6/2008.



Delegierte fassen Resolution gegen Arbeitszeitmissbrauch

Bericht von der Delegiertenversammlung am 25. April 2012

Die Ärztekammer Berlin sagt der missbräuchlichen Dokumentation der Arbeitszeiten von angestellten Ärztinnen und Ärzten in Kliniken den Kampf an. Die Delegierten der Kammer haben auf ihrer Sitzung am 25. April einstimmig eine Resolution gegen die falsche Erfassung von Arbeitszeiten in Kliniken verfasst. Darin wurden die Arbeitgeber angemahnt, nur korrekte Arbeitsdokumentationen anzunehmen. Alles andere sei Betrug an den Ärztinnen und Ärzten.

Von Sascha Rudat

Intensiv haben sich die Delegierten mit der unzureichenden Erfassung der Arbeitszeiten in Kliniken befasst. Zuvor war das Thema im Krankenhausaus-schuss behandelt worden, wie dessen Vorsitzender, Vorstandsmitglied Kilian Tegethoff (Marburger Bund), berichtete. In der von Matthias Bloechle (Allianz) in die Tagesordnung eingebrachten Resolution (s. Kasten) wird beklagt, dass Ärzte von Klinikleitungen immer wieder unter Druck gesetzt werden, entgegen den gesetzlichen Bestimmungen nicht die tatsächlich erbrachten Arbeitszeiten zu dokumentieren. Dies stellt nach Ansicht der Kammer einen nicht hinzunehmenden Missbrauch und Betrug an den betroffenen Ärzten dar. Die Dele-

gierten fordern deshalb die Arbeitgeber auf, nur korrekte Arbeitszeitdokumentationen entgegen zu nehmen. „Die Ärztekammer Berlin wird die Anwendung missbräuchlicher Praktiken bei der Arbeitszeitdokumentation nicht dulden und geeignete Maßnahmen ergreifen, um diese zu unterbinden“, heißt es in der Erklärung weiter. Gleichzeitig fordert die Ärztekammer Berlin alle betroffenen Ärztinnen und Ärzte, die keine innerbetrieblichen Lösungsmöglichkeiten sehen, auf, sich an den Kammervorstand zu wenden.

Arbeitgeber und Chefärzte

Hauptadressaten sollen nach dem Willen der Delegierten die Arbeitgeber und die



Chefärzte sein. Die Problematik liege in der Erpressbarkeit der Ärzte, die die tatsächlich erbrachten Arbeitszeiten dokumentieren wollen, erklärte Imke Puls (Vertreterin der Hochschulen), denn die zuständigen Chefs würden mit Stellenabbau drohen, wenn die Überstunden erfasst würden. Sie fragte, welche Handlungsmöglichkeiten in einer solchen Situation blieben.

Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) betonte, dass trotz dieser Umstände jeder Arzt seine Überstunden einreichen und eine entsprechende Vergütung verlangen sollte. Wenn in der Konsequenz Personal abgebaut werden würde, müssten auch konsequenterweise weniger Patienten behandelt werden. Kilian Tegethoff erklärte, dass sich der Marburger Bund ebenfalls intensiv mit dieser Thematik beschäftigt. So sei in den Tarifverträgen die entsprechende Dokumentationspflicht der Arbeitszeiten verankert. Die tatsächliche Umsetzung vor Ort sei aber das Problem, da Kollegen stark unter Druck gesetzt würden. Auch die Arbeit mit den Interessenvertretungen in den Kliniken sei schwierig und gehe nur sehr langsam voran.

Harald Mau (Allianz) unterstrich, dass sich die Chefärzte dem kommerziellen Druck widersetzen müssten, wenn am Ende des Jahres entsprechend viele Überstunden abgerechnet werden und die Geschäftsleitung mit Stellenabbau drohe. Die Chefärzte müssten für eine qualitativ hochwertige medizinische

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin beschließt folgende Resolution:

Dokumentation von Arbeitszeiten von angestellten Ärztinnen und Ärzten

Die Veranlassung von angestellten Ärztinnen und Ärzten zu einer nicht zutreffenden Dokumentation ihrer tatsächlich erbrachten Arbeitszeiten durch ihre Arbeitgeber/innen stellt einen nicht hinzunehmenden Missbrauch von und Betrug an den betroffenen angestellten Ärztinnen und Ärzten dar.

Die Ärztekammer Berlin fordert alle Arbeitgeber/innen von Ärztinnen und Ärzten in Berlin auf, nur korrekte Arbeitszeitdokumentationen entgegen zu nehmen. Die Ärztekammer Berlin wird die Anwendung missbräuchlicher Praktiken bei der Arbeitszeitdokumentation nicht dulden und geeignete Maßnahmen ergreifen, um diese zu unterbinden.

Die Ärztekammer Berlin weist alle von missbräuchlichen Praktiken bei der Arbeitszeiterfassung betroffenen Ärztinnen und Ärzte, die keine innerbetrieblichen Lösungsmöglichkeiten sehen, auf die Möglichkeit hin, dazu den Vorstand der Ärztekammer Berlin zu kontaktieren.

Versorgung der Patienten sorgen, denn gerade wegen der zunehmenden Kommerzialisierung der Medizin sei es ihre Aufgabe, dagegen zu steuern, so Mau weiter.

Stefan Hochfeld (Fraktion Gesundheit) wies darauf hin, dass es Krankenhäuser in Berlin gebe, wo die elektronischen Zeiterfassungssysteme die Arbeitszeit nur bis zu einem festgesetzten Limit erfassen. Kammerpräsident Jonitz hielt in solchen Fällen einen Anruf beim Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit für erforderlich, denn der Arbeitgeber sei dazu verpflichtet, die Arbeitszeit zu dokumentieren, ohne willkürlich Grenzen einzuziehen.

Neues bei den MFA

Zuvor hatten sich die Delegierten mit einer Drucksache aus dem Bereich Berufsbildung befasst. Dabei ging es um das Thema „Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen bezogen auf den Beruf Medizinische Fachangestellte“. Die Ärztekammer Berlin, die die zuständige Stelle für den Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte (MFA) ist, hat durch das so genannte Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz seit dem 1. April 2012 die Aufgabe, die im Ausland erworbenen Berufsabschlüsse dahingehend zu beurteilen, ob diese mit dem Ausbildungsberuf der MFA in Deutschland gleichgesetzt werden können.

Wie der Leiter der Abteilung 3, Christoph Röhrig, schilderte, ist dieses Verfahren sehr aufwendig. Deshalb hätten sich die Landesärztekammern darauf geeinigt, diese Aufgabe aus Effektivitäts- und Kapazitätsgründen an eine zentrale Stelle zu übergeben. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hätte sich bereit erklärt, diese Aufgabe auch für die anderen Ärztekammern zu übernehmen.

Sollten die Delegierten diesem Verfahren zustimmen, würde der Vorstand sofort tätig werden, um entsprechende Vereinbarungen mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe zu treffen, erklärte Röhrig weiter. Die Aufsichtsbehörden beider Landesärztekammern müssten diesem Verfahren zustimmen, entsprechende Signale seitens der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales für die Zustimmung gebe es bereits. Auf Nachfrage von Matthias Bloechle erläuterte Röhrig, dass das geschilderte Feststellungsverfahren komplett über Gebühren finanziert werden soll. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe würde also entsprechende Gebühren für den Aufwand der Feststellung der Berufsqualifikation erheben. Nach der Diskussion verabschiedeten die Delegierten das Verfahren einstimmig.

Informationen des Präsidenten

Daneben informierte Kammerpräsident Günter Jonitz über einen Besuch des Präsidenten und des Ehrenpräsidenten der

Ärztekammer Athen Ende März in Berlin. Im Ergebnis zu diesem Treffen bekräftigten beide Seiten einen intensiveren Austausch zu Themen wie Versorgungsleitlinien, Patientensicherheit, Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und Arzneimittelverschreibungen und hier insbesondere die problematische Verschreibung von Generika (lesen Sie dazu das Editorial des Präsidenten der Ärztekammer Athen, Georg Patoulis, auf S. 3).

Außerdem informierte Jonitz darüber, dass die Kammer zum Referentenentwurf des Bundesjustizministeriums und des Bundesgesundheitsministeriums zum Thema Patientenrechtegesetz eine umfassende Stellungnahme verfasst und beiden Ministerien zur Verfügung gestellt hat. Er dankte dabei insbesondere der Abteilung Berufsrecht.

Neue Delegierte

Jonitz begrüßte darüber hinaus die neue Delegierte Dorothea Spring. Die Fachärztin für Anesthesiologie wird künftig für die zurückgetretene Bettina Steinmüller den Marburger Bund in der DV mitvertreten.

srd

Nächste Delegiertenversammlung:
13. Juni 2012, 20.00 Uhr

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)	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
■ 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. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Teilnehmergebühr: 400 €	45 P
■ 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
■ 27.10.2012	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 135 €	9 P
■ 05.11.–14.11.2012 (Kursteil B1) 14.11.–23.11.2012 (Kursteil B2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs B: 960 € Kursteile B1, B2: 480 €	60 P pro Kursteil
■ 10.12.–12.12.2012	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
■ 12.12.–14.12.2012 14.12.2012	Spezialkurs im Strahlenschutz – bei der Röntgendiagnostik – bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: Spezialk. Rö-diag: 220 € Spezialkurs CT: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)

Ärzttekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden- Kurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2012 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 10.09. - 15.09.2012 / Woche 2: 22.10. - 27.10.2012 / Woche 3: 10.12. - 15.12.2012 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.: 40806-1208 (Organisation), Tel.: 40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2012@aekb.de

„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

Risikowahrnehmung und Risikokommunikation

Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin
in englischer Sprache

Wie bewerten wir Risiken im täglichen Leben? Welche Faktoren bestimmen, ob uns ein Ereignis, eine Entwicklung mehr oder weniger ängstigt? Was sollten Ärztinnen und Ärzte über Risikowahrnehmung – sowohl die eigene als auch die ihrer Patienten und Gesprächspartner – wissen? Und welche Gesprächsstrategien haben sich als hilfreich erwiesen, um angemessen und sensibel mit Gesprächspartnern (Patienten, Angehörigen, aber auch Medienvertretern) über Risiken zu kommunizieren, insbesondere bei Ereignissen, die durch hohe Medienpräsenz Beunruhigung auslösen.

Diesen Fragen widmet sich eine Veranstaltung der Ärztekammer Berlin, die den Abschluss einer mehrtägigen europäischen Tagung bildet: die Summer School der European Association of Schools of Occupational Medicine (EASOM). Die Mitglieder dieser Vereinigung (Arbeitsmediziner aus Deutschland und dem europäischen Ausland) diskutieren hier Wege der Verbesserung der kommunikativen Kompetenz in der arbeitsmedizinischen Weiterbildung.

Am letzten Tag dieser Tagung sind alle interessierten Kammermitglieder eingeladen, das oben stehende Thema fachübergreifend zu vertiefen. Mit Rücksicht auf die europäischen Teilnehmer wird die Veranstaltungssprache auch an diesem Tage englisch sein.

Referenten: Dr. phil. Wolfgang Gaissmaier, Harding Center für Risikokompetenz, Berlin

Prof. Dr. phil. habil. Peter Wiedemann, Karlsruher Institut für Technologie, Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse

Termin: Sonnabend, 1. September 2012, 9.00 – 12.15 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Tel.: 408 06-1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de

4 Fortbildungspunkte. Die Veranstaltung ist kostenfrei.

Impfungen in der Praxis

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

Termin: Sonnabend, 01.12.2012, 9.00 - 17.30 Uhr

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

Kursgebühr: 100 Euro (inkl. Verpflegung), 10 Fortbildungspunkte

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

Anmeldung: Ärztekammer Berlin (Tel.: 40806 1215 / Fax: 40806 55-1399 / E-Mail: fb-aag@aekb.de)

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net!

Prothese gebrochen, Brustimplantat ausgelaufen...

Heißes Thema Medizinprodukte beim 129. Chirurgenkongress in Berlin. Ein Mediziniskandal jagt den anderen in den Medien. Um die Patientensicherheit ist es in der Tat noch schlecht bestellt. Es geht keineswegs immer um Medikamente oder Krankenhauskeime, auch Medizinprodukte können Risiken bringen. Frische Beispiele: Brustimplantate und Hüftendoprothesen. Fragwürdige innovative Produkte, aber auch ihre fehlerhafte Anwendung beschäftigen die Chirurgen intensiv. Wo die Probleme liegen und wie man sie lösen könnte, war ein wichtiges Thema auf dem Deutschen Kongress für Chirurgie, der dieses Jahr turnusmäßig wieder in Berlin stattfand.

„Googelt man ‚Prothesenbruch‘, „Erscheinen an erster Stelle Gebisse, gleich danach Implantate“, sagte der Dresdner Orthopäde S. Kirschner im Leitvortrag der Sitzung über die Sicherheit von Medizinprodukten. „Wir haben chaotische Innovationen! Die Produkte werden zu wenig geprüft und trotzdem eingeführt.“ Er erinnerte an die ausgelaufenen Brustimplantate aus billigem Industriesilikon: „Wir wissen nicht, wie viele Frauen noch damit rumlaufen.“

Die ganze Implantat-Szene nannte er intransparent. Und die Endoprothesen würden immer komplexer; manche müsse man erst im OP selber zusammenbauen, und da scheine nicht immer alles zusammenzupassen. „Alle im Saal müssen wissen, wie’s geht, auch die Schwestern sollen geschult sein.“ Nicht immer seien fehlerhafte Produkte schuld am Misserfolg. Operateure und Patienten sollten sich besser über die geplanten Eingriffe informieren, auch über die Kontraindikationen, zum Beispiel Gewichtsbeschränkungen bei Hüftendoprothesen.

„Und immer, wenn etwas Neues eingeführt wird, gibt’s eine Lernkurve. Der Patient muss es ausbaden.“ Zu oft allerdings schoben die Hersteller eines Produkts dessen Versagen den Ärzten in die Schuhe, hieß es in der Diskussion. Und meist wüssten sie nicht, dass sie wegen unverständlicher oder schwer lesbarer Gebrauchsanweisungen zu haften hätten.

Komplikationsregister her!

Kirschner rief dazu auf, Komplikationen zu erforschen und aus der Versagensanalyse zu lernen. Aber wie erfährt man überhaupt von Fehlimplantationen? „Transparent sind nur die 30 Prozent Revisionen an Uni-Kliniken. Wie kriege ich mehr als 90 Prozent heraus?“ Nötig sei eine genaue Datenanalyse wie damals bei Vioxx. Die ergab, dass zumindest in diesen Fall nicht die neuesten, sondern die ältesten Arzneimittel das günstigste Nebenwirkungsprofil haben.

Er kritisierte die viel zu geringe Zahl von Meldungen durch Ärzte ans Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Er monierte aber auch den umständlichen Fragebogen. Das Meldeverfahren müsse vereinfacht werden und die meldenden Ärzte sollten eine Rückmeldung erhalten, meinte er. Um die Patientensicherheit zu erhöhen, seien viele Studien erforderlich, in denen eine große Zahl von Patienten langfristig nachzubeobachtet wären.

Und natürlich Register! „Heute sind wir noch auf Registerdaten vom andern Ende der Welt – aus Australien – angewiesen, um zu erfahren, ob ein neues Implantat funktioniert oder nicht!“ Warum wir mit Komplikationsregistern sehr spät dran sind, erklärte Kirschner so: „Vor zehn Jahren sprach man noch gar nicht gern über eigene Fehler. Erst ganz allmählich entwickelte sich eine Sicherheitskultur.“

Klammern, Gefäßersatz, Einweginstrumente...

Nicht nur Gelenkendoprothesen machen Schwierigkeiten. Einige der anderen Beispiele, die in dieser Vortragsfolge des Chirurgenkongresses genannt wurden:

Klammern: Laparoskopische Rektumresektionen oder Appendektomien gehen schief, wenn die Klammern nicht richtig schließen. In den USA werden solche Komplikationen an die Food and Drug Administration (FDA) gemeldet, berichtete M. Patrzyk (Greifswald). Daher weiß man, dass es dort zwischen 1994 und 2001 zu mehr als hundert Todesfällen durch nicht funktionierende Klammern kam, von den nicht letalen Zwischenfällen ganz abgesehen. Und bei uns? – Auch gibt es in Amerika viel mehr Rückrufe fehlerhafter Produkte.

Gefäßmaterial: Verwendet man Kunststoff, ist die Infektionsgefahr größer. Passiert dann etwas, haftet der Arzt, sofern er in dem betreffenden Fall eine Oberschenkelvene hätte nehmen können, sagte M. Storck (Karlsruhe).

Wiederaufbereitung von Einweginstrumenten: Bei sehr teuren Produkten, wie etwa dem Radiofrequenz-Ablationskatheter, ließen sich bei jeder Prozedur 750 Euro einsparen, weil dieser Katheter bis zu viermal aufbereitet werden kann. Priorisierung und Rationierung wären zu vermeiden, mehr Patienten könnten von dem Eingriff profitieren. Aber dies sei ein „ganz hart umkämpfter Lobbymarkt“, sagte C.M. Krüger (Berlin). Dazu V. Sänger, einer der Moderatoren: Der Hersteller könne die Bedingungen für Aufbereitung von Einmalprodukten so hoch schrauben, dass keiner sich traut.

Bitte melden!

Systematische Defizite kann man nur erkennen und die Wiederholung unerwünschter Ereignisse nur verhindern, wenn man sie meldet. „Nur so kann man voneinander lernen, nur so können die Hersteller ihre Produkte verbessern“, sagte U. Hölscher (Steinfurt). Der Medizintechnik-Ingenieur (früher bei einem

Hersteller tätig) bezeichnete die Meldefrequenz der Krankenhäuser als „hundsmiserabel“; die der Hersteller hingegen bessert sich. Er appellierte an die Krankenhäuser, ein Meldesystem zu etablieren, und er erinnerte an die Wichtigkeit der Meldungen zu Beinahe-Vorkommissen, die um ein Vielfaches häufiger seien als ernsthafte unerwünschte Ereignisse.

Das offizielle Meldewesen hält Hölscher für höchst unvollkommen, schon die Meldeverpflichtung sei unklar. Und freiwillige Meldesysteme (CIRS) seien fast nie auf Medizinprodukte focussiert. Dem sehr herstellerfreundlichen europäischen Medizinprodukterecht sei anzumerken, dass die EG einmal als Wirtschaftsorganisation entstand. Seinem dringendem Appell, Probleme mit Medizinprodukten lieber einmal zu viel als einmal zu wenig zu melden, schloss Sänger sich an: „Nur wenn wir mehr melden, kann sich die Lage bessern.“

Nützt die Innovation dem Patienten?

Ohne innovative Medizinprodukte und ohne neue oder zumindest modifizierte Operationstechniken ist die moderne Chirurgie nicht denkbar. Aber nicht jede Innovation sei auch ein Fortschritt, heißt es in einem ausführlichen, für die Öffentlichkeit bestimmten Statement von Hartwig Bauer, dem (leider scheidenden) Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Wenn etwas Neues als Fortschritt gelten soll, müsse der Zusatznutzen einer Innovation für den Patienten im Vergleich zu Vorhandenem nachgewiesen sein, wie gesunkene Mortalität, geringere Morbidität, bessere Lebensqualität. Der wissenschaftliche Nachweis der Wirkung unter Studienbedingungen („Efficacy“) allein genüge nicht. Es müsse auch die Effektivität oder Wirksamkeit („Effectiveness“) nachgewiesen sein, nämlich in Studien der Versorgungsforschung. Auch solche Studien fördert die Chirurgengesellschaft in ihrem Studienzentrum und in ihrem Studiennetzwerk.

Als Beispiele für funktionierende Technik mit höchst fragwürdigem Nutzen erwähnte Bauer Kniegelenkspiegelungen und -knorpelglättungen, Roboter zum passgenauen Fräsen des Knochens beim Implantieren einer Endoprothese oder die Aufrichtung eingebrochener Wirbel mit Knochenzement bei Osteoporose. Für Medizinprodukte wünscht er sich ähnlich strenge Zulassungsbedingungen, wie sie neuerdings für Medikamente gelten, und er warnte vor dem „Risiko einer möglicherweise Schaden bringenden verfrühten Anwendung infolge unzureichender präklinischer und klinischer Prüfung der Produkte im Rahmen des Zulassungsverfahrens.“

Außerdem verwies Bauer auf die Gefährdung von Patienten durch die mangelhafte Erfassung von Schäden und Risiken nach der Zulassung: „Es kommt vor, dass zunächst als innovativ geltende Implantate teils schwere Komplikationen hervorrufen, frühzeitig versagen oder für ursprünglich vorgesehene Indikationen nicht geeignet sind.“

Erst gründlich prüfen, dann zulassen

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ruft daher nach einem transparenten „zentralen Melderegister für Warnhinweise, Produktrückrufe und für Langzeitschäden durch Medizinprodukte“. Dies wäre ein erster Schritt, um Probleme früh zu erkennen, sagte Bauer. Außerdem setzen die Chirurgen sich für eine verbesserte Prüfung von Innovationen ein. Die etwa 80 europäischen Zulassungs- und Prüfstellen nach dem (vor über 15 Jahren in Kraft getretenen) Medizinproduktegesetz verleihen das CE-Zeichen für ganz Europa schon nach einer kurzen Prüfung auf Sicherheit und medizintechnische Leistungsfähigkeit eines Produktes. Sie sollten aber, so Bauer, nach anspruchsvolleren und klar definierten Qualitätskriterien prüfen und später nach der Zulassung ihre Überwachungsaufgaben ohne Voranmeldung wahrnehmen.

Rosemarie Stein

ANZEIGEN

www.berliner-aerzte.net!

Die Mauer im eigenen Kopf abbauen helfen

Die European Society for Trauma and Dissociation (E.S.T.D.) wurde 2005 gegründet. Sie widmet sich nicht so sehr der Posttraumatischen Belastungsstörung mit den bekannten Symptomen, sondern vor allem den vielen Spielarten dissoziativer Störungen, die überwiegend nach frühkindlichen Traumatisierungen durch körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch oder emotionale Vernachlässigung entstehen und persistieren können. „Multiple Persönlichkeit“ nannte man früher die schwerste Form; heute hat sich international der Terminus „Dissoziative Identitätsstörung“ (DIS) durchgesetzt. Sie ist nicht so selten wie einst angenommen. Nach Angaben der Fachgesellschaft kommt sie etwa so häufig vor wie Schizophrenie oder Borderline-Störungen.

Dissoziative Störungen werden aber oft nicht erkannt, zumal die Betroffenen ihre Probleme meist verbergen, sagte die Vorsitzende des Tagungskomitees, Ursula Gast (Medizinische Hochschule Hannover) zu BERLINER ÄRZTE. Die Symptome reichen vom unwillkürlichen Wiederholen traumatischer Erfahrungen – oder auch von Amnesien – über Entfremdungsgefühl und Hören von Stimmen (die aber nicht, wie bei Schizophrenie, für real gehalten werden) bis zur Abspaltung von psychischen Funktionen oder Persönlichkeitsanteilen.

Die Therapie beginnt mit dem Aufbau einer verlässlichen Beziehung zur Patientin (überwiegend Frauen sind betroffen) und mit der Stabilisierung ihrer Persönlichkeit. Sie soll sich ihrer abgespaltenen Anteile bewusst werden und sich damit auseinandersetzen. Erst später kann man ihr die Bearbeitung eines schweren Kindheitstraumas zumuten.

R. Stein

Behandlungsziel: politische Traumata bewältigen

Vom 3. internationalen ESTD-Kongress in Berlin

„Es gilt viele Mauern abzubauen – auf dem Weg zur Integration.“ Das Kongressmotto, dessen erster Teil über einem Bild der East Side Gallery steht, war bewusst doppeldeutig. Der Europäischen Gesellschaft für Trauma und Dissoziation geht es primär darum, jene Mauern psychotherapeutisch abzubauen, die Patienten mit Dissoziationsstörungen in sich aufrichten, indem sie als Folge schwerer Traumatisierung Persönlichkeitsanteile abspalten. Und da die Fachgesellschaft ihre dritte Tagung (nach Amsterdam und Belfast) in Berlin organisierte, nahm sie ins Kongressprogramm die Folgen politischer Traumatisierung auf, die wir uns für diesen Bericht zum Thema wählten.

Eigentlich hatte Joachim Gauck zugesagt, den Eröffnungsvortrag zu halten. Aber es kam ihm etwas dazwischen: die Wahl zum Bundespräsidenten. So sprang Karl-Heinz Bomberg ein, der Arzt, Psychotherapeut und Liedermacher, über den BERLINER ÄRZTE schon mehrfach berichtete. Er leitete den Kongress mit einem Lied zur Gitarre ein und hielt dann einen erfahrungsgesättigten Vortrag über die Spätfolgen politischer Repression in der DDR. Den vielen ausländischen Teilnehmern, vor allem aus Amerika, versuchte er mit alten Fotos von der DDR und ihren Grenzanlagen etwas von der teils erstickenden Atmosphäre zu vermitteln und die politische Traumatisierung begreifbar zu machen.

Auch nannte er ihnen Zahlen und Fakten zu dem unglaublich überdimensionierten staatlichen Überwachungs- und Unterdrückungsapparat: Die allgegenwärtige Staatssicherheit hatte am Ende 91.000 hauptamtliche und 300.000 inoffizielle Mitarbeiter (IM, sprich: Spitzel). Schon wegen eines unvorsichtigen Wortes konnte man zu langen Gefängnisstrafen verurteilt werden. Anfangs starb jeder dritte politische Gefangene infolge der unmenschlichen Haftbedingungen.

In den siebziger Jahren ging man von der physischen zur psychischen Gewalt über, weil die DDR sich den Anschein ei-

nes „humanistischen“ Staats geben wollte. Die „Juristische Hochschule“ des Ministeriums für Staatssicherheit in Potsdam-Eiche lehrte im Fach „Operative Psychologie“ ausgeklügelte, perfide Maßnahmen zur „Zersetzung“ politisch Unliebsamer: Durch psychologische Verunsicherung (z.B. heimliches Eindringen in die Wohnung und Umstellen von Gegenständen), Rufschädigung oder soziale Isolierung (Zerstören der Berufskarriere, Zerrüttung einer stabilen Beziehung) sollte jemand fertiggemacht werden, weil er gegen die offizielle Ideologie aufbegehrte oder nur weil er einen Ausreiseantrag gestellt hatte.

Berlinern ist dies alles noch gegenwärtig, aber für viele der ausländischen Kollegen war es neu und unfassbar, was Bomberg hier vortrug und mit seinem eigenen Fallbericht illustrierte: Verhaftung in der Klinik auf dem Weg in den OP (er war damals Anästhesist), weil die Stasi ein Tonband mit seinen Protestliedern abgefangen hatte, das in den Westen gehen sollte.

Im Gefängnis erfuhr Bomberg, was diese völlige Verunsicherung und Hilflosigkeit anrichten kann, warum es manchmal zur Haftpsychose kommt, wie lange das Trauma nachwirkt und wie schwer die Folgen sein können. Zur posttraumatischen Belastungsstörung

kam es bei ihm als Arzt und Protestsänger nicht, er wurde auch schon nach drei Monaten auf Bewährung freigelassen. Aber selbst er brauchte einen großen zeitlichen und emotionalen Abstand, um beispielsweise die Stasi-zentrale in Lichtenberg zu besichtigen, als dort im Januar dieses Jahres ein Stasimuseum eröffnet wurde.

Die schwierige Therapie politisch Traumatisierter

Schon vorher hatte er jedoch genügend Abstand zum eigenen Trauma gewonnen, um traumatisierte Opfer politischer Repression behandeln zu können. Denn Bomberg wurde Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ließ sich auch in Psychoanalyse ausbilden und arbeitet in eigener Praxis. Im Laufe der Jahre, so berichtete er in seinem Vortrag, hat er über 1800 Patienten psychotherapeutisch behandelt, jeder zehnte von ihnen hatte aus der DDR ein politisches Trauma auch lange nach der Wende zurückbehalten. Es waren nicht nur Ex-Häftlinge, sondern auch Zersetzung-Opfer, Kinder von Stasi-Offizieren oder hohen

DDR-Funktionären, Zwangsadoptierte und Heimkinder.

Zu einem Selbstbetroffenen haben die Repressionsopfer Vertrauen. (Viele suchen einen Psychotherapeuten im Westen auf, weil sie fürchten, im Osten der Stadt einem in der Stasi-Hochschule ausgebildeten Zersetzungsspezialisten in seiner Arztpraxis zu begegnen.*)

Unter Folgeschäden von Haft und Verfolgung leidet etwa jeder dritte der früheren politischen Gefangenen der DDR: Psychosomatische Beschwerden, Depressionen, Ängste und Alpträume; die bekannten posttraumatischen Belastungsstörungen, die sich manchmal erst Jahre nach der belastenden Situation zeigen.

Und Jahre dauert auch eine erfolgreiche Therapie. Denn, so Bomberg, es braucht Zeit, erst einmal Vertrauen aufzubauen und die angeschlagene Persönlichkeit des Patienten so zu stärken, dass er sich

schrittweise dem Trauma stellen kann, um es zu verarbeiten und schließlich zu integrieren. Während der Therapie kann es zu heftigen Gefühlsstürmen bei Übertragung und Gegenübertragung kommen. Therapieabbrüche sind nicht selten.

Was viele Opfer politischer Repression sich in erster Linie wünschen, hat Bomberg auch in seinen Publikationen hervorgehoben: Würdigung des Er-littenen und gesellschaftliche Anerkennung. Das kann keine individuelle Therapie erreichen, nur ein gesellschaftlicher Diskurs, der die Würde der Opfer wieder herstellt.

R. Stein

* Die 2008 gegründete „Arbeitsgruppe politische Traumatisierung“ kann bundesweit Psychotherapeuten vermitteln, die zu DDR-Zeiten mit Sicherheit nicht systemnah waren. Die Website der Arbeitsgruppe an der Charité ist gerade im Umbruch, daher zwei Telefonnummern: „Gegenwind“ (Beratungsstelle für DDR-Unrechtsgeschädigte): 39879811. – Praxis Dr. Bamberg: 4217800.

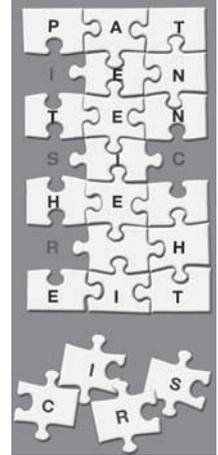
CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Innerklinische Notfälle – Probleme bei der Alarmierung

Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 20 Berliner Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu betreiben die Kliniken nicht nur intern ein Fehlerberichts- und Lernsystem, sondern berichten aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System):

In anonymisierter Form werden hier Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden gesammelt. Ziel ist, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu erleichtern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen. Insbesondere praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenschäden werden im Anwender-Forum des Netzwerks ausgetauscht. Damit auch andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht.



Der 1. Bericht:

Eine Krankenpflegekraft berichtet: Notruf wurde aktiviert, aber auf dem Display des Handys stand: Notfallkette nicht möglich, bitte erneut wählen. Das Ganze zweimal hintereinander. Nachdem die Anästhesie gesondert informiert wurde, erfuhr ich aber, dass beide Rufe gehört wurden. Das bindet eine Schwester unnötig ans Telefon, wo andere Hilfe viel wichtiger ist.

Bei der Notfallversorgung ging es um einen älteren gut 60-jährigen Patienten an seinem ersten postoperativen Tag.

Die Technik des Notrufsystems sieht nicht vor, dass es eine Rückmeldung gibt, ob der Ruf durchging und ob jemand kommt. Es konnte nicht eruiert werden, warum die falsche Rückmeldung im Display erschien.

Der 2. Bericht:

Krankenpflegekraft berichtet: Ein Mitvierziger hatte Tage nach einem gut verlaufenen elektiven operativen Eingriff eine unerwartete massive obere Gastrointestinalblutung mit Hämatemesis.

Der Notruf ließ sich nicht auslösen, da eine beauftragte Person, welche den Notruf auslösen sollte, ein Sternchen (*) vergessen hatte am Ende zu drücken. Die Aufregung ließ sie das vergessen. Der Notruf ist zu lang und zu umständlich. Patient konnte trotzdem stabilisiert werden.

Mehrere Sternchen, drei Zahlen, dann erst Hörer abheben, eine Ansage abhören, dann mit Sternchen bestätigen, dann auflegen. Diese Zeit ist zu lang, wenn Aufregung im Raum steht und es um das Leben eines Menschen geht. Nach Ansicht des CIRS-Teams der Klinik tritt dieses Problem (* vergessen) häufiger auf, lässt sich aber nicht so ohne weiteres technisch lösen, indem der Notruf vereinfacht würde.

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

Im ersten Fall führt eine (falsch negative) Rückmeldung dazu, dass eine Pflegekraft unnötig lang mit dem Telefon beschäftigt ist. Im zweiten Fall ist der technische Ablauf, per Telefon das Notrufsystem der Klinik zu aktivieren, zu komplex.

In den Kliniken des Netzwerkes gibt es zwei Systeme:

- Modell A: Eine Einheit in der Klinik ist für innerklinische Notfälle zuständig (meist die Intensivstation) und wird über eine **bestimmte Telefonnummer** (nur für diese Zwecke, Telefon mit bestimmtem Klingelsignal) angerufen. Beim Notruf geht immer jemand ans Telefon, der dann auch die wichtigsten Fragen klären kann (Wer? Wo? Was?).
- Modell B: Mit dem Notruf wird über eine **zentrale Rufanlage** oder die Telefon-

anlage ein Alarmsystem ausgelöst, das mehrere Empfänger gleichzeitig von dem Notfall alarmiert.

Barbara Hoffmann
Abt. Fortbildung/Qualitätssicherung

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Neben der technischen Lösung ist entscheidend, dass alle Mitarbeitenden

- die **Notruftelefonnummer kennen**,
- **wissen, was sie genau tun sollen, um einen Notruf erfolgreich auszulösen**,
- das Auslösen eines Notrufes geübt haben, damit sie in Notfallsituationen schnell und richtig handeln. In der regelmäßig, mindestens jährlich stattfindenden **Notfallübung** wird auch das **Auslösen des Notrufes geübt**.

Auffällige **Plakate** in den Stationskanzeln (zentrales Stationstelefon) **mit der Notfallnummer** und dem genauen Ablauf für Notruf und Notfallversorgung erinnern an das trainierte Vorgehen. Manche Kliniken haben die **Notrufnummer als Kurzwahl** in die Telefone **eingespeichert**.

In der **Nachbesprechung der Notfallversorgung** (möglichst bald nach dem Ereignis) sollte auch die **Alarmierung beurteilt** werden.

„Verrückt sein, dürften nur die Draußen“ von Gisela Kuhlmann-Poodat

Erfahrungen einer Ärztin im Haftkrankenhaus

ANZEIGE



Eigentlich müsste ich mich als befangen erklären. Mit Gisela Kuhlmann-Poodat habe ich viele Jahre sehr gut in der Chirurgie im Krankenhaus Moabit zusammen gearbeitet. Sie hat mir sehr oft durch ihre Bereitschaft, Dienste zu übernehmen, geholfen, Termine für die Ärztekammer wahrzunehmen und ich bin ihr sehr verbunden. Fast per Zufall habe ich erfahren, dass Gisela Kuhlmann-Poodat in-

zwischen unter die Buchautoren gegangen ist. Ans Herz legen möchte ich ihr Buch „Verrückt sein, dürften nur die draußen“, in dem sie ihre Erfahrungen als angestellte Chirurgin im Haftkrankenhaus beschreibt. Wer die Patientenversorgung kennt, weiß, dass es sich in der Regel von der Welt Normalsterblicher und Gesunder in vieler Hinsicht unterscheidet. Die Welt der Patienten im Haftkrankenhaus ist noch mal deutlich anders. Gisela Kuhlmann-Poodat beschreibt ihre Erfahrungen vom ersten Betreten des Haftkrankenhauses mit Auf- und Zuschließen einer nahezu endlosen Zahl von Türen genauso anschaulich wie die kleineren und größeren medizinischen Probleme, mit denen sie in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert war. Die Strategien zur Bewältigung des Arbeitsumfeldes von Ärzten und Pflegepersonal, aber auch der Beamten im Vollzugsdienst wird dabei nicht ausgelassen. Die Umsetzung des ärztlichen Auftrags gegenüber der speziellen Klientel von Häftlingen ist nicht einfach aber möglich.

Wer seinen Horizont für diesen Bereich erweitern und teilhaben möchte an den Erlebnissen einer engagierten Chirurgin, dem sei dieses Buch ans Herz gelegt. Mir hat es gut getan.

Dr. Günther Jonitz

**Taschenbuch: 378 Seiten, Novum Pocket Verlag,
23.01.2012, ISBN-10: 3990105140**

B
U
C
H
B
E
S
P
R
E
C
H
U
N
G

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen März bis April 2012 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Hamed Louay Abou-Rebyeh	FA Chirurgie	25.04.12
Edith Alarcon-Drüge	FA Thoraxchirurgie	24.04.12
Dr. med. Ivayla Ilieva Apostolova	FA Nuklearmedizin	01.03.12
Dr. med. univ. Siad Ashy	FA Anästhesiologie	26.03.12
Dr. med. Alice Awlakpui	FA Anästhesiologie	19.04.12
Anke Barth-Zoubairi	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	25.04.12
Gerhard Belmega	FA Arbeitsmedizin	07.03.12
Björn Michael Beurer	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	28.03.12
Dr. med. Andrea Biechteler	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	20.03.12
David Boehland	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.04.12
Tiziana Böhm	FA Augenheilkunde	14.03.12
Olaf Brückmann	FA Diagnostische Radiologie	25.04.12
Dr. med. Martin Bschor	FA Viszeralchirurgie	17.04.12
Dr. med. Alexander Ceccucci-Völker	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	27.03.12
Anna-Susanna Cierpinski	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	20.03.12
Dr. med. Marcus Czabanka	FA Neurochirurgie	15.03.12
Dr. med. Katharina de Millas	FA Innere Medizin	18.04.12
Yasemin Dogan Akyildiz	FA Innere Medizin	14.03.12
Dr. med. Henryk Dreger	FA Innere Medizin und Kardiologie	25.04.12
Dr. med. Annette Ehlerl-Gamm	FA Neurologie	24.04.12
Dr. med. Florian Elgeti	FA Nuklearmedizin	01.03.12
Dr. med. Benjamin Faensen	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	27.03.12
Dr. med. univ. Kristof Andreas Falk	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	28.03.12
Sebastian Fehlberg	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.03.12
Dr. med. Sefer Fidan	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	27.03.12
Dr. med. Tanja Freund	FA Innere Medizin	18.04.12
Dr. med. Grit Fröhlich	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	28.03.12
Guido Gaßner	FA Allgemeine Chirurgie	27.03.12
Dr. med. Ole Hinrich Gebbensleben	FA Innere Medizin	14.03.12

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Stefanie Gronewald	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	28.03.12
Dr. med. Saskia Sabrina Guddat	FA Rechtsmedizin	14.03.12
Dr. med. Stephan Haehling von Lanzenauer	FA Innere Medizin	14.03.12
Dr. med. Tobias Härtl	FA Anästhesiologie	26.03.12
Vanessa Michaela Hartmann	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	28.03.12
Heiko Helbig	FA Gefäßchirurgie	24.04.12
Carsten Herchenbach	FA Psychiatrie und Psychotherapie	06.03.12
Philipp Herold	FA Innere Medizin und Geriatrie	07.03.12
Kathrin Hofer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	20.03.12
Bettina Hoffmann	FA Allgemeinmedizin	03.04.12
Dr. med. Katharina Hörster	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.03.12
Dr. med. Nora Jodl	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	25.04.12
Dr. med. Robert Joseph Julian	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	20.03.12
Dr. med. Sinan Kalmuk	FA Viszeralchirurgie	17.04.12
Dr. med. Selma Karaca-Neureither	FA Allgemeinmedizin	03.04.12
Dr. med. Thomas Kaspar	FA Innere Medizin	28.03.12
Kathi Grit Cowan	FA Radiologie	25.04.12
M.B.Ch.B. (IRQ) Ayad Khachikchi	FA Psychiatrie und Psychotherapie	20.03.12
Priv.-Doz. Dr. med. Maik Kilian	FA Viszeralchirurgie	17.04.12
Dr. med. Claudia Knispel	FA Psychiatrie und Psychotherapie	06.03.12
Dr. med. Martin Köhnlein	FA Neurologie	27.03.12
Dr. med. Stephan Roger Kowalski	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	27.03.12
Arvid Krell	FA Chirurgie	25.04.12
Dr. med. Carolin Krings-Lazovsky	FA Arbeitsmedizin	25.04.12
Dr. med. Kai-Uwe Krüger	FA Anästhesiologie	26.03.12
Priv.-Doz. Dr. med. Martin Kruschewski	FA Gefäßchirurgie	24.04.12
Dr. med. Simon Küpper	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	27.03.12

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Andreas Kugler	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	21.03.12
Dr. med. Charlotte Kurz	FA Chirurgie	27.03.12
Dr. med. Pamela Lammert	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	25.04.12
Katrin Langerfeld	FA Innere Medizin	14.03.12
Fabian Leo	FA Innere Medizin	14.03.12
Dr. med. Marcus Lessidrensky	FA Innere Medizin	18.04.12
Melanie Lohwasser	FA Kinderchirurgie	27.03.12
Khaled Mardanzai	FA Thoraxchirurgie	24.04.12
Dr. med. Ulrike Mergner	FA Radiologie	25.04.12
Dr. med. Dominik Sebastian Mestel	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	28.03.12
Dr. med. Johannes Möller	FA Innere Medizin	14.03.12
Dr. med. Katja Nötzel	FA Neurologie	27.03.12
Dr. med. Gabriele Oepen	FA Psychiatrie und Psychotherapie	06.03.12
Dr. med. Mona Pfürtner	FA Innere Medizin und Kardiologie	25.04.12
Stefan Plate	FA Psychiatrie und Psychotherapie	20.03.12
Dr. med. Diane Pollmann	FA Innere Medizin	18.04.12
Dr. med. Katharina Brüggemann	FA Innere Medizin	14.03.12
Hans-Joachim Ratei	FA Innere Medizin	28.03.12
Heinrich Rau	FA Psychiatrie und Psychotherapie	24.04.12
Dr. med. Benjamin Reicke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.04.12
Dr. med. Alexander Romanowski	FA Neurologie	24.04.12
Dr. med. Alexander Romanowski	FA Psychiatrie und Psychotherapie	03.04.12
Fabienne Gwendolin Ropers	FA Kinder- und Jugendmedizin	18.04.12
Dr. med. Dietrich Ruge	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	07.03.12
Dr. med. Mirka Rumi-Dörmer	FA Innere Medizin	18.04.12
Sima Rüßmann	FA Viszeralchirurgie	17.04.12
Dr. med. Muharrem Saklak	FA Viszeralchirurgie	17.04.12
Claudia Denise Schaefer	FA Innere Medizin	14.03.12
Dr. med. Henriette Schlegel	FA Kinder- und Jugendmedizin	28.03.12
Dr. med. Michael Schneider	FA Innere Medizin	28.03.12
Dr. med. Ulf Christoph Schneider	FA Neurochirurgie	15.03.12
Dr. med. Nils Schreiter	FA Nuklearmedizin	01.03.12
Annette Schulz	FA Psychiatrie und Psychotherapie	03.04.12
Dr. med. Philipp Schwabe	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.03.12

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Oliver Staeck	FA Innere Medizin	18.04.12
Wolfgang Stahl	FA Innere Medizin	18.04.12
Dr. med. Neda Talai Rad	FA Innere Medizin	14.03.12
Dr. med. Sina Theel	FA Augenheilkunde	18.04.12
Anett Töpfer	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	28.03.12
Dr. med. Alexander Turber	FA Psychiatrie und Psychotherapie	28.02.12
Dr. med. univ. Nadja Uhlig	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	28.03.12
Michaela von Marenholtz-Kothe	FA Psychotherapeutische Medizin	07.03.12
Astrid Vonau	FA Allgemeinmedizin	03.04.12
Dr. med. Sven Walter	FA Nuklearmedizin	01.03.12
Dr. med. Jens Wanzeck	FA Innere Medizin	28.03.12
Dr. med. Anke Wehsack	FA Kinder- und Jugendmedizin	28.03.12
Oxana Wilenchik	FA Anästhesiologie	19.04.12
Axel Winter	FA Chirurgie	25.04.12

** Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert.*

ANZEIGE

Helmut Maxeiner wäre 60 Jahre alt geworden

Für den Rechtsmediziner geht es bei der Untersuchung von Verletzungen am Kehlkopf oder den übrigen Halsorganen eines Verstorbenen in allererster Linie um die Klärung der Frage, ob durch fremde Hand ein Angriff gegen den Hals dieser Person erfolgte und möglicherweise auch zum Tode führte; aber auch bei suizidaler Strangulation (meist Erhängen) kommt den Befunden am Hals eine erhebliche diagnostische Bedeutung zu.

So beginnt die Habilitationsschrift von Helmut Maxeiner aus dem Jahre 1986 mit dem Titel: „Rechtsmedizinisch bedeutsame Kehlkopfbefunde (Prospektive autoptische Studie)“. Darin finden sich Empfehlungen, wie bei der Untersuchung der Halsorgane vorgegangen werden sollte, insbesondere im Hinblick auf die Zungenbein-Kehlkopf-Region. Dieser Region kommt bei der gerichtlichen Obduktion eine ganz besondere Bedeutung zu. Und so heißt es auch in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin unter „Die rechtsmedizinische Leichenöffnung“ u.a.: „Spezielle Kehlkopfuntersuchungen (ausführlich bei Maxeiner beschrieben) mit Präparation der kleinen Kehlkopfmuskeln und -gelenke können bei Todesfällen durch Halskompression wertvolle Befunde (vor allem Blutungen) für ein solches Geschehen liefern. Die gängige Sektionstechnik des Kehlkopfes ist nicht geeignet, solche Befunde darzustellen“ (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 054/001).

Ein weiterer Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit war die forensische Neurotraumatologie. Besonders erwähnenswert sind hier seine Untersuchungen zur postmortalen Darstellung der Brückenvenenverletzun-



Foto: privat

gen unter Verwendung von Röntgenkontrastmitteln nach Entnahme der oberen Hirnhälfte zusammen mit der harten Hirnhaut (Stichwort: „Schüttel-Trauma des Säuglings“). Schon in seiner Doktorarbeit hatte sich Herr Kollege Maxeiner mit Schlagaderverletzungen am Hirngrund beschäftigt.

Prof. Helmut Maxeiner wurde am 9. April 1952 in Berlin geboren. Im Jahre 2006 erlitt er selbst ein schweres Schädel-Hirn-Trauma, als er gegen eine sich öffnende Autotür stieß und zu Fall kam. Er wurde zunächst neurochirurgisch behandelt, erholte sich schließlich so gut, dass er seine Tätigkeit am Institut wieder aufnehmen konnte. Völlig unerwartet wurde er dann am 22. November 2009 in Spudendorf bei Potsdam tot neben seinem Fahrrad aufgefunden. Der Lenker war verbogen, wie nach einem Sturz. Bei Wikipedia heißt es dazu: „Helmut Maxeiner starb an den Folgen eines Fahrradunfalls.“

Ein Nachruf erschien in der Zeitschrift „Rechtsmedizin“ (20, 59-66, 2010). Weitere Nachrufe bzw. Würdigungen erschienen in „Berliner Ärzte“ und in der „BZ“ unter der Überschrift „Ein Leben für die Wissenschaft und das Recht“. Dort wird auch sein Engagement für die Studenten nachdrücklich gewürdigt - Unterricht für die Studenten (einschließlich e-learning), Betreuung der Doktoranden, Vorsitz in der Promotions-Kommission der Charité – aber auch sein Wirken als Gutachter für die Staatsanwaltschaft bzw. bei den Gerichten. Unter „Mobbing und Intrigen in der Berliner Rechtsmedizin: Maxeiners Tod bleibt ungeklärt“ können noch weitere Informationen nachgelesen werden (www.bitterlemmer.net). Nur soviel sei an dieser Stelle vermerkt: Die letzten Jahre nach dem Wechsel in der Instituts-Leitung 2006/2007 waren für Prof. Maxeiner alles andere als lustig.

Normalerweise wird für einen verdienten Wissenschaftler zum 60. Geburtstag ein Symposium veranstaltet und vielleicht auch eine Festschrift herausgegeben. Da dies für unseren Kollegen Maxeiner nun nicht möglich ist, soll diese kleine Würdigung zum Gedenken Anlass geben.

Prof. Dr. Volkmar Schneider

Gallensteine zu Kunstwerken

Ausstellung im Berliner Medizinhistorischen Museum

„Konkrement: ... Feste Masse, die durch Ausfällung vorher gelöster Stoffe in Hohlräumen oder im Gewebe gebildet wird; Größe von mm bis einige cm ...“
Psychrembel

„A body stone is a new territory, a miniature planet travelling through the interior universe. New land mass. We should name stones as we name stars, each one in memory of someone close.“ Ilana Halperin

„Steine“ heißt diese sehr besondere Ausstellung. Zu sehen sind zum einen – neben Meteoriten, Versteinerungen, vulkanischen Bomben – Körpersteine aus den berühmten Sammlungen des Berliner Medizinhistorischen Museums der Charité (BMM) selbst. Dazu Leihgaben wie der unglaublicherweise symptomlos gewesene größte operativ entfernte Blasenstein der Welt (1,125 Kilo, 17 cm Umfang) und der „nur“ dreimal so schwere halbierte Blasenstein eines Elefanten. (Also auch Dickhäuter können Steinleiden haben!)

Zum anderen zeigt das BMM die Ergebnisse künstlerischer Auseinandersetzung mit diesen mineralischen Produkten von Organismen; und nicht nur mit diesen. Ursprünglich hat die 1973 in New York geborene und im schottischen Glasgow ansässige Künstlerin Ilana Halperin sich für ganz andere Steine interessiert. Nicht etwa für jene hochkarätigen Klunkern, mit denen manche Frauen sich gern schmücken (würden). Auch nicht für jene angeblich vor Krankheiten schützenden Halbedelsteine, die esoterisch Angehauchte sich als Abwehrzauber an die vier Ecken ihres Bettes legen. Und dann wundern sie sich (falls sie noch dazu kommen), dass sie trotzdem sterben.

Ilana Halperin hat auf ihre Art auch ein etwas esoterisches Verhältnis zu Steinen. Sie gelten ihr nicht als Symbol für Unwandelbarkeit und Dauer. Vielmehr fasziniert sie das Werden von Steinen. Lange hat sie sich mit Stalaktiten und Stalagmiten be-

schäftigt, ebenso mit Vulkangestein (filmte auch Eruptionen), bis hin zu naturwissenschaftlichen und technisch-künstlerischen Experimenten. Sie beobachtete, wie sich Obsidian im Schmelzofen bei 825 Grad schäumend in Magma zurückverwandelte, die bei Erkalten zu Bims wurde. Sie schuf „geothermische Skulpturen“, indem sie flache Holzgebilde zweieinhalb Wochen lang vom extrem mineralischen 80 Grad heißen Wasser im Ablaufbecken eines isländischen Erdwärmekraftwerks umspülen und so von einer Siliziumoxidationschicht umkrusten ließ. Unsere Abbildung zeigt eine der in der Ausstellung hängenden Arbeiten dieser Grenzgängerin zwischen Naturwissenschaft und Kunst.

Und nun die Körpersteine. Zwei Sammlungen des BMM hat Ilana Halperin ausgiebig studiert. Erstens die berühmte Kollektion von Konkrementen der beiden Anatomen Gottlieb und Friedrich August Walter (Vater und Sohn) aus dem 18. Jahrhundert, Teil ihrer Präparatesammlung, die schon Virchow in sein Museum integrierte. Zweitens die Körpersteinsammlung von Navena Widulin, Präparatorin und Konservatorin des BMM. Mitte der 1990er Jahre begann sie Blasen/Gallen/Nierensteine zu sammeln, und aus ganz Deutschland werden sie ihr von Chirurgen und Pathologen geschickt.

Körpersteine sind nicht selten ästhetisch reizvoll, besonders bestimmte halbierte Gallensteine mit Strahlenmuster auf der Schnittfläche. Ilana Halperin hat nicht nur ein ästhetisches, sondern auch ein sehr persönliches Verhältnis zu Körpersteinen. Das zeigt ein großes Aquarell von sehr vielen solcher Steine, und unter allen steht tatsächlich ein Männer- oder Frauenvorname. Jeder Blasenstein ein Stück Unsterblichkeit.

Auch andere Formen der mineralischen Landgewinnung kommen in der Ausstellung zu ihrem Recht, von der Koralle und dem Schneckenhaus bis zur Lava-

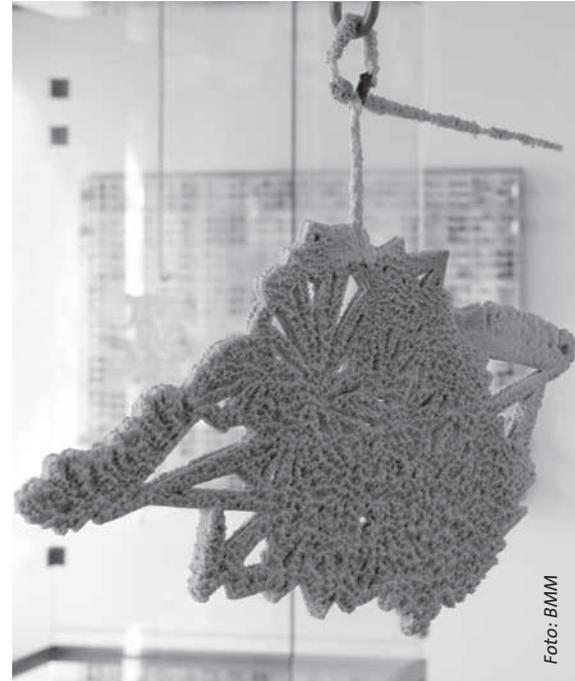


Foto: BMM

bombe. Speziell zum Thema Vulkanologie war parallel zur BMM-Ausstellung eine zweite Halperin-Schau zu sehen, leider nur bis Anfang Mai: im Ausstellungsraum der Schering-Stiftung (Unter den Linden 32/34). Die Stiftung hat beide Ausstellungen gefördert, dazu ein Begleitbuch; das mit einiger Verspätung erschien: die zweisprachige BMM-Publikation „New Landmass/Neue Landmasse“. Als Autorin zeichnet Ilana Halperin, Herausgeber sind die Kuratoren Sara Barnes und Andrew Patrizio.

Alle trugen auch Texte zu diesem inhaltsreichen Essayband bei, den leider das wenig benutzerfreundliche Design etwas beeinträchtigt. (Winzige Schrift, durch den Falz geteilte Abbildungen.) Zu den weiteren Autoren zählen u.a. BMM-Direktor Thomas Schnalke und Horst Bredekamp, Kunsthistoriker an der HU. Die Broschüre ist lesenswert, die Ausstellung sehenswert.

R. Stein

Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité, bis 15.7.2012. Di, Do, Fr, So 10-17, Mi u. Sa 10-19 Uhr. – Bis zum 19. September ist außerdem eine Ausstellung der Künstlerin Aya Ben Ron mit dem Watteau-Titel „A voyage to Cythera“ zu sehen.

BERLINER ÄRZTE

6/2012 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 Pötter (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:
© Stephan Drescher - istock
© haveseen - Fotolia.com
S. 14 © Lisa Eastman - 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