

BERLINER ÄRZTE

05 / 2013 50. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztammer Berlin

Knhow?

WIE WISSEN IN DIE PRAXIS KOMMT



Berliner
Gesundheitspreis
2013

Privileg der Selbstverwaltung



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

Staatlich organisierte Gesundheitssysteme scheinen es einfach zu haben: Eine aus Steuergeldern finanzierte Behörde betreibt und finanziert medizinische Einrichtungen, bestimmt die Anzahl und Größe von Krankenhäusern, die Verteilung von – zumeist – Hausarztpraxen und reguliert deren Arbeitsbedingungen. Solche Systeme werden von oben nach unten organisiert und bestimmt. Die einzelnen Berufsgruppen dürfen zusehen, wie sie in diesen Systemen klar kommen.

Dies führt dann hin und wieder zu unerfreulichen Auswüchsen. Aus Großbritannien wird über einen aktuellen Fall berichtet, bei dem in einem Krankenhaus durch schlechte pflegerische Versorgung mutmaßlich über tausend Patienten um Leib und Leben gebracht wurden. Als Reaktion darauf sollen Krankenschwestern, die in Großbritannien eher mit „Hilfsärzten“ vergleichbar sind, künftig auch ein Jahr in der Grundpflege arbeiten (füttern, waschen, anziehen ...). Üblicherweise wird diese Pflege in Großbritannien von sogenannten „Health-care assistants“ durchgeführt. Ziel dieser Maßnahme sei es, Krankenschwestern wieder stärker mitfühlende Pflege nahe zu bringen. Dies sei in der Vergangenheit sträflich vernachlässigt worden.

Nun könnte man sich getrost zurücklehnen und mit dem Zeigefinger auf Großbritannien zeigen. Dies wäre falsch. Mit dem Sündenbockprinzip ist niemandem

gedient. Es geht nicht darum Schuldige zu suchen – „WER war schuld?“ –, sondern den Ursachen von Missständen und Fehlentwicklungen auf den Grund zu gehen – also zu fragen, „WAS war schuld?“. Wie konnte es dazu kommen, dass möglicherweise eine ganze Berufsgruppe das Grundprinzip ihrer Arbeit aus dem Blickfeld verloren hat? Nachhaltige Aufklärung und eine auf das Patientenwohl konzentrierte Gesundheitspolitik wäre wichtig. Ob die britische Regierung dies hibekommt, werden wir sehen.

In Deutschland erleben wir derzeit auch kritische Entwicklungen. Einer einseitigen Kostendämpfungspolitik und Skandalisierung der Patientenversorgung („Ärztepfusch!“) scheint nun eine Kriminalisierung von Ärzten zu folgen. In einer einseitig geführten Diskussion über Korruption und Vorteilsnahme wird u.a. nach einer Änderung des Strafgesetzbuches gerufen. Korruption muss selbstverständlich mit allen geeigneten Mitteln entgegnet werden. Aber das gilt nicht nur für Ärzte, sondern ausnahmslos für alle Berufe, alle Leistungsträger inklusive Krankenkassen und auch die Politik. Ob dazu neue Strafgesetzbuchparagrafen nötig und hilfreich sind, ist fraglich.

Der Ruf nach dem Staatsanwalt und dem Gesetzgeber löst die Probleme im Gesundheitswesen nicht. Es wäre ein weiterer Schritt, eigene Verantwortung an Dritte abzugeben und ein peinliches

Manöver, das letztlich nur den Protagonisten eines staatlichen Gesundheitswesens in die Hände spielt.

Das Prinzip der Selbstverwaltung in Deutschland ist ein hohes Gut. Je näher man an der unmittelbaren Patientenversorgung ist, umso eher zeigt sich, woran eine gute Versorgung krankt. Es ist Aufgabe aller Beteiligten – Krankenkassen, Krankenhäuser, Patientenverbände und ärztliche Organisationen – gemeinsam mit der Politik um geeignete Lösungen zu ringen. Gemeinsame Verantwortung ist Selbstverwaltung im bestverstandenen Sinne. Die enge Koppelung von versorgungsrelevantem Fachverstand und politischer Kompetenz bietet große Chancen, unser System beständig am Patientennutzen – statt an medizinfremden Parametern – auszurichten. Die Plattform, die der neu geschaffene Lenkungsausschuss nach Paragraph 90a SGB V bietet, könnte eine Chance sein.

Patientinnen und Patienten brauchen keine Skandale, sondern eine hochwertige Behandlung und humane Betreuung. Ärztinnen und Ärzte brauchen Rechtsicherheit und Unterstützung, bei Leibe keine pauschale Diffamierung. Eine Gesundheitspolitik, die das Engagement für eine gute Patientenversorgung belohnt und für eine versachlichte Auseinandersetzung über die besten Lösungen eintritt, täte unserem Selbstverwaltungssystem gut. Wir Ärztinnen und Ärzte tragen unseren Teil weiterhin aktiv dazu bei.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Neuregelung zur Fortbildung im Krankenhaus

Die Ärztekammer Berlin möchte darauf hinweisen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Neufassung der für die stationär tätigen Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten geltenden Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) beschlossen hat, die am 1. Januar 2013 in Kraft getreten sind.

Der bisherige Normtext wurde auf der Grundlage von externen Hinweisen grundlegend überarbeitet, um Auslegung und Umsetzung der Regelungen zu vereinfachen. Neben der Konkretisierung von Textpassagen, insbesondere zum fortbildungsverpflichteten Personenkreis, wurde auch das Nachweisverfahren vereinfacht, indem die Vorgaben des G-BA mit den bereits bestehenden Regelungen zur Fortbildungspflicht harmonisiert wurden. Dabei handelt es sich zum einen um die Pflicht zur fachlichen Fortbildung der Vertragsärzte (§ 95d SGB V) und zum anderen um die berufsrechtlichen Regelungen, die in den länderspezifischen Berufs- und Fortbildungsordnungen der Kammern festgelegt sind.

Die neuen Regelungen präzisieren u.a., wie der fortbildungsverpflichtete Personenkreis definiert ist. Maßgeblich für die Fortbildungspflicht ist allein, ob die Person fachärztlich oder psychotherapeutisch mittelbar oder unmittelbar in der Patientenversorgung in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus tätig ist. Insbesondere wenn die fachärztliche bzw. psychotherapeutische Qualifikation Grundlage für die arbeits- oder honorarvertragliche Beziehung oder die Berufsgrundlage für beamtete Personen ist, kann dies laut den neuen Regelungen als Hinweis genutzt

werden, dass die Person den FKH-R unterliegt. Allerdings ist nicht die vertragliche Ausgestaltung entscheidend, sondern die tatsächlich ausgeübte fachärztliche oder psychotherapeutische Tätigkeit.

Die FKH-R richten sich grundsätzlich auch an beratend bzw. konsiliarisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie Honorarärztinnen und Honorarärzte. Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurginnen und -Chirurgen unterfallen ebenfalls den Regelungen. Im Labor oder in der Pathologie tätige Personen sind als mittelbar in die Patientenversorgung einbezogen von der FKH-R ebenfalls erfasst.

Die Regelungen gelten nicht für ausschließlich administrativ und organisatorisch tätige Personen, die nicht unmittelbar oder mittelbar in die Diagnostik und Therapie der im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten eingebunden sind und nicht mit der Heilbehandlung und Bekämpfung von Krankheiten praktisch befasst sind. Auch ausschließlich betriebsärztlich tätige Fachärztinnen und Fachärzte unterliegen nicht dem Anwendungsbereich der FKH-R.

Eine Verlängerung der Fortbildungsnachweisfrist bei Unterbrechung der Tätigkeit wird durch die neuen Regelungen nunmehr auf maximal zwei Jahre begrenzt. Zu den Ausnahmetatbeständen für eine Verlängerung der Nachweisfrist führen die Regelungen gängige Arbeitsunterbrechungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, Mutterschutz, Elternzeit und Pflegezeiten an. Die Begrenzung auf zwei Jahre ist dem Ziel der Regelungen geschuldet, die fachärztli-

che und psychotherapeutische Qualifikation als eine Maßnahme der Qualitätssicherung permanent auf dem aktuellen Wissensstand zu halten. Eine längere fortbildungsfreie Zeit (wie nach den alten Regelungen grundsätzlich möglich), würde diesem Ziel nicht mehr gerecht werden.

Entfallen ist die Vorschrift, dass von den 250 Fortbildungspunkten mindestens 150 Punkte durch fachspezifische Fortbildung erworben sein müssen. Zudem muss ein entsprechender Nachweis nicht mehr wie bisher der ärztlichen Direktion vorgelegt werden. Die Neuformulierung spricht lediglich davon, dass die fortbildungsverpflichtete Person sich überwiegend fachgebietspezifisch fortbilden muss. Die Unterscheidung zwischen fachgebietsspezifischer und sonstiger Fortbildung trifft nach wie vor die fortbildungsverpflichtete Person selber.

Die Ärztliche Leitung hat die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung zu überwachen und jährlich zu prüfen, ob ein entsprechendes Zertifikat vorliegt, das nicht älter als 5 Jahre ist. Entfallen sind damit die umfangreichen bürokratischen Beweispflichten der Krankenhausleitung; es bleibt aber bei der Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser.

Die vollständigen Regelungen einschließlich der tragenden Gründe sind auf der Website des G-BA (www.g-ba.de) veröffentlicht.

Dr. Henning Schaefer
Leiter Abteilung Fortbildung /
Qualitätssicherung



TITELTHEMA.....



**Berliner
Gesundheitspreis
2013**

Wie Wissen in die Praxis kommt

..... 14



EDITORIAL.....

Privileg der Selbstverwaltung
Von Günther Jonitz3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

Deutsche Ethik-Front gegen Brüssel
Erneut Kritik an EU-Plänen für Tests mit
Humanarzneimitteln
Von Harald Neuber21

**Die Grenzen der evidenzbasierten
Medizin**
Von Rosemarie Stein24

Problematische Kontakte
Bericht über eine Veranstaltung zu Inter-
essenkonflikten von Ärzten
Von Cornelia Stolze28

Die Weisheit des Weglassens
Von Adelheid Müller-Lissner31

FORTBILDUNG.....

**Neuregelung zur Fortbildung im
Krankenhaus**.....4

Sicherer verordnen10

**Der Veranstaltungskalender der
Ärztekammer Berlin**22

Berliner Notdienst Kinderschutz
Aktuelles Fortbildungsangebot der
Ärztekammer Berlin26

BERUFSRECHT.....

**Datenschutzgerechte Entsorgung
von Patientenunterlagen**.....33

FEUILLETON.....

**Berliner Medizinhistorisches
Museum der Charité**
Eine Erfolgsgeschichte
Von Rosemarie Stein35

PERSONALIEN.....

**Ulrike Albrecht zum
90. Geburtstag**36

Geriatric

Werden Ihre alten Patienten vernachlässigt oder gar misshandelt?

Alle reden von misshandelten oder vernachlässigten Kindern – mit Recht. Aber was ist mit den Alten? Von Overprotection oder Demütigungen zu Hause bis zu Serienmorden im Krankenhaus reicht das, was in den USA „Elder Abuse“ genannt wird. Dort gibt es sogar ein „National Committee for the Prevention of Elder Abuse“. Das berichtete auf dem 42. Symposium für Juristen und Ärzte in Berlin Claus Köppel, Leiter des Zentrums für Altersmedizin im Wenckebach-Klinikum.

Die meisten hilfsbedürftigen alten Menschen würden zwar aufopferungsvoll von Angehörigen und Professionellen versorgt und gepflegt. Aber es gebe leider auch Ausnahmen mit einem breiten Spektrum von Entwürdigung, Übergriffigkeit, Gewalt, Misshandlung, Übervorteilung und Isolierung. Am ehesten erkennbar sind die Zeichen schlechter körperlicher Pflege, wie Dekubitus, Exsikkose, Mangelernährung

oder Kontrakturen. Psychische Misshandlungen dagegen spielen sich eher im Verborgenen ab.

Köppel erwähnte auch Fälle, bei denen alte Menschen am würdigen Sterben gehindert werden: Wenn zum Beispiel Angehörige einen völlig dementen Sterbenden auf der Intensivstation behandeln lassen wollen, um noch möglichst lange seine Rente kassieren zu können. Er rief Ärzte und andere professionell Beteiligte dazu auf, mehr Sensibilität für diese Probleme zu entwickeln und darauf zu achten, ob ihre alten Patienten vernachlässigt oder gar physisch und psychisch misshandelt werden.

Bei „Pfleger in Not“ (Telefon 030/69 59 89 89) kann man sich beraten lassen, auch anonym (wichtig für Überforderte, die vielleicht gewalttätig wurden oder werden könnten).

R. St.

Fortbildung

Neue Regelung zum Fortbildungspunkteübertrag

Im Jahr 2006 wurde zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Ärztekammer Berlin vereinbart, dass diejenigen Berliner Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die aus einem Fortbildungszertifikatszeitraum mehr als die für die Ausstellung eines Fortbildungszertifikates der Ärztekammer Berlin vorgeschriebene Mindestanzahl von 250 Fortbildungspunkte erworben haben, grundsätzlich bis maximal 50 „überzählig“ erworbene Fortbildungspunkte in den nachfolgenden Zertifikatszeitraum übertragen lassen können.

Die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Ärztekammer Berlin haben Einvernehmen darüber hergestellt, diese Regelung ab 2013 außer Kraft zu setzen. Die gängige Praxis, dass eine vorfristige Zertifikatsausstel-

lung erfolgen kann, sobald 250 Fortbildungspunkte erreicht sind, wird beibehalten.

Für die fortbildungsnachweispflichtigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gemäß der Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V kommt damit in Berlin ab 2013 folgende Regelung bei der Punktekontenverwaltung und Ausstellung der Fortbildungszertifikate durch die Ärztekammer Berlin zur Anwendung:

Für alle Zertifikatszeiträume, die ab dem 01.07.2013 beginnen, gilt: Bei der Ausstellung eines Erst- oder Folgezertifikates erfolgt kein Übertrag von überzähligen Fortbildungspunkten in den nachfolgenden Zertifikatszeitraum (s. auch S. 4).

Hauptstadtkongress 2013

Schwerpunkt für Niedergelassene

Der diesjährige Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, der vom 5. bis 7. Juni im ICC-Berlin stattfindet, hat einen Schwerpunkt für niedergelassene Ärzte. Beim so genannten „Tag der Niedergelassenen“ am 5. Juni im Rahmen des Deutschen Ärzteforums laden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu einem Forum speziell für die Anliegen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten ein. Höhepunkt ist eine politische Diskussionsveranstaltung um 14 Uhr. Dann debattiert der KBV-Vorstand mit Vertretern gesellschaftlich relevanter Gruppen das Thema „Eine Frage an die Gesellschaft: Wie viel Gesundheit wollen wir uns künftig leisten?“

Ein Workshop zum Thema „Regress – Was tun? Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Praxis“ wird geleitet vom Vizepräsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Elmar Wille. Gesprächspartner ist unter anderem KV-Vorstand Burkhard Bratzke. Der Workshop findet am 5. Juni von 16.00 bis 17.30 Uhr statt.

Zum Tag der Niedergelassenen erhalten Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal sowie Medizinstudenten und PJ-ler freien Eintritt.

Anmeldungen und weitere Informationen unter:
www.tag-der-niedergelassenen.de.

Im Rahmen des Deutschen Ärzteforums finden zwei weitere Veranstaltungen unter maßgeblicher Beteiligung der Ärztekammer Berlin statt:

Am 5. Juni von 14.00 bis 15.30 Uhr leitet Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz zusammen mit Professor Dr. Walter Schaffartzik die Veranstaltung „Patientensicherheit nach dem Patientenrechtegesetz“.

Dr. Jonitz führt dabei in die „Politische Bedeutung des Themas für die Ärzteschaft“ ein.

Direkt im Anschluss (16.00 bis 17.30 Uhr) leitet der Berliner Kammerpräsident zusammen mit Dr. Michael O. R. Kröher

die Veranstaltung „Im Brennpunkt – Die Leadership-Rolle des Arztes“. Dabei geht es um das Thema „Ärztliche Führung“, über das BERLINER ÄRZTE ausführlich in Heft 1/2013 berichtete. Außerdem bietet die Ärztekammer Berlin dazu regelmäßig Kurse an (s. S. 12).



Weitere Informationen finden Sie unter
www.hauptstadtkongress.de

ANZEIGE

Leserbriefe zu: *Ist das die Möglichkeit? – Ein kluges Buch über Homöopathie. Buchbesprechung zu „Die Homöopathie-Lüge“, in Heft 4/2013, S. 4*

Leserbriefe

Es ist zu begrüßen, dass Sie durch die sachliche und positive Berichterstattung des Buches „Die Homöopathie-Lüge“ von Weymayr & Heißmann Ihrer Verpflichtung zur Aufklärung nachkommen. Wie die Autoren weisen Sie darauf hin, dass der Druck der Medien (m.E. manchmal eher gekauft als schlecht informiert) sowohl Ärzte als auch Krankenkassen zu unvernünftiger Globuli-Medizin veranlasst. Mir ist es zweimal passiert, dass mich Kolleginnen angerufen haben, ob ich als mitbehandelnder Facharzt ein notwendiges Antibiotikum verschreiben könne, weil sich das nicht mit ihrem Ruf als sog. Naturärztin und Homöopathin vertragen würde. Durch die takt-

volle Gegenüberstellung von Schwächen einer durchrationalisierten Gesundheitsversorgung einerseits und der Zuwendung mit Zeit andererseits ermöglichen Autoren und Kommentator 45% der Ärzte, die angeblich homöopathische Therapien anbieten, die Gesichtswahrung und ihr vernunftswidriges Verhalten zu überdenken. Man könnte solchen Kollegen auch die unsinnigen Abrechnungsbedingungen zugutehalten, z.B. bei der GOÄ eine homöopathische Anamnese (Pos. 30, 2,3-fach) 52,46€, aber eine eingehende Beratung (Pos. 3, 2,3-fach) nur 8,74€, was bei EKG, Labor etc. am selben Tag nicht möglich ist, und dann (Pos. 1, 2,3-fach) sogar nur 4,66€!

*Prof. Dr. Klaus-Werner Wenzel,
Berlin*

Einen wichtigen Grund für den anhaltenden Erfolg der Homöopathie vermissen Sie im besprochenen Buch wie in seiner Rezension: Es ist die ärztliche Polypragmasie bei der medikamentösen Therapie. Sie war ein wesentliches Übel, das Hahnemann zu seiner Lehre brachte – und sie macht uns Ärzte nach wie vor angreifbar. So berichtet eine junge Doktorandin aus Graz, dass mehr als 14% der über 65-Jährigen täglich neun und mehr Medikamente einnehmen. Die reduktiven Empfehlungen von Beers und McLeod, die kritisch auf Nutzen/Risiko bzw. auf Interaktionen abstellen, wenn es um geriatrische Medikation geht – ihre tägliche Anwendung ist eher gering. (...) Wenn die schiere Menge reflexartig verordneter Pillen zu groß wird, ist der

Wunsch nach einer reduktiven Alternative durchaus nachvollziehbar. Dann akzeptieren selbst gebildete Mitteleuropäer „das Gedächtnis des Wassers“, das mangels Substanz für die Placebo-Wirkung erhalten muss. Und die Kollegen führen gerne das dazu notwendige ärztliche Gespräch, zumal die Vergütung für eine homöopathische Erst-Repertorisation in unserer Gebührenordnung die Grundpauschale des gesamten Quartals weit übersteigt.

*Dr. Hans-G. Fritz,
Berlin*



ANZEIGEN

Europäisches Ärzteorchester gibt Konzert in Berlin



Der Australier Miklos Pohl, plastischer Chirurg und begeisterter Hobbymusiker, gründete das Australische Ärzteorchester, das 1993 sein erstes Konzert gab. Als Pohl 2003 nach London umzog, nahm er sich vor, ein Europäisches Ärzteorchester nach dem australi-

schen Vorbild zu gründen. Im November 2004 wurde das Europäische Ärzteorchester mit seinem Eröffnungskonzert in der Blackheath Hall in London aus der Taufe gehoben und die Spieler mit einem ausverkauften Konzert belohnt. Seitdem gibt das

Orchester zwei Konzerte pro Jahr, eines in London und eines auf dem europäischen Festland. Nach großartigen Konzerten in Bukarest, Budapest, Verona, Posnan, Oslo und London freut sich das Europäische Ärzteorchester nun auf sein zweites Konzert in Berlin, das am 2. Juni 2013 um 20 Uhr im Konzerthaus am Gendarmenmarkt stattfinden wird. Am 2. Juni werden unter der Leitung von Warwick Stengaards die „Faust Ouvertüre“ von Richard Wagner und die dritte Sinfonie („Rheinische“) von Robert Schumann erklingen. Bei der „Schottischen Fantasie“ für Violine und Orchester von Max Bruch wird Marlene Ito Solistin sein. Sie ist seit 2011 Mitglied der Berliner

Philharmoniker. An der Harfe wird sie von Sarah Verrue begleitet, die derzeit Stipendiatin an der Orchesterakademie der Berliner Philharmoniker ist.

Der Erlös des Konzertes ist für das Hospiz der Paul Gerhardt Diakonie bestimmt, welches auf dem Gelände des Martin Luther Krankenhauses in Berlin-Charlottenburg im Sommer eröffnet wird.

Die Eintrittskarten sind zu je 20 € über das Konzerthaus (www.konzerthaus.de) erhältlich.

Weitere Informationen finden Sie unter www.europeandoctors-orchestra.com

*Tetrazepam***Schwere Hautreaktion**

Grundsätzlich sollte das Benzodiazepin und Muskelrelaxans Tetrazepam (Musaril®, Generika) wegen zentralnervöser UAW (z.B. Benommenheit) und wegen seines Abhängigkeitspotentials nur zurückhaltend eingesetzt werden. Aufgrund schwerer Hautreaktionen (Stevens-Johnson-Syndrom, SJS, Toxische epidermale Nekrolyse, TEN, DRESS-Syndrom) und Kontaktdermatitiden hat nun die französische Überwachungsbehörde ein Verfahren zur Prüfung der Sicherheit dieses Arzneistoffes bei der europäischen Arzneimittelagentur EMA beantragt. Elf Todesfälle sind in der französischen Pharmakovigilanz-Datenbank dokumentiert. Ein Ergebnis der Neubewertung wird bis April dieses Jahres erwartet.

Quelle: Pharm. Ztg. 2013; 158: 119-20

*Vitamin C***Sinnlose Dosierungen, sinnlose Indikationen**

Eine Zufuhr von 100 bis 150 mg/d Vitamin C genügt in der Regel, höhere Dosen (ab 200mg/d) überfordern die Rückresorptionskapazität der Nieren und werden über den Urin ausgeschieden oder führen zur Down-Regulation eines Vitamin C-Transporters im Dünndarm und zu osmotischen Diarrhoen. Obwohl der NOAEL (no observed adverse effect level) bei 2g/d liegt, soll nach einer neuen schwedischen Studie bereits 1 g Vitamin C auf Dauer bei Männern zu einer dosisabhängigen Bildung von

kalziumoxalathaltigen Nierensteinen führen. Dies betrifft insbesondere Risikogruppen wie Patienten mit angeborenen Stoffwechseldefekten (Thalassämie, Hämochromatose, Glukose-6-phosphat-Dehydro-genase-Mangel), mit sekundärer Hyperoxalurie oder mit Morbus Crohn. Die hochdosierte Gabe von Vitamin C (im Extremfall über 15 g/d) ist bei Indikationen wie Krebserkrankungen, Herz-/Kreislaufkrankungen, Allergien, Atemwegsinfekten nicht belegt.

Quellen: Bundesinstitut für Risikobewertung, Verwendung von Vitaminen in Lebensmitteln, Berlin 2004, S.225-234, www.aerzteblatt.de/nachrichten/53324, Versicherungsmedizin 2012; 64(2): 85; Ärzte Zeitung vom 20.02.2013

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht. Tel.: 0211/4302-2272, Fax: 0211/4302-2279, E-Mail: dr.hopf@aekno.de, Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

NACHRICHTEN

Fortbildung

„6. Gesundheitsforum – Diabetes und Sport“

Diabetes mellitus kann angesichts einer Prävalenz in Deutschland von aktuell ca. 8,8% als sog. Volkskrankheit angesehen werden. Chronischer Bewegungsmangel stellt neben einem ungünstigen Ernährungsverhalten einen der wesentlichen beeinflussbaren Risikofaktoren dar insbesondere für den Diabetes Typ 2, der rund 90% der diagnostizierten Fälle ausmacht. Körperliche Aktivität und Sport spielen daher in der Prävention, aber auch in der Rehabilitation von Diabetes eine wichtige Rolle.

Das 6. Gesundheitsforum im Rahmen der gemeinsam von der Ärztekammer Berlin, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, dem Berliner Sportärztebund und dem Landessportbund Berlin initiierten Kampagne „Berlin komm(t) auf die Beine“ beschäftigt sich mit den Zusammenhängen von Diabetes und Sport. Ziel der Kampagne ist es, eine enge Vernetzung zwischen der Berliner Ärzteschaft und den im Gesundheitssport aktiven Berliner Sportvereinen zu entwickeln, um hierdurch möglichst viele Berliner Bürgerinnen und Bürger zur Ausübung von gesundheitsorientiertem Sport zu motivieren.

Datum: Samstag, 08.06.2013

Zeit: 09:15 - 15:30 Uhr

Ort: Sportschule des Landessportbundes Berlin, Priesterweg 4-6b, 10829 Berlin

Inhalte:

Medizinischer Fachvortrag:

- Diabetes und Sport (Dozentin: Prof. Dr. med. Dr. sportwiss. Christine Graf, Deutsche Sporthochschule Köln)

Seminarthemen:

- Präventives Ausdauertraining mit dem Aerobic-Stepper (Dozentin: Sabina Biele, staatl. gepr. Gymnastiklehrerin, Übungsleiterin B Rehabilitationssport)
- Krafttraining mit alternativen Geräten (Dozent: Alexander Niere, Dipl.-Sportwissenschaftler, Sporttherapeut)

- Ernährung und Diabetes (Dozentin: Tamara Schulz, staatl. gepr. Diätassistentin, Diabetesberaterin, medizinische Ernährungsberaterin)
- Diabetes Programm Deutschland – Laufen mit Diabetes (Dozent: Dr. Michael Rosenbaum, Diabetiker Typ 1, Vizepräsident Wirtschaft und Finanzen des Deutschen Behindertensportverbandes)
- Spiele im Rehasport mit Diabetikern (Dozentin: Dr. Cathleen Gaede-Illig, Dr. phil. Sportwissenschaftlerin, Sporttherapeutin)
- Fit mit Fidelio – Sport für übergewichtige Kinder und Jugendliche (Dozent: Endré Puskas, Dipl.-Sportwissenschaftler)

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. Jürgen Wismach (Präsident Berliner Sportärztebund)

Fortbildungspunkte:

8 Punkte der Kategorie C

Teilnahmegebühr: 30 €

Weitere Informationen:

Christoph Stegemann,
Landessportbund Berlin,
Tel.: 030/30002164,
E-Mail: C.Stegemann@lsb-berlin.de



Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm 2013-2014 nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Wegen der hohen Nachfrage nach diesem Kurs hat die Ärztekammer Berlin in diesem Jahr einen zusätzlichen Kurs eingerichtet, der schon im August beginnt.

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

Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem Punkt an: Im Mittelpunkt steht die Führungsperson selbst. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen. Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln. 2013 wird das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin bereits im vierten Jahr durchgeführt. Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei

Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz.

Bei abendlichen Kamingsprachen werden zusätzlich zum Tagesprogramm aktuelle Fragestellungen der Führung aus ungewohnten Blickwinkeln diskutiert.

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

Termine:

Modul 1

Die Praxis des Führens
Do. 22.08. – 24.08.2013

Modul 2

Führen als interaktiver Prozess
Do. 24.10. – 26.10.2013

Modul 3

• Veränderungsprozesse managen

• Gesundheitspolitischer Rahmen
• Betriebswirtschaftl. Steuerung
Do. 21.11. – 23.11.2013

Modul 4

Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts
Fr. 28.02.2014

Veranstalter:

Ärztekammer Berlin

Kursleitung:

Priv.-Doz. Dr. Peter Berchtold

Ort: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder/Berlin

Ansprechpartnerinnen:

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

Angelika Mindel-Hennies
Tel.: 030 - 40806 1405
Fragen zum Inhalt

E-Mail: aertzliche-fuehrung2013@aekb.de

Infektionen

Zunehmende Masernfallzahlen in Berlin

Dringender Aufruf zur Schließung von Impflücken bei Kindern und Erwachsenen

Die hoch infektiöse, aber impfpräventable Infektionskrankheit Masern ist seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sowohl für klinisch tätige Ärzte/innen als auch für Labormeldepflichtig.

Bis zum Jahr 2009 lag die jährliche Inzidenz der gemäß IfSG gemeldeten Masernfälle in Berlin unter dem bundesweiten Wert und überschritt nie den Wert von einem Fall pro 100.000 Einwohner. In den Jahren 2010

und 2011 wurden in Berlin jeweils größere Masernausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen gemeldet, die durch einem großen Anteil ungeimpfter Personen gekennzeichnet waren.

Dies führte zu hohen Jahresfallzahlen von 92 bzw. 160 Erkrankungen in Berlin und zu Inzidenzen, die erstmals deutlich über dem bundesweiten Niveau lagen.

Seit Februar 2013 nehmen die gemeldeten Masernfälle in Berlin erneut stark zu auf bisher 36 Fälle, während es im Vergleichszeitraum 2012 lediglich fünf Fälle waren.

Angesichts dieser Situation möchte die Ärztekammer Berlin den Kammermitgliedern nachfolgend eine aktuelle Fachinformation des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (LaGeSo) zur Kenntnis geben. Überdies empfiehlt die Senats-

verwaltung für Gesundheit und Soziales allen Erwachsenen, die nach 1970 geboren wurden, die Überprüfung ihres Masernimpfstatus.

Die vollständige Fachinformation des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (LaGeSo) finden Sie per Mausklick unter www.lageso.berlin.de Zunehmende Masernfallzahlen/ Dringender Aufruf zur Schließung von Impflücken

Kurs I

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen Breaking Bad News – Basiskurs

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

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

Die Ärztekammer Berlin bietet Ärztinnen und Ärzten die aktive Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten an für (Erst-)Diagnose, Rezidiv bzw. Progress unter Therapie sowie

für die präfinale Phase. An Hand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten SimulationspatientInnen geübt und bearbeitet.

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Christine Klapp
Termin: Freitag 16.08.2013 – Samstag 17.08.2013
Ort: Ärztekammer Berlin

Anmeldung: Tel.: 40806-1209,
E-Mail: s.zippel@aekb.de
Maximal 15 Teilnehmer, 290 €, 17 Fortbildungspunkte.

Kurs II

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen Neu: Breaking Bad News – Aufbaukurs

Die Übermittlung schlechter Nachrichten in der Medizin gehört zu den größten Herausforderungen und Belastungen in der Interaktion zwischen Ärzten und ihren Patienten sowie deren Angehörigen. Fünf Basis-Kurse zum Überbringen schlechter Nachrichten sind seit 2010 über die Ärztekammer Berlin organisiert und erfolgreich durchgeführt worden.

Viele der damaligen Teilnehmer haben nach einer Fortsetzung bzw. Auffrischung gefragt, die wir Ihnen hiermit anbieten können. Daher wendet sich dieser Aufbau-Kurs an ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die bereits einen Basis-Kurs zum „Überbringen schlechter Nachrichten“ oder einen vergleichbaren Kurs für Arzt-Patient-Kommunikation absolviert haben. Wünsche und Anregungen aus diesen Kursen gingen dabei in die thematische Planung und Umsetzung ein.

Diese sind: Ein Erfahrungsaustausch zur Anwendung des bisher Gelernten, die Möglichkeit zur Einreichung eigener Fälle und darstellerische Umsetzung als Angebot (s. u.), möglichst viele praktische Übungen im Rollenspiel und mit Simulations-Patienten in individueller

thematischer Abstimmung mit den Teilnehmern sowie Copingstrategien für den Arzt – wie geht man mit der eigenen Belastung um?

Inhaltliche Schwerpunkte (je nach Bedarf in Abstimmung mit den Teilnehmern) können sein:

- Gespräche mit Angehörigen,
- Begleitung zum Lebensende,
- Spiritualität,
- ethnische Besonderheiten,
- pränatale Diagnostik und
- Teilnahme an wissenschaftlichen Studien.

Videoaufzeichnung und Auswertung der Arzt-Patient-Gespräche sind möglich.

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Christine Klapp
Termin: Freitag 06.09.2013 – Samstag 07.09.2013
Ort: Ärztekammer Berlin
Anmeldung:
Tel.: 40806-1209,
E-Mail: s.zippel@aekb.de
Max. 15 Personen,
290 €, 17 Fortbildungspunkte.

Kurs

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Kurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2013 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine:
Präsenzwoche 1:
09.09. – 14.09.2013 /
Woche 2: 21.10. – 26.10.2013 /
Woche 3: 09.12. – 14.12.2013
(jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort:
Ärztekammer Berlin,
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen:
Tel.: 40806-1402
(Organisation)
Tel.: 40806-1207 (Inhalte)

oder per E-Mail:
QM-Kurs2013@aekb.de

Berliner Gesundheitspreis 2013



Alle Fotos: Sascha Rudat

Wie Wissen in die Praxis kommt

Von Sascha Rudat



Evidenzbasierte Medizin (EbM) als Voraussetzung für eine wissenschaftlich überprüfbare Patientenversorgung ist inzwischen weltweit akzeptiert – von Wissenschaftlern, Ärzten und vielen Gesundheitspolitikern.

In Deutschland ist die EbM nicht zuletzt durch die intensiven Aktivitäten der Ärztekammer Berlin salonfähig geworden. So finden wir uns heute vor der an sich glücklichen Situation, dass rund um den Globus tagtäglich neues fundiertes Wissen produziert wird. Doch gleichzeitig stehen wir vor der Herausforderung, dieses Wissen dorthin zu bringen, wo es hin soll: Zum Patienten nämlich. Genau dieser Frage ist der Berliner Gesundheitspreis 2013 nachgegangen und hat Projekte gesucht, die beispielhaft für einen gelungenen Wissenstransfer sind.

Vier herausragende Projekte wurden am 19. März gemeinsam vom AOK Bundesverband, der AOK Nordost und der Ärztekammer Berlin im Rahmen einer Festveranstaltung ausgezeichnet.

Die unabhängige Jury aus Ärzten, Krankenkassenvertretern, Wissenschaftlern und Gesundheitspolitikern hatte keine leichte Aufgabe. Aus 56 Projekten mussten sie diesmal die besten auswählen und ein Preisgeld von insgesamt 50.000 Euro verteilen. Die Jury hatte es sich nicht einfach gemacht und intensiv beraten. Dabei zeigte sich auch, dass keines der Projekte hundertprozentig alle Vorgaben der Jury erfüllte, an der einen oder anderen Stelle kleine Abstriche gemacht werden mussten. Damit wurde auch deutlich, dass es das idealtypische Projekt nicht gibt. Dies würde auch beim Blick auf die Unterschiedlichkeit der vier Projekte anschaulich, die am 19. März im Atrium des AOK-Bundesverbandes prämiert wurden. Dabei wurden neben dem 1. und 2. Preis jeweils zwei 3. Preise vergeben.

Ohne Minister

Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP), der eigentlich erstmals an der Verleihung teilnehmen sollte – den vorherigen Preis hatte noch sein Amtsvorgänger Philipp Rösler vergeben – sagte leider kurzfristig ab. Er musste mit der Kanzlerin zur Amtseinführung des neuen Papstes nach Rom. An seiner Stelle sprang die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz (CDU) ein, die den ersten Preis übergeben durfte. Die Vorsitzende des Bundestagsgesundheitsausschusses, Carola Reimann (SPD), fiel krankheitsbedingt ebenfalls aus. Jury-Kollegin Dr. Regina Klakow-Franck, Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, laudierte für sie die Träger eines der beiden dritten Preise.



Die Schauspieler von Paternoster



AOK-Chef Graalmann:
Impulse für eine bessere Qualität

Bei der Präsentation der Siegerprojekte gingen die Veranstalter dieses Mal neue Wege. Während in der Vergangenheit wiederholt kleine Filme über die Projekte vorgeführt wurden, so standen diesmal Schauspieler des Improvisationstheaters Paternoster auf der Bühne und führten die rund 200 Gäste in die Thematik des jeweiligen Projekts ein.

Nachahmung ausdrücklich erwünscht

AOK-Vorsitzender Jürgen Graalmann erklärte in seiner Eröffnungsrede zu den Zielen des seit 1995 vergebenen Preises: „Wer die Qualität in der Versorgung verbessern will, muss die vorhandenen wissenschaftlich begründeten Erkenntnisse kennen und berücksichtigen. Dass das im Alltag in Krankenhaus und Praxis durchaus machbar ist, zeigen die Modelle unserer Preisträger eindrucksvoll. Deshalb sage ich, Nachahmung deutschlandweit ausdrücklich erwünscht.“ Graalmann betonte, dass wir in Deutschland ein Gesundheitswesen hätten, für das wir vielerorts beneidet würden. Doch dauere es oft zu lange, bis gesichertes Wissen in der Praxis und beim Patienten ankomme. Er erwarte deshalb, dass vom diesjährigen Berliner Gesundheitspreis Impulse für eine bessere Qualität und Evidenz in der Versorgung ausgehen. *srd*

Weitere Informationen unter
www.berliner-gesundheitspreis.de

Die Jury des Berliner Gesundheitspreises 2013

- **Prof. Dr. rer. nat. Gerd Antes**
Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums, Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik, Universitätsklinikum Freiburg
- **Dr. med. Wolfgang Blank**
Facharzt für Allgemeinmedizin, Sprecher Fachbereich EbM in Klinik und Praxis des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin e.V. und Preisträger des Berliner Gesundheitspreises 2004
- **Rainer Knerler**
Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
- **Karin Maag, MdB**
CDU/CSU, Mitglied des Bundestags-Ausschusses für Gesundheit
- **Dr. rer. nat. Carola Reimann, MdB**
SPD, Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit
- **Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch**
Stellvertretende Direktorin, Leiterin des Arbeitsbereichs Chronische Krankheit und Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin, J. W. Goethe Universität Frankfurt
- **Prof. Dr. med. Jürgen Windeler**
Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWi)
- **Dr. rer. pol. Volker Hansen**
Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes
- **Dr. med. Günther Jonitz**
Präsident der Ärztekammer Berlin
- **Dr. med. Regina Klakow-Franck M.A.**
Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

1. Preis Gemeinsam für mehr Sturzsicherheit

Leitlinie zur Sturzprophylaxe: Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz



Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz (re.) und der österreichische Botschafter Ralph Scheide beglückwünschen Helga Breimaier (z.v.r.) und Christa Lohrmann.

Der erste Platz und damit ein Preisgeld in Höhe von 20.000 Euro ging an das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Graz in Österreich. Obwohl es in der Klinik bereits seit einiger Zeit eine Leitlinie zur Sturzprophylaxe bei älteren Patienten gab, wurde das Konzept zunächst nicht ausreichend in den Pflegealltag integriert. Erst im Rahmen eines Forschungsprojektes gelang es, die Kluft zwischen Theorie und Praxis zu überwinden. Es reiche nun mal nicht aus, evidenzbasiertes Wissen zu haben, betonte Staatssekretärin Widmann-Mauz in ihrer Laudatio. Es müsse auch ganz gezielt etwas dafür getan werden, dass dieses Wissen im medizinischen Alltag zum Tragen komme. Besonders beeindruckt zeigte sich die Staatssekretärin von dem hohen Beteiligungsgrad der Pflegekräfte, die Leitlinie alltagstauglich zu machen.

Widmann-Mauz erklärte, dass zwar Sturzprophylaxe kein neues Thema sei. Aber wie die Zahlen zeigten, wird dieses Wissen nicht oder nur unzureichend im Praxisalltag angewendet. So stürzten

alleine im Jahr 2007 im Uniklinikum Graz 460 Menschen, die älter als 65 Jahre waren. Die auf Initiative der Klinikleitung entwickelte evidenzbasierte Leitlinie zur Sturzprophylaxe wurde zwar ab 2009 allen Arbeitsbereichen der Pflege zugänglich gemacht, aber sie wurde nur unzureichend in den pflegerischen Alltag der Akut-Kliniken integriert. Erst im Rahmen eines Forschungsprojektes gelang es, die Kluft zwischen der Leitlinie und der pflegerischen Praxis erfolgreich zu überbrücken. Dafür hat nach Auffassung der Jury das Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz den 1. Preis verdient.

Ein Novum war zudem, dass ein prämiertes Projekt des BGP nicht aus Deutschland kam. Widmann-Mauz betonte in ihrer Rede deshalb den europäischen Gedanken: „Deutschland hat eine Gesundheitsversorgung, um die uns viele Nachbarn beneiden. Das bedeutet aber nicht, dass wir nichts mehr lernen können. Medizinisches Wissen grenzübergreifend einsetzen und als Nachbarn von-

einander lernen, das ist ein Weg, wie wir die Gesundheitsversorgung in Europa zum Nutzen von Patientinnen und Patienten voranbringen können. Das Grazer Projekt ist hierfür ein wunderbares Beispiel“, sagte Widmann-Mauz. „Es hat nach Lösungen für ein drängendes Problem gesucht, von dem wohl alle Gesundheitssysteme in erheblichem Umfang betroffen sind: Stürze von älteren Menschen in Akut-Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen.“

Der anwesende österreichische Botschafter, Dr. Ralph Scheide, zeigte sich sichtlich erfreut und bewegt, dass der 1. Preis an eine Klinik in seine Heimat ging. Auch er hob in seiner Rede hervor, dass sich die Probleme im Gesundheitswesen gemeinsam am besten lösen ließen und man grenzüberschreitend von einander lernen sollte.

Preisträger:

Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft

Projektbeschreibung:

Das Universitätsklinikum Graz hat zur Vermeidung von Stürzen älterer Patienten eine evidenzbasierte Leitlinie entwickelt. Trotz scheinbar günstiger Rahmenbedingungen wurden diese Handlungsanweisungen aus vielerlei Gründen nicht ausreichend im Pflegealltag umgesetzt. Im Rahmen eines Forschungsprojektes erarbeiteten dann alle Beteiligten zusammen Strategien zum Einsatz der Sturzprophylaxe und verbesserten so das Wissen der Pflegekräfte rund um die Gefahren des Fallens bei Patienten.

Preisgeld: 20.000 Euro

Ansprechpartnerin:

Helga Elisabeth Breimaier,
Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaften,
Tel. 0043/316 385 72073
E-Mail: helga.breimeier@medunigraz.at
www.medunigraz.at/pflegewissenschaften

2. Preis Schnelles und sicheres Arzneimittelwissen

Arzneimittelinformation für Arzt und Pflege: Ludwig-Maximilians-Universität, Apotheke Campus Großhadern



Cornelia Vetter-Kerkhoff (z.v.r.) wird von Moderator Henkel-Hoving befragt. Links ihre Kollegin Dorothea Strobach. Rechts Laudator Günther Jonitz.

Zweiter Sieger wurde ein Projekt des Klinikums der Universität München: Die dort angesiedelte Abteilung Arzneimittelinformation hilft Ärzten und Pflegepersonal seit 1992 bei der Beantwortung aller Fragen rund um die Arzneimitteltherapie auf der Grundlage von evidenzbasiertem Knowhow. Überzeugt hatte den Präsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, der die Laudatio hielt und den Preis überreichte, dass hier ein Musterbeispiel für EbM in der Praxis realisiert wird. Interdisziplinäre Vernetzung von Ärzten und Klinischen Pharmazeuten auf Basis gesicherten, von Dritten unbeeinflussten Wissens sowie die Einbeziehung des Patienten in die Routineversorgung einer Uniklinik zeichnen dieses Projekt in besonderem Maße aus. Die Münchner konnten sich über 15.000 Euro freuen.

„Ihr Projekt, das seit über 20 Jahren am Klinikum Uni München existiert, ist ein

Musterbeispiel dafür, wie Evidenzbasierte Medizin unmittelbar im Versorgungsalltag und beim Patienten ankommt“, betonte Jonitz in seiner Laudatio. „Sie demonstrieren, wie Therapieentscheidungen im klinischen Alltag gewissermaßen direkt am Krankenbett zusammen mit allen Behandelnden und dem Patienten getroffen werden. Denn Wissen unmittelbar im Versorgungsalltag zu generieren, stellt oftmals eine große Herausforderung dar. Es fehlt zualererst an Zeit und an Personal. Mit Ihrem Projekt am KUM zeigen Sie, wie Wissenstransfer trotzdem niedrigschwellig und „in time“ funktionieren kann.“

Besonders beeindruckt hatte Jonitz nach eigenen Angaben der interdisziplinäre Austausch von Wissen und die Einbindung des Patienten in die Therapieentscheidung. So basiere das Projekt ganz entscheidend auf die Verständigung mit dem Patienten. Indem die Klinikapo-

theker am KUM an den Visiten teilnehmen, erlebten sie den Patienten ganz unmittelbar. Seine Vorgeschichte, sein persönlicher Krankenbericht und seine individuelle Erfahrung fließen so ganz wesentlich in die Therapieentscheidung mit ein. Auf diese Weise können Arzneimitteltherapien besonders effizient eingesetzt und Patientensicherheit erhöht werden.

„Was wir brauchen in Deutschland, ist mehr evidenzbasiertes Wissen im Praxisalltag. Deshalb freue ich mich über die Beispiele aus dem Wettbewerb, die alle Signalwirkung haben. Das sind echte Anleitungen dafür, wie wir Medizin hochwertiger, patientenorientiert und damit humaner gestalten können“, fügte der Berliner Kammerpräsident hinzu.

Preisträger:

Klinikum der Universität München, Apotheke Campus Großhadern

Projektbeschreibung:

Das Klinikum der Universität München unterhält seit 1992 die Abteilung für Arzneimittelinformation. Aufgabe dieser Fachabteilung ist es, durch Literaturrecherche schnell und auf den jeweiligen Patienten zugeschnitten fachlich bewertete und qualitätsgesicherte Informationen zur Arzneimitteltherapie zur Verfügung zu stellen. Seit 2009 erhält jeder neue Mitarbeiter des Klinikums eine Schulung zur Benutzung der Arzneimittelinformation, um das evidenzbasierte Wissen der Krankenhausapotheker nutzen zu können. Die Krankenhausapotheker nehmen an Visiten teil und können so vor Ort auf der Grundlage von qualitätsgeprüftem Wissen beratend tätig sein.

Preisgeld: 15.000 Euro

Ansprechpartnerin:

Dr. Cornelia Vetter-Kerkhoff,
Tel. 089/70956600,
E-Mail: Cornelia.Vetter@med.lmu.de

3. Preis Gemeinsam für eine bessere Versorgung

Leitliniengerechte Infarktversorgung:
Berliner Herzinfarktregister e.V.



Heinz Theres (li.) und Birga Maier freuen sich über den Preis aus den Händen von Frank Michalak (re.).

Ein der beiden dritten Preise erhielt ein Projekt, das in der Berliner Gesundheitsszene und den Lesern von BERLINER ÄRZTE sehr bekannt sein dürfte: das Berliner Herzinfarktregister (BHIR). Das Register ist ein freiwilliger Zusammenschluss der kardiologischen Abteilungen von 19 Berliner Kliniken. Dabei werden die Versorgungsdaten ihrer Herzinfarktpatienten erfasst und im Register gemeinsam analysiert. Anhand des so gewonnen Wissens und der konsequenten Ausrichtung an internationalen Leitlinien konnte die Versorgung der Berliner Herzinfarktpatienten in den vergangenen 15 Jahren kontinuierlich verbessert und die Sterblichkeitsrate deutlich gesenkt werden. Inzwischen wurden die Daten von mehr als 26.000 Patienten ausgewertet.

Das Bemerkenswerte beim BHIR ist, dass es sich um ein freiwilliges Forum handelt, wo sich Kardiologen offen austauschen, die sich sonst eher als Konkurrenten sehen. Das Herzinfarktregister ist deshalb ein Paradebeispiel dafür, wie durch Zusammenarbeit und strukturiertes Lernen aus dem Alltag die Patientenversorgung systematisch verbessert werden kann. Durch dieses systematische Bewerten der im Rahmen des BHIR gesammelten Daten lernen die Berliner Kardiologen kollektiv.

BHIR-Vorsitzender Professor Dr. Heinz Theres und Vorstandsmitglied Dr. Birga Maier nahmen den Preis aus den Händen von Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost, entgegen. Beson-

ders hob Michalak in seiner Festrede hervor, dass sich auch jenseits von staatlicher Förderung allein durch das Engagement von Ärzten und Krankenhäusern Wissenstransfer und praktische Umsetzung realisieren lassen. „Ich freue mich, dass auch ein Projekt aus der Region Nordost zu den Gewinnern des diesjährigen Berliner Gesundheitspreises gehört. Das Berliner Herzinfarktregister ermöglicht die Behandlung von Herzinfarktpatienten auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand. Es beweist, dass der Wissenstransfer evidenzbasierter Medizin in den Versorgungsalltag für die Menschen von konkretem Nutzen ist.“

Preisträger:

Berliner Herzinfarktregister e.V.
am IGE der TU Berlin

Projektbeschreibung:

Herzinfarktpatienten sollen nach internationalen medizinischen Leitlinien behandelt werden. Inwiefern das gelingt und was man dazu tun muss, dieses Ziel zu erreichen, hat sich das Berliner Herzinfarktregister auf die Fahnen geschrieben. Durch Datenerhebungen bei 19 Berliner Kliniken seit 1998 wurde Wissen zusammengetragen, das Versorgungsprobleme in Sachen Herzinfarkt deutlich werden ließ. Durch vielfältige Initiativen zur Umsetzung der leitliniengerechten Therapie konnte die Sterblichkeitsrate bei Herzinfarkten in Berliner Krankenhäusern gesenkt werden.

Preisgeld: 7.500 Euro

Ansprechpartnerin:

Dr. Birga Maier,
Berliner Herzinfarktregister e.V. am
IGE der Technischen Universität
Berlin,
Telefon: 030/31476672,
E-Mail: Birga.maier@tu-berlin.de
www.herzinfarktregister.de

3. Preis Check-up auf dem neuesten Stand

Bremer Gesundheitsuntersuchung:
Institut für Public Health der Universität Bremen



Preisträger Guido Schmiemann und Günther Egidi mit Laudatorin Regina Klakow-Franck.

Benfalls einen 3. Preis erhielt ein Bremer Projekt zur Vorsorgeuntersuchung „Check-up 35“. Dahinter verbirgt sich die Vorsorgeuntersuchung, die gesetzlich Krankenversicherte über 35 Jahren seit 1989 alle zwei Jahre in Anspruch nehmen können. Die standardisierte Untersuchung zu Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen lässt individuelle Prädispositionen des Patienten wie Vorerkrankungen oder Risiken durch die Lebensführung bisher außen vor. Anders das Bremer Projekt, das von der Abteilung Versorgungsforschung im Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen zusammen mit Hausärzten der Bremer Akademie für Hausärztliche Fortbildung initiiert wurde. Es berücksichtigt für die „Bremer Gesundheitsuntersuchung“ neue, evidenzbasierte Erkenntnisse auf der Basis von internationalen Leitlinien. Ziel ist eine evidenzbasierte Vorsorgeuntersuchung, die

individuelle Faktoren wie das Alter des Patienten, Vorerkrankungen und persönliche Bedürfnisse einbezieht. Dabei werden je nach Altersgruppe unterschiedliche Aspekte stärker gewichtet. Statt auf einzelne Parameter wie Blutdruck oder Blutzucker wird verstärkt auf das Gesamtgesundheitsrisiko eines Patienten geschaut. So können gegebenenfalls auch unnötige Leistungen wegfallen.

Seit dem 1. Januar 2013 ist die Bremer Gesundheitsuntersuchung Bestandteil des Hausarztvertrages zwischen dem Bremer Hausärzterverband und mehreren Krankenkassen. Laudatorin Dr. Regina Klakow-Franck lobte die Preisträger dafür, dass ohne ein hohes Maß an Eigeninitiative und persönlichem Engagement aller Beteiligten das Projekt nie das Licht der Öffentlichkeit erblickt hätte, zumal keinerlei Fördermittel zur Verfügung standen.

Preisträger:

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

Projektbeschreibung:

Die Gesundheitsvorsorgeuntersuchung Check-up 35 gibt es seit 1989. Bei dieser Maßnahme spielen aber weder Alter noch Vorerkrankungen oder Gesundheitsrisiken eine Rolle. Das Projekt hat sich zum Ziel gesetzt, neue evidenzbasierte Erkenntnisse in diese etablierte Vorsorgemaßnahme auf der Grundlage von internationalen Empfehlungen und Leitlinien einzubeziehen. Dabei werden individuellen Merkmale und Risiken des Patienten berücksichtigt. Anders als bei herkömmlichen Check-ups steht das Gesamtrisiko des Patienten statt einzelner Parameter im Vordergrund.

Preisgeld: 7.500 Euro

Ansprechpartner:

Dr. Guido Schmiemann,
Universität Bremen; Institut für Public Health und Pflegeforschung,
Tel. 0421/218688 21,
E-Mail: Schmiemann@uni-bremen.de,
www.public-health.uni-bremen.de

Die Berliner Gesundheitspreise 1995-2013

- 1995:** Der Mensch ist unser Maß
- 1998:** Gesundheitsziele
- 2000:** Alter und Gesundheit
- 2002:** Fehlervermeidung in Medizin und Pflege
- 2004:** Hausarztmedizin der Zukunft
- 2006:** Im hohen Alter zu Hause leben
- 2008:** Adherence – Gesagt ist nicht getan
- 2010:** Auch Helfer brauchen Hilfe
- 2013:** Wie kommt Wissen in die Praxis?

Deutsche Ethik-Front gegen Brüssel

Erneut Kritik an EU-Plänen für Tests mit Humanarzneimitteln

Von Harald Neuber

Die Debatte um eine von der EU-Kommission angestrebte Vereinfachung klinischer Tests mit Humanarzneimitteln reißt nicht ab. Nachdem schon Ende vergangenen Jahres Medizinethiker massive Kritik an den Brüssler Plänen geäußert hatten, erneuerte vor wenigen Wochen der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, die Einwände. Mit der geplanten Novelle der geltenden EU-Richtlinie 2001/20/EG würde der Schutz für Kinder und Schutzbedürftige gemindert, hieß es.

In dem schon länger schwelenden Streit hatten sich kurz zuvor bereits alle Bundestagsfraktionen gegen die Brüssler Vorlage ausgesprochen. Der Widerspruch aus dem Bundestag folgt auf ein entsprechendes Positionspapier, in dem der Bundesrat mehrere Kritikpunkte formuliert hatte. Das in der deutschen Version 115 Seiten fassende Dokument zielt nach Auffassung der zunehmenden Anzahl ihrer Kritiker auf die Abschaffung der derzeitigen wissenschaftsethischen Kontrolle von Arzneimitteltests ab. Nicht nur in Deutschland müssen bislang Pharmakonzerne das Votum von Ethikkommissionen abwarten, bevor sie ihre Medikamente vor Zulassung in Phase-I bis -III-Studien an Menschen testen. In dem Haupttext der Verordnung kommen die Begriffe „Ethik“ oder „Ethikkommission“ nicht einmal mehr vor. Vor allem daran entzündete sich die Kritik.

Zu den derzeitigen Schutzstandards bei der Forschung am Menschen aber gehört es, geplante Forschungsvorhaben vor Studienbeginn einer unabhängigen, interdisziplinär besetzten Ethikkommission zur Beratung, Stellungnahme und Zustimmung vorzulegen, sagte Montgomery bei einer Pressekonferenz in Brüssel. Der Verordnungsentwurf verzichtet auf eine solche ausdrückliche Vorgabe und ver-

weist auf die den Mitgliedsstaaten überlassenen Organisationen. Auf diese Weise würde der bestehende Patientenschutz ausgehebelt. „Wir dürfen nicht hinnehmen, dass Arzneimitteltests nur da durchgeführt werden, wo ein niedriges Schutzniveau für Patienten besteht“, sagte der Präsident der Bundesärztekammer.

Auch der CDU-Europaabgeordnete Peter Liese lehnt die EU-Vorlage daher ab und führt zur Begründung drei wesentliche Punkte an. Zum einen würde der Schutz von Kindern und Menschen mit geistiger Behinderung – im medizinisch-juristischen Jargon ist hier von „besonders Schutzbedürftigen“ die Rede – reduziert. Zweitens würde nach den derzeitigen Plänen eben die zwingende Prüfung und Zustimmung durch eine unabhängige Ethikkommission ausgehebelt – und damit eine der Lehren aus den Verbrechen der Nazimedizin revidiert. Drittens kritisiert auch der Christdemokrat Liese die Idee, dass sich Pharmakonzerne einen Staat für ihre Studien aussuchen dürfen, der dann über EU-weite Standards entscheidet.

Im Bundestag hatten sich aus diesen und weiteren Gründen Ende Januar alle Fraktionen gegen die Vorlage aus Brüssel ausgesprochen und wesentliche Nachbesserungen verlangt. Dass alle Bundestagsfraktionen zum Patientenwohl entscheiden, das hätte ein Novum sein können – wenn die Unionsspitze die Initiative nicht in letzter Minute torpediert hätte. Sie schloss die Linksfraktion aus dem fraktionsübergreifenden Antrag aus. Aus parteipolitischen Erwägungen wurde damit eines der derzeit europapolitisch wichtigsten Vorhaben geschwächt, weil der Bundestag nun eben nicht einheitlich entschieden hat. In medizinethischen Fachkreisen sorgte das Vorgehen des Regierungslagers für Kopfschütteln,

zumal die Sache ein noch absurderes Ende nahm. Am späten Abend kopierten die Linken den Antrag rasch und reichten ihn identisch noch einmal ein. So mussten auch die Vertreter des Regierungslagers für den Beschlussantrag der Gysi-Truppe stimmen, weil sie sonst zugleich gegen ihren eigenen Text votiert hätten.

Dabei wäre statt solcher parlamentarischer Winkelzüge mehr Klarheit in der Debatte notwendig, weil der Blick auf das Wesentliche abhandeln zu kommen droht. So übte die Wochenzeitung „Die Zeit“ bereits Kritik an einer vermeintlich überzogenen Kritik von Medizinethikern an dem neuen EU-Entwurf. Dieser, so hieß es in dem Blatt, zielt schließlich auf eine Vereinheitlichung der Forschungsstandards und einen Abbau bürokratischer Hürden ab. Vor allem kleine und von nicht-kommerziellen Sponsoren eingebrachte Studien scheiterten bislang oft an den hohen Verwaltungskosten im Genehmigungsverfahren. Die Ethikkommissionen seien in dem Entwurf nicht erwähnt worden, weil sie der nationalen Gesetzgebung zugeordnet würden. Den Kern der Kritik verfehlt diese medial zuletzt stärker vertretene Argumentation. Nach dem Willen der EU-Kommission sollen Studien über ein Online-Portal unter Bezug auf einen EU-Mitgliedsstaat zur Berichterstattung angemeldet werden können. Befürchtet wird aber gerade deswegen ein „Ethik-Shopping“. Das heißt: Nach den Vorstellungen der EU muss künftig nur noch ein einzelner Staat der Union ein Medikament zulassen, den der beantragende Konzern aussuchen darf. Wenn dann in Deutschland und wenigen anderen Staaten Ethikkommissionen existieren, würden sie de jure nicht in ihren Rechten beschnitten. De facto aber würden sie entmachtet.

Das Ziel einer neuen Verordnung muss daher im europäischen Kontext im Grunde nicht nur der Schutz des Systems der Ethikkommissionen, sondern dessen EU-weite Implementierung sein. Der notwendige Abbau bürokratischer Hürden steht auf einem anderen Blatt.

Harald Neuber
Medizinjournalist

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
<ul style="list-style-type: none"> 08.05.2013 19.06.2013 (Beginn jeweils 16:00 Uhr)	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz die geprüften 12 Fachgebiete bitte bei Frau Zippel erfragen (siehe Spalte Information / Gebühr)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Wissenskontrolle kostenfrei	
<ul style="list-style-type: none"> 22.03.-23.03.2013 (Modul I) 19.04.-20.04.2013 (Modul II) 03.05.-04.05.2013 (Modul III) 	Grundlagen der medizinischen Begutachtung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Teilnehmergebühr 400 €	15 P pro Modul
<ul style="list-style-type: none"> 10.06.-12.06.2013 	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	21 P
<ul style="list-style-type: none"> 12.06.-14.06.2013 	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P
<ul style="list-style-type: none"> 16.08.-17.08.2013 	Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen Breaking Bad News – Basiskurs (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P
<ul style="list-style-type: none"> 22.08.-24.08.2013 (Modul 1) 24.10.-26.10.2013 (Modul 2) 21.11.-23.11.2013 (Modul 3) 28.02.2014 (Modul 4) 	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm (weitere Informationen s. S. 12)	Module 2-4: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: 40806 -1405 / -1301 E-Mail: aertzliche-fuehrung2013@aekb.de	80 P
<ul style="list-style-type: none"> 06.09.-07.09.2013 	Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen Neu: Breaking Bad News – Aufbaukurs (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P
<ul style="list-style-type: none"> 02.09.-11.09.2013 (Kursteil A1) 11.09.-20.09.2013 (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: 990 € Kursteile A1, A2: 495 €	60 P pro Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> 09.09. – 14.09.2013 21.10. – 26.10.2013 09.12. – 14.12.2013 	Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.) nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 Anmeldung: Tel.: 40806-1208 E-Mail: QM-Kurs2013@aekb.de	150 P
<ul style="list-style-type: none"> 18.10.-19.10.2013 	Qualifikation als Transfusionsverantwortlicher /-beauftragter gemäß Curriculum der BÄK (16-Stunden Kurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Tel: 030/80681-126 Teilnehmergebühr: 150 €	8 P / Tag

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

„Burnout“ in den Gesundheitsberufen – Erkennen, vorbeugen, helfen

Das Phänomen „Burnout“ erweist sich anhaltend als ein Thema mit großer Popularität. Gleichwohl steht die Selbstverständlichkeit, mit der der Begriff „Burnout“ verwendet wird, in einem Kontrast zum wissenschaftlichen Kenntnisstand. Bisher gibt es keinen Konsens, was unter „Burnout“ überhaupt zu verstehen ist. Weder die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) noch das Diagnostische und Statistische Handbuch psychischer Störungen (DSM-IV) beinhaltet „Burnout“ als eigenständiges Krankheitsbild. Dennoch wird die Diagnose anhand bestimmter Symptome gestellt und behandelt, oft auch unter anderem Namen, z.B. Depression. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde empfiehlt in einem eigens verfassten Positionspapier, derzeit von einer Verwendung des Begriffs „Burnout“ als Diagnose und Grundlage für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Berentungen abzusehen. Stattdessen wird empfohlen, vorerst auf die allgemein akzeptierten und besser definierten Kategorien der ICD-10 beziehungsweise des DSM-IV zurückzugreifen.

Mit Blick auf die Herausforderungen der modernen Arbeitswelt erscheint Wachsamkeit in Bezug auf Erkrankungsrisiken gleichwohl naheliegend. Die Ärztekammer Berlin und die Apothekerkammer Berlin möchten die im Jahr 2012 aufgenommene kritisch-konstruktive Auseinandersetzung mit der Thematik fortsetzen. Die Veranstaltung wird beleuchten, welche psychischen Störungen sich hinter der plakativen Diagnose „Burnout“ verbergen und neben differenzialdiagnostischen Aspekten differenzialtherapeutische Ansätze skizzieren. Darüber hinaus werden präventive Verhaltenstechniken dargestellt, die zum Schutz vor Erschöpfungsphänomenen anwendbar sind.

Referent: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden, Rehasentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung und Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

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

Termin: 12.06.2013, 19:30 – 21:15 Uhr

Ort: BITTE BEACHTEN

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

Anerkannt mit 2 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Patentsicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

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

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

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

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

Termin: Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: zwischen 15.08.-19.09.2013

Präsenzseminare: 20.-21.09.2013 und 25.-26.10.2013

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

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt.

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

Teilnehmergebühr: 550 EUR, 37 Fortbildungspunkte

Berliner Notdienst Kinderschutz – für wen ist er da und wie wird dort gearbeitet?

Eine „vor Ort“-Einführung in die Arbeitsweise des Berliner Notdienstes Kinderschutz

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

Referent/-innen: Beate Köhn, Dipl.-Sozialpädagogin; Supervisorin / Berliner Notdienst Kinderschutz; Dr. med. Matthias Brockstedt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter / Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin

Datum und Uhrzeit: Mittwoch, 12. Juni 2013; 15:00 - 16:30 Uhr

Ort: Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin

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

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

Qualifikation Hygienebeauftragter Arzt / Krankenhaushygieniker

Das neugefasste Infektionsschutzgesetz fordert, dass Inhalt der Hygiene-Verordnungen der Bundesländer u.a. die Sicherstellung geeigneter personeller Voraussetzungen und Qualifikationsanforderungen im Bereich Hygiene in medizinischen Einrichtungen sein sollen. Die Ärztekammern Berlin, Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt bieten die Qualifikationsmaßnahmen **Hygienebeauftragter Arzt/Krankenhaushygieniker** gemäß der *Strukturierten curricularen Fortbildung „Krankenhaushygiene“* der Bundesärztekammer (6 Module, 200 h) im Rahmen eines Verbundsystems an. Teilnehmer, die das Modul I des Curriculums durchlaufen, erwerben die Qualifikation eines **Hygienebeauftragten Arztes**. Die Teilnehmer, die die Qualifikation **Krankenhaushygieniker** anstreben, absolvieren alle sechs Kursmodule des Curriculums.

Wichtige Informationen zu den weiteren Voraussetzungen für den Erwerb der Qualifikationen „Hygienebeauftragter Arzt“ bzw. „Krankenhaushygieniker“ finden Sie auf der Homepage der ÄKB oder erfragen diese bitte telefonisch bei der unten benannten Ansprechpartnerin der ÄKB.

In Berlin wird Modul I vom 26.08.-30.08.13 vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin angeboten. Im Weiteren werden von der Sächsischen Landesärztekammer die Module II und V, von der Landesärztekammer Thüringen Modul III, von der Ärztekammer Sachsen-Anhalt Modul IV und das Modul VI vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité in Kooperation mit der ÄKB angeboten.

Die Teilnehmerzahl je Modul ist auf 40 begrenzt.

Kursleitung: Prof. Dr. med. Petra Gastmeier

Termin: Modul I Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ 26.08.-30.08.2013
Modul VI - qualitätssichernde Maßnahmen; Ausbruchmanagement voraussichtlich 1. Quartal 2014

Veranstaltungsort: Charité - Universitätsmed. Berlin, Camp. Benjamin Franklin

Kursgebühr: je 600 EUR pro Modul

Fortbildungspunkte: 41 Punkte (Modul I), 33 Punkte (Modul VI)

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

Die Grenzen der evidenzbasierten Medizin

Entscheiden in Unsicherheit

Für Ärzte etwas Alltägliches: „Entscheiden trotz Unsicherheit“ – Leitthema der 14. Jahrestagung des „Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin“ kürzlich in Berlin. Es zeigte sich, dass die EbM-Pioniere sich sehr wohl der Grenzen des Verfahrens bewusst sind. Schon gar nicht sind sie dogmatisch allein auf die methodisch hochwertigsten Wirksamkeitsstudien fixiert, wie ihnen manchmal nachgesagt wurde. Die EbM ist inzwischen so anerkannt und – zumindest als Schlagwort – so verbreitet, dass sie in Gefahr gerät, missbraucht zu werden.

Hieb- und stichfeste klinische Studien gibt es bei Weitem nicht für alle Therapien. Die Prüfung diagnostischer Verfahren auf ihren Nutzen wird ohnehin vernachlässigt, hieß es auf dem Kongress. Und selbst jene Erkenntnisse („Evidenzen“), die aus methodisch erstklassigen, randomisierten und kontrollierten Studien stammen, genügen nicht zur Entscheidung in konkreten Situationen, sagte der amerikanische Onkologieprofessor Benjamin Djulbegovic (Center for Evidence-Based Medicine and Health Outcomes Research, University of South Florida, Tampa).

„Evidence and decision making. Guts versus brains, or both?“ hieß seine Keynote Lecture, und er entschied sich für „both“. Der Arzt brauche wissenschaftliche Analysen – „Kopf“ –, aber auch Intuition auf der Grundlage ärztlicher Erfahrung – „Bauch“. „We need to think as well as blink“, sagte der Referent (dessen Aussagen oft an die Gigerenzers erinnerten). Und weiter: Medizinische Entscheidungen fußen auf Logik und Emotion und es ist typisch, dass sie auf dem Hintergrund von Unsicherheit getroffen werden. Die meisten Interventionen seien wissenschaftlich wenig untermauert; ein Drittel sei unangemessen oder verschwenderisch. Umgekehrt werde nur etwa 55 Prozent des Notwendigen ausgeführt.

Die Folgen falscher, weil einseitig bauchbasierter ärztlicher Interventionen laut

Djulbegovic: „Persönliche Entscheidungen sind die führende Todesursache“ (gemeint wohl: innerhalb der Medizin). Zusammenfassen lässt sich dieser Hauptvortrag mit einer Variante des bekannten Satzes über die Gesundheit: „EbM ist nicht alles, aber ohne EbM ist alles nichts“. Der Einleitungsredner stellte quasi „Evidence“ (im englischen Sinne von „wissenschaftlichem Nachweis“) und „Evidenz“ (in der ursprünglichen deutschen Bedeutung von „Augenfälligkeit“) nebeneinander: als unerlässlich und gleichberechtigt.

Nutzen und Schaden besser abwägen

Den Entscheidungsprozess besser bewusst machen, möglichst von Anfang an die Zukunft antizipieren, Sichereres von Unsicherem unterscheiden, mehr über die eigene Arbeit reflektieren, Nutzen und Schaden sorgfältiger gegeneinander abwägen: Wenn die evidenzbasierte Medizin das geschafft habe, sei schon viel gewonnen, war der Tenor vieler Diskussionsbeiträge auf dieser Tagung.

Selbst wenn sauberes Wissen aus den Ergebnissen methodisch hochwertiger Studien vorliegt: „Trotz aller Statistik können wir für den Einzelfall keine sichere Vorhersage machen; da hilft uns keine Evidenzbasierte Medizin“, sagte Monika Lelgemann (Essen), Netzwerk- und Tagungspräsidentin. Ein Beispiel

brachte der Allgemeinmediziner Professor Norbert Donner-Banzhoff (Marburg): Ein siebzigjähriger, früherer Sportlehrer hat ein lokal begrenztes Prostata-Ca im Frühstadium. Er hat sich umfassend informiert und wurde auch über eine später in Erwägung zu ziehende Operation samt Nebenwirkungen aufgeklärt.

Der Mann, im Begriff mit neuer Lebensgefährtin und Enkel zu einem neunmonatigen Segeltörn aufzubrechen, ist unsicher, ob er das riskieren kann und sucht ärztlichen Rat. „Was rät man bei dieser typischen Evidenzlücke dem Patienten?“, fragte Donner-Banzhoff in die Runde. Er ist gut informiert und will entlastet werden, um die ersehnte Reise antreten zu können. „Die Patienten fragen oft, ‚Herr Doktor, was würden Sie selbst machen?‘. Soll man’s ihnen sagen oder aus Furcht vor Haftung lieber den Mund halten?“, fragte ein Arzt. Die Juristin: „Sie können natürlich ihre Meinung sagen, müssen aber auch die Risiken nennen.“ Donner-Banzhoff: „Aber wir kennen die Risiken nicht genau!“ Der Psychologe: „Die Entscheidung muss der Patient selbst treffen.“ Stimme aus dem Plenum: „Will der Patient überhaupt selbst entscheiden?“ Kliniker aus dem Plenum: „Ich würde ihm sagen: Nach der langen Reise wird ihr Befund zu 98 Prozent sein wie jetzt.“ Eine Ärztin: „Mit Zahlen kann nicht jeder etwas anfangen. Emotional reagieren, einfach beruhigen!“

Risiko oder Unsicherheit?

Zur externen Evidenz muss die interne hinzukommen: die Ziele, Ressourcen, Wahrnehmungen und Bewertungen des Patienten, sagte Johann Behrens (Halle-Wittenberg). Ärztliche Entscheidungen seien nicht trotz, sondern gerade wegen Unsicherheit notwendig. Behrens definierte „Risiko“ und „Unsicherheit“ so: Von Risiko spricht man, wenn die Wahrscheinlichkeit oder Häufigkeit eines Ereignisses bekannt ist. (Darauf bauen Versicherungen auf.) Unsicherheit besteht, wenn dies unbekannt ist. Wem ein gefürchtetes Ereignis (z.B. ein

Infarkt) im Einzelfall zustoßen wird, ist unsicher.

Ebenso verhält es sich mit der Vermeidung negativer Ereignisse, sagte Behrens. Auch wenn man die Number needed to treat kennt, weiß man ja nie, wer von den, sagen wir, hundert mit einem Mittel prophylaktisch Behandelten, der einzige ist, der davon profitiert. Das macht den gemeinsamen Weg von Arzt und Patient nicht gerade gangbarer. „Shared decision making“ ist ein Hindernislauf, bei dem man ständig Missverständnisse vermeiden muss.

Ein anderes hier diskutiertes Problem: Vor allem bei Unsicherheit neigen Ärzte bekanntlich zur Überdiagnostik und Übertherapie (eine Tendenz, die von Klinikökonomien gefördert, aber von Gesundheitsökonomien gefürchtet wird, weil sie das Gesundheitswesen in den Ruin treiben kann). Warum setzen alle Praktiker, vom Schamanen bis zum über Hochtechnologie verfügenden Arzt des 21. Jahrhunderts immer auf das Handeln? Warum werden Appelle an Zurückhaltung bei Diagnostik und Therapie so oft überhört?, das waren zwei der auf dieser Tagung zur Diskussion gestellten Fragen.

Warum ist Unnützes nicht auszurotten?

Ärzte wollen behandeln, Patienten wollen behandelt werden. Eugen Bleulers halb scherzhaft so genannte „Oudenotherapie“, das Nichtbehandeln mit Medikamenten im Vertrauen auf die Selbstheilung, konnte sich nicht durchsetzen. (Aber sein 1921 erschiene- nes Prä-EbM-Buch „Das autistisch-un- disziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung“ ist noch heute lesenswert.)

Auf diesem Kongress wurde beklagt, dass auch das, was sich teils seit Jahrzehnten als nutzlos, sogar als schädlich erwiesen hat, nur sehr langsam auszu- rotten ist. Als bekanntestes Beispiel nannte Donner-Banzhoff die leitlinien- widrige Überdiagnostik und Fehlbe- handlung des unspezifischen Kreuz-

schmerzes: Bildgebende Verfahren noch und noch, Spritzen, Bettruhe... Unnützes werde immer weiter praktiziert, evidenz- basiertes Wissen in der Versorgung nicht ausreichend genutzt, kritisierte auch Günter Ollenschläger (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin).

Ob die geplante Kampagne „Gemeinsam besser entscheiden“ (s. Bericht auf Seite 31) die Wende bringen wird? Vielleicht überschätzt man die Rationalität von Kranken. Viele verlassen sich doch (um mit Djulbegovic zu reden) sehr oft ziem- lich kopflos auf ihre Bauchgefühle und glauben abwechselnd an die Heilprak- tiker und das MRT. Wäre nicht Placebo das Beste Mittel, um Störungen mit gu- ter Selbstheilungstendenz zu behan- deln?

Die strengste Form der wissenschaftli- chen Medizin, EbM, und die irrationalen Heilschulen scheint jedoch eins zu ver- binden: Die Auseinandersetzung mit dem Placebo-Problem scheuen sie. Eine Ausnahme bildet allerdings die Homöo- pathie – aber nur insofern, als sie vom Image der bewährten, von vielen Ärzten geschätzten Placebomedizin loskommen will und sich ausgerechnet mit Hilfe von EbM-Mitteln einen Platz im Haus der wissenschaftlichen Medizin zu erobern sucht. Wie fragwürdig aber die Homöo- pathie-Studien sind, haben Christian Weymayr und seine Koautorin Nicola Heißmann in einem Kapitel ihres Buches „Die Homöopathie-Lüge“ beschrieben. (Besprechung in BERLINER ÄRZTE Heft 4/2013, Seite 4.)

Auf dieser Tagung übte der Biologe und Publizist Weymayr, selbst Mitglied des EbM-Netzwerks, Kritik an den EbM- Befürwortern: Sie wehrten sich nicht dagegen, dass die evidenzbasierte Me- dizin missbraucht wird; nämlich wenn Substanzen und sogar Nicht-Substanzen (wie die homöopathischen Hochpoten- zen) der „Glaubensmedizin“ mit EbM- Methoden geprüft werden, obwohl zum Beispiel das zwei Jahrhunderte alte, geschlossene Lehrgebäude der Homöo- pathie den Naturgesetzen widerspricht. (Durch Reiben und Schütteln sollen geis-

tige Heilkräfte aktiviert werden, Wasser soll ein Gedächtnis haben etc..)

Homöopathiestudien, die einen gerin- gen, über die Placebowirkung hinausge- henden Effekt der Kügelchen zeigten, zweifelt Weymayr an: Studien seien stö- und fehlinterpretationsanfällig. In der wissenschaftlichen Medizin suche man falsche Ergebnisse zu korrigieren, die Homöopathen aber behaupten nun, die Wirksamkeit ihrer Mittel sei nachge- wiesen. Er plädierte dafür, vor einer klini- schen Prüfung eines Mittels oder einer Methode festzustellen, ob sie wissen- schaftsfähig, „scientabel“ seien oder ge- gen gesicherte Erkenntnisse der Physik, Chemie, Physiologie und Pharmakologie verstoßen. Weymayr wörtlich: „Evidenzbasierung in der Medizin kann nur dann als Leitschnur der Wissen- schaftlichkeit dienen, wenn sie die Bedingungen der Scientabilität erfüllt.“

www.ebm.netzwerk.de

Rosemarie Stein

Berliner Notdienst Kinderschutz – für wen ist er da und wie wird dort gearbeitet?

Aktuelles Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin

Die Ärztekammer Berlin hat als bundesweit erste Landesärztekammer mit einem Vorstandsbeschluss im Jahr 2011 entschieden, fortlaufend und nachhaltig unter Nutzung eines festen Etats fächerübergreifende Fortbildungsangebote zu allen Aspekten der häuslichen Gewalt und der Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern zu veranstalten. An den Schnittstellen der Zusammenarbeit von Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Justiz resultieren aus Gründen des falsch verstandenen Datenschutzes, aber auch aus Unwissenheit über die Arbeitsweise der anderen Institutionen entscheidende Fehler zulasten der rechtzeitigen Erkennung, Intervention und Dokumentation von Kindeswohlgefährdungen. Vor diesem Hintergrund war es am 20. Februar 2013 ein erster und, wie sich aus den Rückmeldungen der Teilnehmer zeigte, erfolgreicher Versuch, direkt vor Ort in den Räumen des Jugendnotdienstes in der Mindener Straße 14 in Charlottenburg interessierte Ärzte aus Kinderheilkunde, Allgemeinmedizin, Dermatologie und Zahnheilkunde zu einer anderthalbstündigen Fortbildungsveranstaltung zusammenzubringen.

Dr. Matthias Brockstedt, Ärztlicher Leiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes – Berlin Mitte und Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin, führte an zwei Beispielen aus der Arbeit des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in Mitte in die Alltagsproblematik ein

und machte dabei deutlich, dass keine Profession die vielen Aspekte des Kinderschutzes alleine lösen kann. Als besonderer Gast begrüßte er Kriminalhauptkommissarin Gina Graichen vom LKA 125 (Gewaltdelikte an Schutzbefohlenen und Kindern ohne sexuellen Hintergrund), die wegen ihres Interesses an einer engen Zusammenarbeit der Hilfesysteme die Fortbildungsveranstaltung besuchte und sich im weiteren Verlauf Ärzten in der Praxis als wichtige Ansprechpartnerin zur anonymen Fallberatung empfahl.

Zunächst aber erläuterte der Leiter des *Berliner Notdienstes Kinderschutz*, Andreas Neumann-Witt, die Arbeit seiner beim Jugendamt des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg angesiedelten und seit über 30 Jahren für ganz Berlin zuständigen Einrichtungen:

■ Der eigentliche *Kindernotdienst* (Telefon: 61 00 61) ist mit 10 Plätzen in der Gitschiner Straße 49 in Kreuzberg angesiedelt; er nimmt rund um die Uhr und an Wochenenden und Feiertagen akut gefährdete Kinder kurzfristig auf und vermittelt dann in Zusammen-

arbeit mit dem zuständigen bezirklichen Jugendamt eine geeignete Weiterbetreuung.

■ Der *Jugendnotdienst* (Telefon: 61 00 62) sowie der *Mädchennotdienst* (Telefon: 61 00 63) hat seinen Standort in der Mindener Straße 14 in Charlottenburg. Er dient der Krisenberatung und akuten Inobhutnahme von Berliner Jugendlichen und bietet 10 Plätze inklusive 3 Notbetten für junge Frauen mit Kleinkindern. Meist werden die Jugendlichen bereits nach zwei Tagen an Betreuungseinrichtungen freier Träger weitervermittelt.

■ Die *Kontakt- und Beratungsstelle „KuB“* (Telefon: 61 00 68 00) verfügt über ein „Sleep In“ und eine Notschlafstelle für 16 Personen am Bahnhof Zoo und bildet ein niedrigschwelliges Hilfsangebot für junge Menschen, die auf der Straße leben.

■ Die *Hotline Kinderschutz* (Telefon: 61 00 66) ist seit Mai 2007 Bestandteil des Berliner Netzwerkes Kinderschutz. Eltern, Kinder und Nachbarn, aber ebenso Fachleute jeder Fachrichtung können diese Hotline zur Beratung und Hilfestellung bei Entscheidungen kostenfrei in Anspruch nehmen. Wenn die entsprechende Beratung auf eine akute Gefährdung eines Kindes hindeutet, übernehmen die Sozialpädagogen des Kindernotdienstes berlinweit nachts oder an Wochenenden den erforderlichen Hausbesuch und sorgen für die notfallmäßige Inobhutnahme von Kindern gemäß § 42 SGB VIII (Jugendhilfegesetz vom 01.01.1991). Seit kurzem besteht das Beratungsangebot für Laien auch in türkischer, arabischer und russischer Sprache.

Insgesamt verfügt der Berliner Notdienst Kinderschutz über 114 Mitarbeiter auf 104,4 Stellen. Im Jahr 2012 haben sie in den verschiedenen Bereichen 7.069 Krisenberatungen durchgeführt. Im gleichen Zeitraum wurden 2.546 Kinder und Jugendliche zu ihrem Schutz in Obhut genommen, davon waren 757 Kinder unter 14 Jahren. Die Kinder verblieben durchschnittlich 2,6 Tage in den Krisenunterkünften, die Jugendlichen nur 2,2 Tage. In



Dr. med. Matthias Brockstedt (links) und Andreas Neumann-Witt (rechts), Leiter des Berliner Notdienstes Kinderschutz, gestalteten das Fortbildungsangebot.

der Straßenarbeit am Bahnhof Zoo und in den Bussen am Alexanderplatz sowie in der Kurfürstenstraße (sog. „Straßenstrich“) versuchten die Sozialpädagogen, in 6.796 Einzelkontakten akute Krisen zu bewältigen, im „Sleep In“ erfolgten im Jahr 2012 3.441 Übernachtungen. Die Hotline Kinderschutz verzeichnet seit ihrem Beginn im Jahr 2007 eine zunehmende Bekanntheit und zunehmende Beratungszahlen: Im Jahr 2012 wurden 1.547 Anrufe registriert, die sich auf 2.456 Kinder bezogen. In Verbindung mit 20% dieser Beratungen wurde unmittelbar das jeweils zuständige Jugendamt hinzugeben, bei 3% ergab sich aus der Beratung die sofortige Aufnahme im Kinder- oder Jugendnotdienst.

Die Diskussion mit Andreas Neumann-Witt als erfahrenem Sozialpädagogen beleuchtete die Zusammenarbeit mit Ämtern und niedergelassenen Ärzten, denen das Angebot der Hotline offenbar noch nicht hinreichend bekannt ist. Ebenso wurden Fragen des Datenschutzes thematisiert. Hier war es für alle Teilnehmer wichtig zu erfahren, dass das neue Bundeskinderschutzgesetz vom 01.01.2012 in § 4, Abs. 1-3 für Ärzte als Berufsgeheimnisträger bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung eine sogenannte

Befugnisnorm zur Informationsweitergabe an das Jugendamt enthält – konkret bedeutet dies für das ärztliche Handeln dreierlei: 1. Ärzte sollten gegenüber Eltern eines aus ihrer Sicht gefährdeten Kindes darauf drängen, dass sie die Hilfen in Anspruch nehmen, 2. Ärzte können sich jederzeit bei der Hotline oder ihrem Jugend- oder Gesundheitsamt beraten lassen und 3. In den Fällen, in denen Eltern nicht bereit sind, die angebotenen Hilfen anzunehmen, aus ärztlicher Sicht jedoch eine Gefährdung des Kindes vorliegt, besteht die Berechtigung, eben dies dem zuständigen Jugendamt mitzuteilen. Das Rechtsgebot der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB wird somit durch die Garantenstellung des Arztes für das Kindeswohl aufgehoben – salopp formuliert gilt das Prinzip „*Kinderschutz vor Datenschutz*“. In diesem Zusammenhang betonte Gina Graichen, dass sie und ihre Mitarbeiter jederzeit Ärzte in schwierigen Entscheidungssituationen beraten können: Solange dieses ohne Namensnennung der betroffenen Kinder und Familien, also „pseudonymisiert“ erfolgt, bleibt es bei einer Fachberatung und der ratsuchende Arzt kann frei entscheiden, was aus dieser Beratung folgt. Werden jedoch im Gespräch mit dem LKA 125 Namen genannt, so *muss* die Kriminalpolizei tätig

werden – andernfalls würde sie gegen ihren Gesetzesauftrag verstoßen. Hotline oder LKA, Gesundheitsamt oder Jugendamt – es wurde deutlich, dass verschiedene Möglichkeiten bei der Entscheidungsfindung genutzt werden können. Bei sicherer Kindesmisshandlung bleibt die sofortige Einweisung in die Kinderklinik gleichwohl stets eine zentrale Option.

Mit einem Rundgang durch das Haus des Jugendnotdienstes schloss die Veranstaltung. Manche Kollegen überraschte die spartanische Ausstattung der Zimmer; Neumann-Witt rief in Erinnerung: „Wir sind eine Notunterkunft, und die Jugendlichen bleiben nur zwei bis drei Tage“, fügte allerdings hinzu: „Die Zimmer für die Kleineren im Kindernotdienst sind, dem Altersbedürfnis entsprechend, kuscheliger eingerichtet.“

Hinweis: Ein weiteres Seminar findet am Mittwoch, dem 12. Juni 2013 (15.00 – 16.30 Uhr) statt. (Näheres siehe Veranstaltungsankündigungen auf S. 22/23.)

Dr. med. Matthias Brockstedt
 Ärztlicher Leiter / Kinder- und
 Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte
 Vorsitzender des Fortbildungsausschusses
 der Ärztekammer Berlin

Problematische Kontakte

Kleine Geschenke erhalten die Freundschaft. Sie drücken Zuneigung, Wertschätzung, Dankbarkeit oder Mitgefühl aus – und sind ein „soziales Schmiermittel“ jeder menschlichen Gemeinschaft. Doch was, wenn die Beschenkten Ärzte und die Spender Hersteller von Arzneimitteln oder Medizingeräten sind? Verordnen Ärzte ihren Patienten deshalb häufiger die Produkte ihrer Gönner als es nötig oder sinnvoll ist? Stellen Mediziner den Nutzen bestimmter Arzneimittel oder Operationsverfahren auf Kongressen positiver dar als es die Ergebnisse ihrer Studien erlauben, weil der Hersteller der Medikamente oder Geräte ihr Kooperationspartner ist?

Von Cornelia Stolze

Keineswegs, glauben die meisten Ärzte. Zumindest, wenn es um die eigene Arbeit geht. Zwar nehmen „fast alle deutschen Ärzte regelmäßig Geschenke und Zuwendungen der Pharmaindustrie an“, stellte der Psychiatrieprofessor Klaus Lieb von der Universität Mainz kürzlich auf einem internationalen Expertenworkshop der Volkswagen-Stiftung* zum Thema „Interessenkonflikte in der Medizin“ in Hannover fest. Oft seien es Arzneimittel-muster oder Büromaterial, Essenseinladungen in noble Restaurants oder gesponserte Fortbildungsreisen.

Dennoch sind die meisten Ärzte davon überzeugt, dass sie dadurch nicht beeinflusst werden. Das zeigt unter anderem eine vor mehreren Jahren im *American Journal of Medicine* veröffentlichte Umfrage. Demnach schätzen Ärzte zwar 84 Prozent ihrer Kollegen für anfällig und verführbar ein, sich selbst halten die meisten jedoch für immun.

Der „blinde Fleck“

Ein weit verbreiteter „blinder Fleck“, wie Lieb in Hannover deutlich machte. „Die Betroffenen haben das trügerische Gefühl, trotz der Annahme von Geschenken objektiv und unabhängig zu sein.“ Dabei weiß man seit langem: Wer Gefälligkeiten oder Geschenke annimmt, fühlt sich zu einer Gegenleistung verpflichtet. Diesem psychologischen Mechanismus könne

* Die Volkswagen-Stiftung ist – anders als der Name suggeriert – nicht etwa der gemeinnützige Ableger eines Automobilkonzerns, sondern Deutschlands größte unabhängige Privatstiftung, die sich ausschließlich um Wissenschaftsförderung kümmert.

man sich kaum entziehen, so der Psychiater. Doch „viele davon ist unbewusst“. Die Betroffenen würden häufig nicht merken, dass ihr eigenes Urteil verzerrt wird. Vor allem dann, wenn die Zuwendungen „subtil innerhalb legaler Grenzen wirken“.

Der Einfluss ist sogar messbar, wie der Mediziner Bernhard Lo von der University of California San Francisco anhand von Studiendaten zeigte. Bei Forschern, die Verbindungen zur Industrie haben, sei die Wahrscheinlichkeit, dass sie ein Medikament als wirksam bewerten, 3,6 Mal so hoch wie bei Kollegen, die keine derartigen Beziehungen haben. Ähnlich sieht es bei Arzneimittelstudien aus. Wurde die Studie vom jeweiligen Hersteller finanziert, war die Wahrscheinlichkeit, dass der Wirkstoff sich darin als effektiv erweist, vier Mal so hoch wie in Untersuchungen, die nicht von einer Firma gesponsert wurden.

Vertuschte Nebenwirkungen

Lo zeigte in Hannover auch auf, wie es zu verzerrten Forschungsergebnissen kommt. Häufig geben die Hersteller dem Leiter der Studie an der Klinik vor, wie das Design der Studie sein soll (damit der Wirkstoff möglichst positive Effekte zeigt), wie die Ergebnisse ausgewertet sollen und welche davon veröffentlicht werden dürfen. Das bedeutet häufig auch, dass der Sponsor der Studie Berichte über Nebenwirkungen unterdrückt oder das Versagen eines neuen Wirkstoffs schlicht verschweigt.

Ein Beispiel für die fatalen Folgen einer solchen Einflussnahme sei der Cox-2-

Hemmer Celecoxib (Celebrex). Wie Lo berichtete, hatte der Hersteller Pfizer bereits durch ein einseitiges Studiendesign dafür gesorgt, dass das Mittel in den Zulassungsstudien besser abschnitt als es dies unter realistischen Bedingungen getan hätte. Zudem sorgte Pfizer dafür, dass schwerwiegende Nebenwirkungen, insbesondere die deutlich erhöhte Anzahl von Herzinfarkten in der Verum-Gruppe, lange Zeit nicht ans Licht kamen.

Ähnliche Hintergründe führten Lo zufolge auch zu den vermeintlichen Erfolgen von Rosiglitazon (Avandia). Innerhalb weniger Jahre wurde das Mittel zum weltweit meist verkauften Antidiabetikum mit Jahresumsätzen von 3,3 Milliarden US-Dollar. Inzwischen gilt Rosiglitazon als Lehrstück dafür, wie ein Produkt von der pharmazeutischen Industrie aufgebaut wird, wie Risiken verheimlicht oder heruntergespielt werden und wie es Behörden weltweit jahrelang versäumen, den kumulierenden Risikosignalen zu folgen und das Arzneimittel zum Schutz der Patienten vom Markt zu nehmen.

Wohltäter – überall

Interessenkonflikte treten jedoch keineswegs nur an Universitätskliniken oder großen Krankenhäusern auf. Tatsächlich kann sich hierzulande kaum noch ein Arzt den Einflüssen der Industrie entziehen:

- 20 Millionen Mal pro Jahr besuchen 15.000 Pharmareferenten die Praxen und Krankenhäuser der Republik und versuchen, Ärzte durch Gespräche, Muster und andere geldwerte Leistungen darin zu beeinflussen, welche Medikamente sie ihren Patienten verschreiben. Das berichtet der 2006 gegründete Verein MEZIS, zu dessen Initiatoren Klaus Lieb gehört.
- Arzneimittelhersteller finanzieren heute fast alle relevanten ärztlichen Fortbildungskongresse – und sorgen dort für die „richtigen“ Themen und dafür, dass bestimmte Therapien im „richtigen“ Licht erscheinen.
- Hersteller beschäftigen Hunderte von Journalisten, die praktisch alle wichtigen Gesundheits-Internetseiten, mit meist unausgewogenen und zum Teil irreführenden Meldungen versorgen.

- Pharmafirmen nutzen Selbsthilfe-
gruppen und scheinbar gemeinnützige
Vereine als trojanische Pferde, über die
sie vermeintliche Missstände bei der
Versorgung kranker Menschen öffent-
lich anprangern können. In Wirklichkeit
aber fördern die Unternehmen dadurch
ihr eigenes Fortkommen.
- Die Erfahrung zeigt: Patienten können
eine hoch effiziente „Pressure Group“
sein. Sie gelten als unabhängig und
glaubwürdig. Und wem es gelingt,
Betroffene (etwa durch geschickt for-
mulierte Informationen im Internet)
davon zu überzeugen, dass ein be-
stimmtes Medikament angeblich ihr
Leiden maßgeblich lindert oder gar
heilt, kann dadurch indirekt Druck aus-
üben – auf die Politik und auf die be-
handelnden Ärzte.
- Die wenigsten Fachzeitschriften kön-
nen heute noch als „objektive“ Quellen
gelten: Planung und Datenauswertung
von Arzneimittelstudien liegen zu 90
Prozent in der Hand von Herstellern.
Viele Medizinzeitschriften und selbst
ärztliche Fachgesellschaften sind kom-
plett von Anzeigenerlösen und
Herstellersubventionen abhängig.
- Renommierte Professoren geben ihren
Namen für Artikel her, die von Marke-
ting-Abteilungen der Arzneimittel-
industrie vorbereitet wurden und in de-
nen der scheinbar firmenunabhängige
„Autor“ etwa die überragenden
Eigenschaften einer Therapie beschei-
nigt – obwohl er die entsprechenden
Daten mitunter gar nicht kennt.

16 Mrd. Dollar für Ärzte

In den USA, berichtete der Soziologie-
Professor Eric Campbell von der Harvard
Medical School, haben Pharmaunterneh-
men allein im Jahr 2011 fast 30 Milliarden
US-Dollar für das Marketing ihrer Produkte
ausgegeben. Knapp 4 Milliarden davon
flossen in so genannte DTC-Werbung, also
in öffentliche Werbung wie Anzeigen und
TV-Spots, die sich direkt an die Endver-
braucher (DTC: Direct-to-consumer) rich-
ten. 6,3 Milliarden gaben die Firmen für
kostenlose Arzneimittelmuster aus. Den
Löwenanteil aber, nämlich rund 16 Milliar-
den, steckten die Hersteller in alle mögli-

che Arten von Maßnahmen, die darauf ab-
zielen, Ärzte zu beeinflussen. Diese Zahl-
en, räumte Campbell in Hannover ein, sei-
en allerdings als Untergrenze anzusehen.
Denn die Angaben stammen von den
Pharmafirmen selbst.

Die Auswüchse des Pharma-Marketings
sind seit langem bekannt. In den USA hat
die Regierung bereits gesetzliche Rege-
lungen getroffen, um dem Einfluss der
Industrie Einhalt zu gebieten.

Der „Sunshine Act“

Eine dieser Maßnahmen ist der sogenann-
te „Physician Payment Sunshine Act“. Das
2010 im Rahmen der Gesundheitsreform
verabschiedete Gesetz verpflichtet Phar-
ma- und Medizintechnikfirmen, sämtliche
Zahlungen und geldwerte Zuwendungen,
die sie Ärzten und Lehrkrankenhäusern
gewährt haben, ab einem Wert von 10 US-
Dollar zu protokollieren und einmal im Jahr
an die US-Behörde Centers for Medicare &
Medicaid Services (CMS) zu melden.
Die Regelung gilt ab 2013. Meldepflichtig
sind unter anderem direkte Zahlungen,
Geschenke und Spenden, Reise- und
Bewirtungskosten, Beratungs- und
Vortragshonorare, Gelder für Forschung
und Lehre oder auch Beteiligungen und
Aktienbezugsrechte. Ab September 2014
sollen die Daten auch über eine Website
öffentlich verfügbar sein.

„Ich finde das großartig“, sagte der Präsi-
dent der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther
Jonitz, der als Podiumsgast an einer
Expertendiskussion im Rahmen des
Workshops teilnahm. „Und ich hätte das
gerne auch für Deutschland.“

Tatsächlich, betonte auch Campbell, sei
die Offenlegung aller Beziehungen zwi-
schen Medizinerinnen und Arzneimittelher-
stellern der entscheidende erste Schritt,
um politische und gesetzliche Änderungen
herbeizuführen.

Aber auch die Ärzteschaft selbst hat die
Möglichkeit, bessere Regeln aufzustellen.
Zum Beispiel durch eine Änderung der
ärztlichen Berufsordnung. Die Ärzte-
kammer Niedersachsen hat dies bereits
vorgemacht. Ihren Mitgliedern ist es neu-
erdings nicht nur – wie allen Medizinerinnen
in Deutschland – untersagt, Geschenke an-

zunehmen. Sie dürfen sich auch nicht
mehr von Firmen auf Kongressreisen ein-
laden lassen. Es sei denn, sie erbringen ei-
ne Gegenleistung, indem sie etwa einen
Vortrag halten.

Eine der wichtigsten Forderungen, die von
den Experten in Hannover aufgestellt
wurde, ist zudem die Offenlegung aller
Daten, die in den von der Industrie ge-
meinsam mit Ärzten durchgeführten ran-
domisierten Studien erhoben werden.

Eines der Hauptprobleme hierzulande sei
jedoch, so Lieb, dass das Bewusstsein für
Interessenkonflikte vielfach „noch nicht in
den Köpfen der Ärzte angekommen ist“.

Kollektive Amnesie

Das zeigt unter anderem ein Fall aus sei-
nem eigenen Fach, der Psychiatrie, der in-
zwischen auch unter Neurologen für
Furore sorgt: das Vorgaukeln von Trans-
parenz bei gleichzeitiger Verschleierung
von Interessenkonflikten in der aktuellen
S3-Leitlinie „Demenzen“ unter Federfüh-
rung der Deutschen Gesellschaft für
Neurologie (DGN) und der Deutschen
Gesellschaft für Psychiatrie, Psycho-
therapie und Nervenheilkunde (DGPPN).

Bei der Erstellung der S3-Leitlinie „Demen-
zen“ war den Verfassern offenbar be-
wusst, „dass kommerzielle Abhängigkei-
ten und sonstige Interessenkonflikte die
Inhalte der Leitlinie systematisch beein-
flussen könnten“. So nämlich haben sie es
im Methodenreport der Leitlinie selbst for-
muliert. Dort findet sich auch ein Anhang,
in dem die Autoren betonen: Die Ent-
wicklung von Leitlinien für die medizini-
sche Versorgung verlange über die fachli-
che Expertise hinaus eine strikte Vermei-
dung kommerzieller Abhängigkeiten und
sonstiger Interessenkonflikte. Es gebe
„eine Vielzahl von finanziellen, politischen,
akademischen oder privaten/persönlichen
Beziehungen, deren Ausprägungsgrad
und Bedeutung variieren können und die
mögliche Interessenkonflikte begründen
können“.

„Subjektiv unabhängig“

Jeder der beteiligten Autoren und Teilneh-
mer wurde deshalb von den Leitlinien-

koordinatoren dazu aufgefordert, ein Formblatt auszufüllen, in dem er konkrete Angaben dazu machen sollte, ob er zum Beispiel als Berater oder Gutachter für Industrieunternehmen tätig war, ob er Patente, Urheberrechte oder Verkaufslizenzen für Arzneimittel oder Medizinprodukte besitzt oder aber als bezahlter Autor von Artikeln im Auftrag pharmazeutischer, biotechnologischer oder medizintechnischer Unternehmen tätig war. Anschließend musste die ausgefüllte, unterschriebene Selbsterklärung bei den Leitlinienkoordinatoren – dem Psychiater Wolfgang Maier vom Uniklinikum Bonn und dem Neurologen Günther Deuschl vom Uniklinikum Kiel – abgegeben werden. Das haben angeblich auch alle Mitglieder der Steuerungsgruppe, der Expertengruppe und der Konsensusgruppe getan.

Das Erstaunliche ist nur: Im Anhang der Leitlinie findet sich zwar eine Tabelle mit zwei Spalten. In der linken stehen die Namen der 68 beteiligten Professoren, Doktoren und Fachleute, die an der Erstellung des Schriftwerks beteiligt waren. In der rechten Spalte ist Raum für die „Angabe von möglichen Interessenkonflikte“ jedes einzelnen Autors. Nur – bei jedem der 68 Namen steht in der rechten Spalte dasselbe Wort: keine.

Blau-rosa karierte Elefanten

„Potzblitz!“ kommentierte ein anonymes Autor alias ‚hockeystick‘ im Blog Stationäre Aufnahme seinen Fund im Herbst 2010. „Ein ganzer Bus voller Demenzexperten ohne Verbindungen zur Pharmaindustrie! Wäre in diesem Moment ein Schwarm von 68 blau-rosa karierten Elefanten in V-Formation am Himmel vorbeigezogen, ich hätte ihn mit weniger Verwunderung zur Kenntnis genommen.“ Die einzig mögliche Erklärung, diagnostizierte hockeystick, sei wohl „kollektive Amnesie“.

Schon eine kurze Internet-Recherche ergab: Mindestens 30 der genannten Personen sind entweder Eigentümer von Patenten für Alzheimer-Früherkennungsverfahren oder haben als Berater oder Gutachter Zuwendungen von genau jenen Unternehmen erhalten, die Alzheimer-

Medikamente herstellen oder vertreiben: Pfizer / Eisai, Merz / Lundbeck, Janssen-Cilag und Novartis. Günther Deuschl, damals auch 2. Vorsitzender der DGN, erklärte das vor einiger Zeit so^{**}: Die Gruppe der beteiligten Experten sei „eine Gemeinde“, die sich gut kennt. „Viele von uns haben das abgegeben, was man immer abgibt.“ Auf die Frage nach Berater- oder Gutachtertätigkeiten für Industrieunternehmen oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines pharmazeutischen oder medizintechnischen Unternehmens zum Beispiel, könne er sich „gut vorstellen, dass da keiner Ja sagt“.

Interessenkonflikt?

Auch er selbst, so Deuschl, habe zum Beispiel Anfang der 2000er Jahre eine von Novartis finanzierte Studie gemacht (Novartis ist Hersteller des Antidemtivums Rivastigmin). Doch für Deuschl gab es keinen Grund, dies im Methodenreport der S3-Leitlinie „Demenzen“ anzugeben. „Ich habe keinen Interessenkonflikt an der Stelle“. Und sowieso: Dass man derlei Verbindungen wirklich immer offenlege, „sei gar nicht mehr der Fall“.

Der Fall ist gleich aus mehreren Gründen symptomatisch. Zum einen ist die S3-Leitlinie „Demenzen“ nicht die einzige, bei der man sich fragen muss, wie unabhängig deren Verfasser sind. 87 Prozent aller Autoren von Leitlinien in der Medizin, berichtete Eric Campbell, hätten Verbindungen zur Industrie. Und seien in ihrem Urteil daher keineswegs so frei, wie es wünschenswert wäre.

Besonders beliebt: Psychiater

Zum anderen scheinen gerade Fachärzte für Seelenleiden eine der wichtigsten Zielgruppen für die Avancen der Pharmafirmen zu sein. „In der Psychiatrie“, sagte die Chefredakteurin des *British Medical Journal* Fiona Godlee, seien Interessenkonflikte geradezu „endemisch“.

Eines der Probleme bei der Erstellung der S3-Leitlinie „Demenzen“, berichtete Lieb in Hannover, sei auch gewesen, dass man es

den Autoren und Fachleuten überlassen habe, *selbst* zu beurteilen, ob die für ihre Mitarbeit an der Leitlinie erforderliche Neutralität durch die vorhandenen Interessenkonflikte in Frage gestellt sei.

Um derlei Missverständnisse zu vermeiden, hilft ein Blick in die Definition der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Ein Interessenkonflikt hat demnach „nichts damit zu tun, ob sich eine Person beeinflusst fühlt oder nicht“.

Ein Interessenkonflikt ist auch nicht erst das *Ergebnis* einer Handlung oder ein verzerrtes Urteil oder eine verzerrte Bewertung. Es geht also nicht darum, ob ein Mediziner Forschungsergebnisse vertuscht hat oder wissentlich diagnostische oder therapeutische Fehlentscheidungen trifft.

Die Spielregeln sind klar

Ein Interessenkonflikt liegt bereits vor, wenn aufgrund bestimmter Gegebenheiten das *Risiko* dafür besteht, dass das primäre Interesse eines Wissenschaftlers oder Arztes, unabhängig zu forschen beziehungsweise das Bestmögliche für den Patienten zu tun, mit sekundären Motiven konkurriert.

Dieser Definition liegt der Report des Institute of Medicine über Interessenkonflikte zugrunde. Es handelt sich um die Weiterentwicklung einer 1993 von dem Medizinethiker Dennis Thomson (Harvard University) im *New England Journal of Medicine* veröffentlichten Abhandlung über finanzielle Interessenkonflikte in der Medizin, die inzwischen von vielen Experten weltweit übernommen wurde.

Bernhard Lo hat sich jahrelang mit dem Thema befasst. Auch war er maßgeblich an der Weiterentwicklung der Definition beteiligt. Dennoch stellt er noch heute, 20 Jahre nach der Publikation von Thomson, fest: „Manche Menschen denken, Interessenkonflikte seien ein esoterisches Thema, das sie nicht betrifft. Aber sie haben gravierende Folgen für das Individuum. Und sie wirken sich auf eine große Anzahl von Menschen aus.“

Verfasserin:
Cornelia Stolze, Wissenschaftsjournalistin

^{**}nachzulesen in dem Buch „Vergiss Alzheimer!“, Verlag Kiepenheuer & Witsch, 2011

Die Weisheit des Weglassens

Anlässlich der 14. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin widmete ein Pre-Workshop sich der amerikanischen „Choosing Wisely“-Initiative und ihren „Flop Five“ der überflüssigen Maßnahmen. Wurde damit ein neuer Stein der EbM-Weisen gefunden?

Von Adelheid Müller-Lissner

Kopfweh ist kein Grund für ein EEG, Schmerzen in der Lendenwirbelsäule allein sind kein Grund für Röntgen oder CT, bei einer einfachen Sinusitis sollten keine Antibiotika verschrieben werden, eine unauffällige Vorsorge-Koloskopie muss normalerweise nicht früher als im Abstand von zehn Jahren wiederholt werden. Die Spatzen pfeifen es von den Dächern: In der medizinischen Diagnostik und Therapie ist weniger oft mehr. Allerdings ist im Gespräch mit dem Patienten oft ein Mehr an Überzeugungskraft und guten Argumenten nötig, um glaubhaft „rüberzubringen“, dass gute Medizin in diesem Fall in einem Weniger an Tests und Medikamenten besteht.

In den USA wurde im Jahr 2011, organisiert von einer unabhängigen Stiftung, der American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, die „Choosing Wisely Initiative“ ins Leben gerufen, um beide Fliegen mit einer Klappe zu schlagen, das Zuviel und das Zuwenig: den „Overuse“ in Diagnostik und Therapie und ein mögliches Informationsdefizit auf Patientenseite, das die partizipative Entscheidungsfindung behindert. Zu beiden Anliegen passt, dass die ABIM-Stiftung auch als Herausgeberin der Charta zur ärztlichen Berufsethik fungiert.

Ziel der neuen Initiative ist es, im Lauf der Jahre für jede Fachdisziplin eine „Top-5-Liste“ unnötiger oder sogar schädlicher Maßnahmen aufzustellen – die deshalb eigentlich zutreffender als „Flop-5-Liste“ bezeichnet sein würde (www.choosingwisely.org). Über 30 Listen gibt es inzwischen schon – von Allgemeinmedizin über Neurologie bis hin zu Geriatrie. Sie wurden in enger Kooperation mit Patienten- und Verbraucherschutz-Organisationen zusammengestellt und

inzwischen durch die Medien in den USA recht publik gemacht.

Eine gute Idee – nachahmenswert auch für Deutschland? Oder nur alter Wein in neuen Schläuchen? Einen Tag vor seiner 14. Jahrestagung lud das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) zum Pre-Conference Workshop, um über diese Fragen zu diskutieren. Vorstandsmitglied Daniel Strech stellte die Initiative aus Übersee in seiner Einleitung in den Kontext der Diskussion über medizinische Überversorgung. „Ehe man über Rationierung redet, muss man zunächst seine Bemühungen um Rationalisierung unter Beweis stellen.“

„Choosing wisely“, klug auswählen und entscheiden, was Erkrankten wirklich nützt – das ist rein sprachlich das passende Motto für solche Bemühungen. Strech stellte allerdings in Frage, dass eine Engführung auf jeweils fünf Punkte pro Fachgebiet hier hilfreich sein kann. David Klempner von der Hochschule Regensburg, Past-Präsident des DNEbM, meinte darüber hinaus selbstbewusst: „Die amerikanische Version passt auf Deutschland nicht gut, denn wir sind in der EbM-Diskussion bereits weiter.“

Mehr Do's als Dont's?

Wichtige Grundlage für das „Shared Decision Making“ sind heute die Leitlinien der Fachgesellschaften – die zum großen Teil in laienverständliche Patientenleitlinien „übersetzt“ wurden. Aber enthalten die Empfehlungen zum diagnostischen und therapeutischen Handeln auch genügend Empfehlungen zum Unterlassen – also genau das, was das Fünf-Punkte-Programm der Choosing Wisely-Initiative in plakativer Form bie-

tet? „Die gefühlte Wahrheit ist, dass in Leitlinien mehr ‚Do's‘ als ‚Dont's‘ aufgelistet sind“, sagte Günter Ollenschläger vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Dort hat man sich die Mühe gemacht, 40 S-3-Leitlinien, die zwischen 2006 und 2013 erstellt wurden, nach diesem Gesichtspunkt zu durchforschen. Das Ergebnis: Die ‚gefühlte Wahrheit‘ trifft nicht zu, bis zu 40 Prozent der in den Leitlinien gegebenen Empfehlungen sind negativ. Der Anteil der skeptischen Bewertungen ist nicht vom Fach abhängig, vergrößerte sich allerdings im Lauf der Jahre. Besonders viele ‚Do not's‘ enthalten die Leitlinien zur Hormontherapie in und nach der Menopause und zum Kreuzschmerz. „Die Leitlinien können genutzt werden, wir brauchen also keine Systemänderung und müssen das Thema nicht neu erfinden“, folgert Ollenschläger. Allerdings müsse man mehr darauf achten, dass die bestehenden EbM-Empfehlungen in der Praxis wirklich umgesetzt werden. Publikumswirksame Initiativen könnten hierbei als Marketing-Instrumente benutzt werden, um Entscheidungsträger zu beeinflussen. „Das Thema ist sexy. Wir müssen aufpassen, damit es nicht missbraucht wird.“

„Wer sind die Nutznießer? Was sind die Werte, die diese Initiative antreiben?“, so fragte auch Heiner Raspe von der Universität Lübeck, ebenfalls ehemaliger Präsident des Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin und Mitglied der Kommission „Priorisierung im Gesundheitswesen“

der Bundesärztekammer. In Deutschland nach amerikanischem Vorbild eine Choosing Wisely-Initiative zu starten, hält Raspe nur für sinnvoll, wenn sie in eine breitere Diskussion über Priorisierung in der Medizin eingebettet wird. Als Vorbild bezeichnete er Schweden, wo diese Debatte seit den 90er Jahren auch unter ethischen Kriterien geführt werde. Besonders wichtig in seinen Augen: Die Diskussion um das Setzen von diagnostischen und therapeutischen Prioritäten wird dort nicht von dem – ökonomisch bedeutsamen – Kriterium *Häufigkeit* einer Erkrankung, sondern von der Schwere der Störung geleitet.

Raspe versteht die amerikanische Initiative als Versuch, auf publikumswirksame Art „Posterioritäten zu setzen“. Prinzipiell erscheint ihm das begrüßenswert. „Wenn allerdings jedes Fachgebiet genau fünf Negativ-Empfehlungen abgibt, lässt das den großen Rest als gleich wichtig erscheinen“, so merkte er methodenkritisch an.

Als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) monierte Wolfgang Gaebel grundsätzlich die Nähe der Choosing-Wisely-Initiative zu Rationierung und Priorisierung. Die sei für die Psychiatrie gefährlich: „In unserem Fachgebiet haben wir es ohnehin mit Stigmatisierung und Diskriminierung zu tun.“ Als Hauptproblem des „Shared Decision Making“ in der Psychiatrie sieht Gaebel nicht überhöhte Ansprüche der Patienten, den Wunsch nach überflüssigen oder sogar schädlichen Verfahren, sondern eher das Gegenteil: „Oft lehnen die Patienten das ab, was wir ihnen anbieten.“ Raspe ergänzte dieses Statement später durch den Vorschlag, in einer solchen Kampagne auch die Unterversorgung zu thematisieren.

Manfred Gogol stellte als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) das psychologische Geschick einer Initiative in Frage, deren Aussagen sich auf Negationen beschränken: „Ist es lerntheoretisch eigentlich sinnvoll, nur ‚do not‘ zu sagen?“

Sachliche Bedenken verdeutlichte Gogol an zwei Beispielen aus seinem eigenen Fachgebiet: Unter den „Top-5“ der Amerikaner findet sich auch die Empfehlung, bei unruhigen, aggressiven Patienten mit einer Demenz Antipsychotika nicht als erste Wahl vor nicht-pharmakologischen Maßnahmen einzusetzen. Zudem sollten Benzodiazepine bei älteren Patienten nicht als Mittel der ersten Wahl für die Behandlung von Schlaflosigkeit und Delir betrachtet werden. Gogol vermisst in beiden Punkten die alltagstauglichen positiven Gegenvorschläge, zum Beispiel für das Pflegeheim, in dem eine Pflegekraft nachts für eine ganze Etage zuständig ist. Wenn schon Negativempfehlungen, dann müssten sie seiner Ansicht nach umsichtiger formuliert werden. „Ich würde sagen: Keine Behandlung von alten Patienten ohne adäquate Behandlungsabläufe, die auf Risikominimierung ausgerichtet sind.“

So präzise das formuliert sein mag, so wenig „sexy“ klingt es allerdings. Dass es besser ist, seiner alten schwer dementen Mutter keine PEG zu legen, wird man auf diese Art kaum einem Sohn erklären können. Können es die Amerikaner besser, klarer, eingängiger? „Irgendetwas muss dran sein an der Choosing-Wisely-Initiative“ – mit diesen Worten regte Moderatorin Monika Lelgemann, Bereichsleiterin EbM beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, die Diskussion an, die sich bei diesem Workshop den Statements der Referenten anschloss.

EbM populär machen

Tatsächlich wurde hier auch einiges zugunsten der Choosing-Wisely-Initiative ins Feld geführt. Die einprägsamen fünf Punkte pro Fachgebiet bieten nach Ansicht mehrerer Teilnehmer die Chance, EbM-Botschaften populär zu machen. Das könnte potenziellen Patienten die Angst davor nehmen, etwas vorenthalten zu bekommen: Wenn für sie erkennbar wird, dass Arzt oder Ärztin ihnen von einer Maßnahme mit der geballten Autorität der Fachgesellschaften abraten, sind sie eher zu überzeugen,

dass es um den gesundheitlichen Nutzen geht, nicht um rigorose Sparmaßnahmen. Den Ärzten könnte eine publikumswirksame diagnostische und therapeutische „Abspeck“-Initiative umgekehrt den Rücken für die leitliniengerechte Behandlung stärken. Martin Scherer von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) erkannte denn auch eine Art Seelenverwandtschaft seiner Fachgesellschaft zur Choosing-Wisely-Initiative: „Unsere Patienten und die Gesellschaft vor Fehl-, Über- und Unterversorgung zu schützen, ist auch Ziel der DEGAM, das spricht uns also an.“

Von einer nach wie vor bestehenden „schmerzlichen Diskrepanz zwischen wissenschaftlicher Evidenz und Versorgungsalltag“, die man nicht einfach so hinnehmen könne, sprach auch Klemperer: „Es kann doch nicht sein, dass der Mensch auf Mond und Mars landen kann, aber nicht davon abzubringen ist, bei einfachem Rückenschmerz Röntgenaufnahmen zu machen!“ Nach Ollenschlägers Überzeugung könnten Kommunikationskonzepte helfen, mit deren Hilfe „schlechte Medizin“ als solche kenntlich wird. „Sie müssen zeigen: Wenn ich das mache, schade ich mir selbst.“

Ein solches Konzept zu entwickeln, so wurde schließlich einmütig befunden, könnte eine Aufgabe für das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin werden. Strech schlug vor, in einer Arbeitsgemeinschaft ganz pragmatisch Beispiele für überflüssige bis schädliche Maßnahmen zusammenzustellen. Ähnlich wie die Patientenbroschüre „Irren ist menschlich“ könnte zudem eine Broschüre gestaltet werden, wie es sie, allen hervorragenden Leitlinien zum Trotz, bisher noch nicht gibt. Ihr schöner Arbeitstitel existiert allerdings schon: „Weniger ist mehr“.

Dr. Adelheid Müller-Lissner

Datenschutzgerechte Entsorgung von Patientenunterlagen

Der richtige Umgang mit vertraulichen Patientendaten stellt in allen ärztlichen Einrichtungen vielfältige Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte. Diese reichen von der Organisation des Patientenempfangs über die Aufbewahrung der Dokumentation bis hin zur fachgerechten Entsorgung der Patientenakte nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen. Die Ärztekammer Berlin war erst kürzlich wieder mit einem Fall befasst, in dem umfangreiche Patientenunterlagen teilweise unzerkleinert in der Altpapiertonne eines Mehrfamilienhauses vorgefunden worden waren. Das berufsrechtlich (und strafrechtlich!) geschützte Patientengeheimnis verlangt indessen, dass der Arzt patientenbezogene Daten auch durch die Art und Weise ihrer Entsorgung geheim hält. Mit anderen Worten: Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch hier. Im Folgenden soll über die richtige Entsorgung von Patientenunterlagen näher informiert werden.²

¹ In diesem Text wird an mehreren Stellen auf die separate Verwendung der weiblichen und männlichen Form verzichtet. Die Gender-Grundsätze und die der Antidiskriminierung werden von der Ärztekammer Berlin beachtet.

² Text in Anlehnung an eine Empfehlung des unabhängigen Landesentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein, erhältlich unter URL: www.datenschutzzentrum.de/material/themen/

1. Allgemeines

Bei der Entsorgung von Patientenunterlagen ist Sorge dafür zu tragen, dass sensible Medizindaten unbefugten Personen nicht zugänglich gemacht werden. Diese Verpflichtung des Arztes ist zunächst, wie bereits erwähnt, Ausfluss der ärztlichen Schweigepflicht, die sowohl berufsrechtlich (§ 9 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin) als auch strafrechtlich (§ 203 Strafgesetzbuch) verankert ist. Weitere Regelungen enthalten das Bundesdatenschutzgesetz für den nicht öffentlichen Bereich (also für private Arztpraxen) und das Berliner Datenschutzgesetz für den öffentlichen Bereich (Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft). Mit dieser ärztlichen Pflicht korrespondiert auch ein Recht des Patienten auf Löschung, d.h. auf Unkenntlichmachen seiner Behandlungsunterlagen. Dabei kommt eine Löschung selbstverständlich frühestens nach Ablauf der geltenden Aufbewahrungsfristen in Betracht.

2. Umfang der Entsorgung

Die Pflicht zur datenschutzgerechten Entsorgung bezieht sich zunächst auf die klassische Patientendokumentation. Sowohl die in Papierform geführte Patienten-

akte als auch die auf Datenträgern gespeicherten Patienteninformationen sind zu gegebener Zeit fachgerecht zu vernichten. Neben den dokumentationspflichtigen Unterlagen sind aber auch alle sonstigen Aufzeichnungen von der Pflicht zur richtigen Entsorgung erfasst, die sich auf einen bestimmten Patienten beziehen (etwa Telefonnotizen, Patientenlisten, Briefumschläge, Terminkalender). Denn bereits die Tatsache, dass ein bestimmter Patient bei einem Arzt in Behandlung ist, unterfällt dessen Schweigepflicht. Es ist daher auch im Praxisalltag darauf zu achten, dass personenbezogene Patientendaten nicht etwa in den normalen Papiermüll gelangen. Ein typisches Beispiel ist hierfür die Entsorgung von beim Drucken oder Kopieren entstandenen Fehlexemplaren, die erfahrungsgemäß oftmals gedankenlos weggeworfen werden. Zu nennen sind weiterhin die in medizinischen Labors anfallenden Blut- und Gewebeproben, die mit den jeweiligen Patientennamen gekennzeichnet sind. Auch hier ist auf eine datenschutzkonforme Vernichtung zu achten.

3. Zeitpunkt der Entsorgung

Soweit die jeweilige Patienteninformation der Dokumentationspflicht unterfällt, kommt eine Entsorgung der Unterlagen, wie schon erwähnt, frühestens nach Ablauf der jeweils geltenden Aufbewahrungsfrist in Betracht. Die Frist für die Aufbewahrung (dokumentationspflichtiger) ärztlicher Aufzeichnungen beträgt nach § 10 Abs. 3 Berufsordnung der Ärztekammer

Berlin grundsätzlich, d.h. soweit nicht nach anderen Vorschriften abweichende Fristen gelten, zehn Jahre nach Abschluss der (letzten) Behandlung. Eine entsprechende Regelung sieht inzwischen das Bürgerliche Gesetzbuch vor (§ 630f Abs. 3 BGB). Eine über zehn Jahre hinausgehende Frist ist in verschiedenen Bereichen geregelt (z.B. 30 Jahre für Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen und über die Behandlung mit radioaktiven Stoffen).

Im Übrigen bestimmen § 35 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes und § 17 Abs. 3 des Berliner Datenschutzgesetzes im Wesentlichen übereinstimmend, dass personenbezogene Daten zu löschen sind, wenn diese – gemessen am Zweck der Speicherung – nicht mehr erforderlich sind. Bei ärztlichen Behandlungsunterlagen ist eine längere (d.h. die Aufbewahrungsfrist überschreitende) Aufbewahrung also zum einen dann gerechtfertigt, wenn sich dies aus den Behandlungsgründen und dem Patienteninteresse ergibt. Dies kann bei Krankheiten der Fall sein, die über Jahrzehnte hinweg Auswirkungen zeigen können, wie etwa bestimmte Erbkrankheiten oder psychische Erkrankungen. Zum anderen kann eine längere Aufbewahrungszeit aufgrund der Verjährungsvorschriften des BGB gerechtfertigt sein. Denn Ansprüche des Patienten aus der Arzthaftung verjähren zwar bereits nach drei Jahren (§ 195 BGB), die Verjährungsfrist beginnt aber erst mit Kenntnis oder grob fahrlässiger Unkenntnis des Patienten von den anspruchsbegründenden Tatsachen zu laufen. Erst nach 30 Jahren tritt unabhängig hiervon die (sog. absolute) Verjährung ein. Der Arzt kann sich daher – unabhängig von

der Aufbewahrungsfrist – grundsätzlich für den Zeitraum von 30 Jahren auf die Notwendigkeit einer Aufbewahrung der (beweisrelevanten) Behandlungsunterlagen berufen.

Ist die Aufbewahrungsfrist abgelaufen oder ist eine Dokumentationspflicht von vornherein nicht gegeben und ist zudem eine Aufbewahrung auch nach den vorstehenden Grundsätzen nicht mehr (zur Beweisführung und/oder im Patienteninteresse) erforderlich, so ist der Arzt zur Vernichtung der Unterlagen verpflichtet.

4. Art und Weise der Entsorgung

Allgemein gesprochen ist eine datenschutzkonforme Entsorgung der Patientenunterlagen dann gegeben, wenn die Patienteninformationen nach diesem Vorgang nicht mehr lesbar vorhanden sind und eine Rekonstruktion grundsätzlich ausgeschlossen ist. Wie in nahezu allen normierbaren Lebensbereichen existiert hierzulande auch für die Akten- und Datenvernichtung eine bestimmte DIN-Norm. Seit Beginn des Jahres 2013 wird die Vernichtung von in Papierform vorliegenden und auf Datenträgern gespeicherten Unterlagen einheitlich in der Norm 66399 erfasst, die durch das Deutsche Institut für Normierung e. V. (DIN), unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) ausgearbeitet wurde. Die Datensicherheit eines Aktenvernichters wird darin in sieben Sicherheitsstufen eingeteilt, wobei etwa für besonders sensible und vertrauliche Daten eine Partikelgröße von 4 x 40 mm vorge-

sehen ist (Stufe 4). Die danach bestehenden Einteilungen und Anforderungen sind als Empfehlungen zu verstehen, Gesetzesrang kommt ihnen indessen nicht zu. Wesentlich ist, dass Akten in Papierform hinreichend gründlich geschreddert werden und dass digitale Informationen vollständig und unumkehrbar gelöscht werden. Die Durchführung der Akten- und Datenentsorgung kann selbstverständlich Praxismitarbeitern übertragen oder auch durch ein darauf spezialisiertes Unternehmen durchgeführt werden. Entscheidet man sich für die Durchführung durch ein externes Unternehmen – derartige, auf Datenvernichtung ausgerichtete Unternehmen finden sich etwa zahlreich in den Gelben Seiten – muss sichergestellt sein, dass vor dem Vernichtungsprozess auch durch die Mitarbeiter des Unternehmens keine Einsichtnahme in die Unterlagen erfolgt.

Zusammenfassend werden Patientenunterlagen dann datenschutzkonform entsorgt, wenn

- von der Entsorgung alle Unterlagen mit Patientenbezug erfasst sind,
- die Entsorgung zeitnah nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist und Wegfall des Verwendungszwecks erfolgt und
- die datenschutzrechtlichen Sicherheitsanforderungen bei der Art der Entsorgung eingehalten werden.

Bei Fragen und/oder Beratungsbedarf zu dieser Thematik können sich Ärztinnen und Ärzte gerne an die Abteilung Berufsrecht der Ärztekammer Berlin wenden.

K. Schmitt, LL.M. (Wellington)
Assessor jur., Abteilung Berufsrecht

Berliner Ärzte auch im Internet:

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

Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité – eine Erfolgsgeschichte

Virchows Museumsbau ist zwar immer einen Besuch wert, aber jetzt haben wir gleich mehrere Anlässe, in dieses attraktive „Schaufenster“ hineinzuspazieren, das Einblicke in drei Jahrhunderte Medizingeschichte gewährt. Der Schwerpunkt liegt auf der Berliner Medizin – natürlich mit der Charité im Zentrum. Durch das Exemplarische der gezeigten Objekte und durch die große Resonanz im In- und Ausland reicht die Bedeutung des Museums jedoch weit übers Regionale hinaus.

Die Anlässe sind drei Jubiläen und eine Ausstellung. Vor fünfzehn Jahren, am 25. März 1998, wurde Virchows ehrwürdiges pathologisches Museum, auferstanden aus Kriegsrüinen sowie nach und nach von Zweckentfremdung befreit, neu eröffnet: als Berliner Medizinhistorisches Museum mit erweiterter Thematik. Das war ein Kraftakt, denn es gab dafür gar keinen Etat; ohne Sponsoren (auch beteiligte Baufirmen) wäre nichts gelaufen. Und für die Charité wurde ihr Museum zu einer Erfolgsgeschichte, so groß war das Publikumsinteresse.

Jetzt im März wurde der millionste Besucher empfangen – auch ein Jubiläum. Und noch ein anderes, kleines: Vor fünf Jahren eröffnete die neue Dauerausstellung, das Aushängeschild des Museums. Dazu gibt es einen inhaltsreichen und opulent illustrierten Katalog. Grund zu feiern? Trotz aller Erfolge war das „Berliner Medizinische Museum der Charité“ vor zwei Jahren in Gefahr, von dem finanzkrisengeschüttelten Klinikum abgestoßen zu werden. Ein vielstimmiger öffentlicher Aufschrei brachte die geplagten Sparkommissare denn doch von der verzweifelten (und verzweifelt kurzsichtigen) Idee ab, Virchows Erbe zu verschleudern und die Charité von ihrer gloriosen Geschichte abzuschneiden, der sie bis heute ihren Weltruhm verdankt.

Das Museum war von Anfang an auf Spender und Sponsoren angewiesen und

muss äußerst sparsam wirtschaften. Es hat mit 850.000 Euro jährlich auszukommen; 450.000 davon erwirtschaftet es selbst (Eintrittsgelder und Vermietung der für höchst verschiedene „Events“ beliebten Hörsaalhalbruine). Das ist ein weit höherer Eigenanteil als bei anderen Museen.

Virchows fünfstöckiges Haus konkurriert nicht, sondern kooperiert mit dem anderen bedeutenden Medizinhistorischen Museum Deutschlands, in Ingolstadt. Dort zählt man etwa 20.000 Besucher jährlich, in Berlin 80.000. 60 Prozent von ihnen kamen in letzter Zeit als Einzelbesucher, 40 Prozent in (meist geführten) Gruppen von Medizinstudierenden, Angehörigen und Auszubildenden anderer Gesundheitsberufe oder Klassen älterer Schüler.

Die jetzige Ausstellung „Visite im Depot“ kam allein „mit Bordmitteln“ zustande, wie Manfred Dietel zu sagen pflegt, heutiger Nachfolger Virchows als Pathologiechef der Charité und engagierter Förderer des Museums. Eigentlich ist dies umgekehrt eine Visite des Depots im Sonderausstellungsraum. Auf die interessanten, schön inszenierten Einzelstücke gehen wir hier nicht ein, auch nicht auf die von Objekten aller Art überquellenden Regale, die Depotverhältnisse simulieren. Sehen Sie selbst!

Gehen wir lieber in die echten Depots, zusammen mit Museumsdirektor Thomas Schnalke. Der promovierte Mediziner und Professor für Medizingeschichte begann vor etwa zwölf Jahren, das Museum vom Image des Kuriositäten- und Gruselkabinetts zu befreien. (Früher wurden die Missgeburten-Präparate groß herausgestellt.) Er übersetzte vielmehr Virchows Idee in die Gegenwart: Das Konzept eines Hauses der Forschung und Lehre für Mediziner und der medizinischen Aufklärung für Laien, denen schon Virchow zwei der fünf Museumsetagen zugänglich gemacht hatte. Forschung anhand der Objekte ist in



den engen Depots bisher kaum möglich. Und Sachspenden, etwa alte Geräte aus vollgestellten Klinikellern, können nur in Auswahl akzeptiert werden, bedauert Schnalke. Kein Platz! Regale voller Präparate stehen dicht an dicht im Kellerdepot des Museumsbaus. In einem von zwei Erdgeschossräumen der alten medizinischen Klinik gleich nebenan werden sperrige historische Geräte (wie Eiserne Lunge, OP-Ausstattungen) sorgfältig verwahrt, im zweiten Raum medizinische Kleinobjekte.

Dort steht an einem der vergitterten Fenster ein Tisch, drumherum etwas Ablagefläche: der einzige Arbeitsplatz. Warum studieren Wissenschaftshistoriker lieber Bücher und Archivalien als Objekte?, fragte sich der Museumschef. Seine Antwort: Weil sie in Bibliotheken und Archiven gut erschlossene Schätze und ideale Arbeitsbedingungen vorfinden. Wissenschaftliche Sammlungen hingegen werden oft sehr stiefmütterlich behandelt, sind schwer zugänglich und kaum benutzbar.

Was Schnalke vorschwebt, ist ein gut strukturiertes „Objektarchiv“. Dort sollten die wichtigsten thematisch oder zeitlich benachbarten Sammlungen einer Universität zusammengeführt werden. Mit Hilfe einer digitalen Datenbank könnten sich interessierte Wissenschaftler vorbereiten: auf ihre Forschungen an historischen Objekten in einem gut mit Arbeitsplätzen und Literatur ausgestatteten Depot.

Rund 750 Sammlungen lagern in deutschen Universitäten, oft schlecht konserviert, wenig beachtet und kaum wissen-

schaftlich genutzt. Schnalke erinnert an die nachdrückliche und detaillierte Empfehlung des Wissenschaftsrats von 2011 an die Universitäten. Sie sollten ihre Aufgabe erfüllen, „diese Sammlungsbestände zu sichern und zu bewahren, um sie kritisch zu sichten und einer intensiven wissenschaftlichen Bearbeitung zuzuführen“.

Die Charité mit ihren diversen jetzt noch vorhandenen Sammlungen hätte alle Voraussetzungen, ein solches Objektarchiv zu erproben – bis auf die nötigen finanziellen Mittel. Selbst fürs Konservieren und Restaurieren hochbedeutsamer Gegenstände oder Archivalien bedarf es einer Fremdfinanzierung. Der am meisten beschädigte der fünfzig Bände – Sektionsprotokolle von Virchow – wird zum

Beispiel gerade für 8.000 Euro restauriert. Auch für Sonderausstellungen gibt es keinen Etat. Deshalb werden manchmal Extras in die ständige Ausstellung integriert. Rudolf Virchows Protokolle etwa gehören natürlich in den Präparatesaal.

„Richtige“ Sonderausstellungen werden aber – in der Hoffnung auf Sponsorship – auch geplant oder erst einmal angedacht. Schon in Arbeit ist die Geschichte der Arztpraxis. Dann vielleicht „ostasiatische Medizin“? Da ließen sich die populären, aber unvollständigen und schiefen Vorstellungen von „Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM)“ ergänzen oder gerade rücken. Oder Placebo – eine Herausforderung! Und wie wär’s nach langer Zeit mal wieder mit einer Ausstellung medizin-

naher Kunst? Da böte sich zum Beispiel der Nachlass der Berliner Malerin Maina-Miriam Munsky an, die ihre Motive in Operations- und Kreißsälen fand.

Virchows fünfstöckiges Haus steckt voller Möglichkeiten. Die Exzellenz wäre da. Zu noch mehr Strahlkraft fehlt ihm nur stärkerer Rückhalt und ein bisschen mehr Geld.

Rosemarie Stein

*Berliner medizinhistorisches Museum der Charité, Charitéplatz 1, www.bmm-charite.de
Di, Do, Fr 10-17, Mi u. Sa 10-19 Uhr.
„Visite im Depot“ noch bis 22.09.13.*

P E R S O N A L I E N

Ulrike Albrecht zum 90. Geburtstag

Als Tochter eines Malerehepaars wurde Ulrike Albrecht am 9. April 1923 in Westerland auf Sylt geboren. Die Weltwirtschaftskrise und die faschistische Diktatur führten ihre Eltern in den politischen Widerstand und sie dazu, einen sozialen Beruf zu erlernen. Nach der Ausbildung zur Krankenschwester wurde sie an der Schule von Prof. Kohlrausch in Straßburg zur Heilgymnastin ausgebildet. Klares Definieren und vorwärtsweisende Therapie waren dabei hauptsächliche Inhalte des Lehrstoffes. Das kam ihren Neigungen und Fähigkeiten entgegen. Nach Umzug in die sowjetische Besatzungszone / DDR studierte sie Medizin an der Universität Rostock von 1948 bis 1953.

Das junge Fachgebiet der physikalisch-diätetischen Therapie etablierte sich in diesen Jahren in der DDR. Es war also nahe liegend, auf dem vor dem Studium Erlernen aufzubauen. Es galt die vorwiegend empirische Phase wissenschaftlich zu untermauern.

Ulrike Albrecht betrieb ihre weitere Ausbildung an der Humboldt Universität bei

den Professoren Vogler und Krauß. Sie gehörte zu den ersten Fachärzten für Physiotherapie in der DDR. In dieser Zeit wurden Richtlinien zur vollwertigen Ernährung in Krankenhäusern und Sanatorien im Auftrag des Ministeriums für Gesundheitswesen erarbeitet und die ersten Programme für die medizinische Rehabilitation von Unfallverletzten und Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen erstellt. (Krauß, Klingler-Mandig, Albrecht).

Nach Facharztanerkennung und Promotion zum Dr. med. wurde Ulrike Albrecht 1959 eine Facharztstelle am Krankenhaus im Friedrichshain übertragen. 1960 wurde sie zur leitenden Ärztin der Abteilung Physio- und Arbeitstherapie ernannt, 1968 zur Chefärztin dieser inzwischen personell gewachsenen und anerkannten Abteilung. Erklärtes Ziel in diesem Zeitraum war die interdisziplinäre Zusammenarbeit und das gleichzeitige Zusammenfassen des Fachpersonals in ihrer Abteilung. Das war die Voraussetzung für eine umfassende fachliche Kompetenz.

Im Rahmen des akademischen Lehrkrankenhauses hospitierten zahlreiche Ärzte, Physiotherapeuten und Arbeitstherapeuten in der Abteilung. Dafür wurde ihr von der Akademie für ärztliche Fortbildung die *facultas docendi* verliehen. Ihrer Feder entsprangen 25 wissenschaftliche Publikationen und 4 Buchbeiträge.

Nach ihrem 61. Lebensjahr, das leider entsprechend gesetzlicher Regelungen das Ende ihrer Tätigkeit im staatlichen Gesundheitswesen bedeutete, gestaltete sie ihr Leben weiterhin aktiv und aufklärerisch durch Gesundheitserziehung in Form von Kursen zur Bewegungstherapie und Krankengymnastik.

Wir wünschen weiterhin viele aktive Jahre bei guter Gesundheit.

Dr. med. Helga Pulkow
Dr. med. Peter Schorsch
Dr. med. Marianne Warnke-Leuschner
Dr. med. Helga Anker



BERLINER  ÄRZTE

5/2013 50. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Michaela Peeters, M. A.
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Svea Keller
Univ. Prof. Dr. Harald Mau
Dr. med. Bernd Müller
Dr. med. Gabriela Stempor
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Dr. med. Elmar Wille
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung Sehstern

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 Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 81,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 54,50 inkl. Versandkosten, im Ausland € 81,00 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,55 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2013 vom 01.01.2013.

ISSN: 0939-5784