

Die Großen verlieren an die Kleinen

Die Wahlen sind gelaufen; Berlins Ärztinnen und Ärzte haben entschieden, wer in den nächsten vier Jahren im Kammerparlament das Sagen hat. Erstes Ergebnis: Die amtierende Koalition aus Liste Allianz, Marburger Bund und BDA geht gestärkt aus diesen Wahlen hervor. Das ist eine deutliche Bestätigung für Kammerpräsident Günther Jonitz, dessen Marburger Bund trotz Abspaltung der Liste „Macht's besser – Die Kammer Alternative“ zulegen konnte. Ebenfalls hinzugewinnen konnte die Hausärzteleiste BDA.

Alle anderen Gruppierungen, vor allem die „Großen“, also Fraktion Gesundheit und Liste Allianz, haben Stimmen verloren. Warum? Bei der Fraktion Gesundheit fällt die Antwort leicht: Ihr fehlt der berühmte polarisierende (und damit wahlbeteiligungsfördernde) Frontmann Ellis Huber. Sein Rückzug aus der Berufspolitik macht seiner Mannschaft noch immer zu schaffen, bislang hat die Liste keine/n profilierte/n Spitzenkandidaten/tin aufbauen können, der/die in Hubers Fußstapfen getreten wäre. Hinzu kommt, dass viele klassische Themen der Fraktion auch vom Marburger Bund mit großer Intensität beackert werden, ihrem alten Koalitionspartner, der seit 1998 neue Wege geht.

Und die Allianz? Was hat ihr den Verlust von 804 Stimmen eingebracht, ebenfalls



Foto: Klaus Hemme

Sybille Golkowski

... ist Redakteurin der Zeitschrift *BERLINER ÄRZTE* bei der Ärztekammer Berlin

kein Pappentier? Ihr machen Todesfälle und Rückzüge aus der Berufspolitik zu schaffen. Meta Alexander und Marian-tonius Hofmann, um nur zwei ihrer wichtigsten alten „Opinionleader“ zu nennen, sind nicht so leicht zu ersetzen. Und einige populäre Kandidaten mit zuverlässiger Stimmenbasis wie Ingrid Reisinger oder Dieter Scholz haben zu dieser Wahl nicht mehr kandidiert. Das sind Lücken, die die Allianz nicht so schnell mit Nachwuchs füllen konnte.

Als glückliche Sieger gehen die kleineren oder besser mittelgroßen Listen, der Marburger Bund und der BDA aus dieser Wahl hervor. Günther Jonitz hat es geschafft, den weiteren Rückzug der Klinikärzte aus der Berufspolitik zumindest für seinen Marburger Bund in Berlin zu stoppen. Mit Themen wie Arbeitszeit, Überbürokratisierung, Ökonomisierung des Gesundheitswesens und dem Finger auf Wunden, die das medizinische Tagesgeschäft betreffen, hat der Chirurg in seiner ersten Amtszeit punkten können. Er und sein Vorstand haben die Kammer „medizinischer“ gemacht, das wurde vom Wähler honoriert.

Und der BDA steht mit neuem Selbstbewusstsein im Ring. Deutlich hat er davon profitiert, dass die Abspaltungsliste HvB von Klaus-Joachim Schilling nicht wieder angetreten ist und hat sich von dort Stimmen zurückholen können.

So wie es jetzt aussieht, verfügt die bisherige Koalition aus Marburger Bund, Allianz, Hartmannbund und BDA über einen äußerst stabilen Vorsprung von 13 Sitzen im Kammerparlament. Doch erst am 22. Januar, dem Tag, an dem die Delegiertenversammlung zum ersten Mal zusammentritt, um Vorstand und Präsident zu wählen, wissen wir mehr.

Alle Stabilität bestehender Verhältnisse darf jedoch über einen Wermutstropfen nicht hinwegtäuschen: die Wahlbeteiligung war mit 42,2 % auf historischem Tiefststand – übrigens ein bundesweiter Trend. Eine Erklärung könnte sein, dass es diesmal nur wenig polarisierende interne Reibereien gegeben hat. Die Auseinandersetzungen der Ärzteschaft werden jetzt vor allem nach außen geführt. Die Erfahrung zeigt aber leider, dass vor allem innerärztliche Konflikte die Wahlbeteiligung erhöhen und die Leute gegeneinander an die Urnen treiben. Ein Phänomen, das der Ärzteschaft in toto mehr schadet als nützt. Es sollte schnellstens überwunden werden, denn auch Ärzte können ihre Kämpfe letztlich nur gemeinsam gewinnen.

Sybille Golkowski



EDITORIAL.....

Die großen verlieren an die Kleinen

Von Sybille Golkowski3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

Mitteilungen aus dem Bundesinstitut für Risikobewertung11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Teure Drohkulisse

Bericht von der Delegiertenversammlung am 27. November 2002
Von Sybille Golkowski16

„Alles spricht dafür, den Sachverstand in Berlin zu bündeln!“

Anfang Dezember versammelte sich in Berlin ein illustrierter Kreis hochrangiger internationaler Biowaffen-Forscher. Neu aufziehende Bedrohungsszenarien lassen Mikrobiologen weltweit über Abwehrmaßnahmen grübeln. Adelheid Müller-Lissner sprach mit dem Initiator der Tagung, dem Berliner Mikrobiologen Prof. Dr. Helmut Hahn.....19

Ansteckung mit friedlichen Absichten

Vernetzung, gegenseitige Unterstützung und Transparenz, das sind die wichtigsten Mittel gegen den zerstörerischen Einsatz von Mikroorganismen. Das Symposium „Facing the threat by internationally spread Microorganisms“ in Berlin machte einen Anfang.
Von Adelheid Müller-Lissner24

Was Sie über die Biostoffverordnung wissen sollten

Und schon wieder „Bio-“. Seit 1999 gilt die neue Biostoffverordnung, die den Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen in Gesundheitseinrichtungen regelt. Doch kaum einer kennt sie. Deshalb hier das Wichtigste in Kürze.
Von Hans-Rudi Wolff22



TITELTHEMA
.....

Die Wahlen sind gelaufen

Das Wahlergebnis zeigt eine deutliche Unterstützung für die amtierende Koalition. Allerdings gibt es einen neuen Trend: die großen Listen haben an die kleinen abgeben müssen. Während Fraktion Gesundheit und Liste Allianz viele hundert Stimmen verloren, legten Marburger Bund und BDA deutlich zu. Die Wahlbeteiligung war mit 42,2 % allerdings enttäuschend niedrig.
Von Sybille Golkowski12

PERSONALIEN.....

Klaus Eyrich wird 7510

Zum Tode von Curd-Rüdiger Anders10

FORTBILDUNG.....

Grundkurs Evidence Based Medicine für Niedergelassene
Von Hans-Rüdiger Dreykluft25

FEUILLETON.....

Zwei in einem Bett

Kein Witz, sondern anno 1730 durchaus gängige Praxis. Damals schlief der Patient allerdings auch noch auf Stroh und unter wollenen Decken. Und zum Frühstück gab es „ein Stücke Brodt mit Salz bestreuet“. Sparvorbild für heute? Hoffentlich nicht.
Von Rosemarie Stein27

Impressum34

Berufsbegleitend

Lehrgang für ungelernte Arzthelfer/innen

Ungelernte Mitarbeiter in Arztpraxen haben jetzt wieder Gelegenheit, berufsbegleitend ihre Arzthelfer/innen-Ausbildung nachzuholen und am Ende vor der Ärztekammer die Prüfung abzulegen. Der Kurs, den es vor Jahren schon einmal gegeben hatte, ist inzwischen von der Artur Speer-Akademie neu aufgelegt worden.

Zielgruppe sind angelernte Arzthelfer/innen mit einer mindestens fünfjährigen einschlägigen Berufspraxis. Der 14-monatige Kurs läuft vom 5. April 2003 bis

zum 15. Mai 2004. Unterricht ist jeweils mittwochs abends von 16 bis 19.15 Uhr und samstags von 9 bis 12.15 Uhr; allerdings erfordert das Lernpensum auch weiteres zeitliches Engagement darüber hinaus.

Die Ausbildung kostet 2.030 € zzgl. MwSt. Weitere Informationen unter www.artur-speer-akademie.de oder direkt bei der Artur Speer-Akademie GmbH, Storkower Str. 99/2, 10407 Berlin (Prenzlauer Berg), bei Frau Lühr und Frau Armonies, Tel. 42 08 26-34 / -28.

Führungskräfte

Management-Seminar für Ärztliche Direktoren

Ein „Intensivseminar Krankenhausleitung für Ärztliche Direktoren“ bietet das Kölner mibeg-Institut in diesem Jahr erstmals an. Zielgruppe sind leitende Ärztinnen und Ärzte, die bereits Ärztliche Direktoren sind oder es noch werden möchten. Das berufsbegleitende Seminar findet in Köln statt und gliedert sich in sieben Wochenendeinheiten im Zeitraum zwischen März und Dezember 2003 (Start ist der 7.3.2003). Inhaltlich wurde das Seminar von erfahrenen Krankenhausmanagern aus dem gesamten Bundesgebiet vorbereitet, die selbst auch als Referenten mit dabei sind. Neben Vorträgen sind interaktive Arbeitseinheiten, ein intensives

persönliches Coaching und projektbezogene Arbeit an selbstgewählten Beispielfällen aus dem eigenen Hause geplant. Zu den Referenten und wissenschaftlichen Gestaltern gehören: Dr. med. Thomas Beushausen/Hannover, Dr. med. Rainer Brase/Hamburg, Dr. med. Michael Goldstein/Berlin, Dr. med. Thomas Kersting/Berlin, Dr. med. Dietmar Herberhold/Bochum, Dr. med. Robert Schäfer/Düsseldorf, Dr. med. Andreas Tecklenburg/München und Dr. med. Jörg Weidenhammer/Saarbrücken. Nähere Informationen unter www.mibeg.de oder telefonisch bei mibeg/Köln, Herrn Martin Füg, Tel. 0221/ 33 60 46 10.

Artikel aktualisiert

Gewalt gegen Frauen

In unserem Dezember-Heft hatten wir den Beitrag „Häusliche Gewalt gegen Frauen – was können Ärztinnen und Ärzte tun?“ von Heike Mark und Hildegard Hellbernd veröffentlicht. Die Autorinnen haben inzwischen noch weitere Aktualisierungen vorgenommen, die wir in unsere Internet-Version des Textes eingearbeitet haben. Interessierte Leser finden diese aktualisierte Fassung auf unserer Homepage unter www.aerztekammer-berlin.de im BERLINER ÄRZTE-Archiv, Heft 12/2002.

Leitfaden/Broschüre

Alkohol in der Schwangerschaft

Zum Thema „Alkohol in der Schwangerschaft“ hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) umfangreiches Aufklärungsmaterial entwickelt. Für den Arzt/die Ärztin selbst gibt es einen Beratungsleitfaden „Alkoholfrei durch die Schwangerschaft“. Neben umfangreichen epidemiologischen Daten und Erläuterungen gibt er Hinweise zum Erkennen von Risikoverhalten bei Patientinnen und für die Beratung der Schwangeren.

Fürs Wartezimmer oder die gezielte Weitergabe gibt es die Broschüre „Auf Dein Wohl, mein

Kind“. Eltern werden hier über die Risiken aufgeklärt und bekommen Tipps zur Änderung ihres Trinkverhaltens.

Die Medien können in gewünschter Stückzahl kostenlos bestellt werden bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 51101 Köln, Fax: 0221-89 92 257 oder per e-mail: order@bzga.de



Patienten-Ärzte-Forum

„Miteinander sprechen – einander verstehen“

Zu einem Patienten-Ärzte-Forum lädt der Arbeitskreis Junge Ärzte der Ärztekammer Berlin Ende Januar. Geplant ist ein Gespräch zwischen jungen Ärzten und Angehörigen verschiedener Selbsthilfegruppen, die ein besseres gegenseitiges Verständnis für die Erwartungen und Situation des Gegenübers zum Ziel haben. Das Gespräch, zu dem alle Interessenten herzlich eingeladen sind, findet statt am:

Samstag, dem 25. Januar 2003 von 14 bis 18 Uhr

bei SEKIS Raum 1002

Albrecht-Achilles-Str. 65, 10709 Berlin

Ausgezeichnet

Herzzentrum erhält KTQ-Zertifikat

Als erste Klinik Berlins wurde jetzt das Deutsche Herzzentrum mit einem KTQ-Zertifikat ausgezeichnet. KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) prüft Transparenz, Managementvorgaben und eine vorbildliche Qualitätsstrategie bei allen Prozessen im Krankenhaus. Nach einem festgelegten Schema wird eine Selbstbewertung und im Anschluss eine Fremdbewertung durch externe KTQ-Visitoren aus anderen Krankenhäusern organisiert. Dies erfolgt anhand eines umfangreichen Kriterienkatalogs.



Während der Selbst- und Fremdbewertung lernen die Kliniken viel über ihre eigenen Ablaufstrukturen und merken, wo sie schon besonders gut sind und auf welchen Feldern sie noch Schwächen haben. Das KTQ-Zertifikat wird für 3 Jahre

vergeben, dann muss sich das ausgezeichnete Krankenhaus einer neuen Bewertung stellen. Entwickelt wurde das Zertifikat von der Bundesärztekammer, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem

Deutschen Pflegerat und dem Dachverband der kirchlichen Krankenhausträger. BERLINER ÄRZTE hat in seinem Heft 10/2001 das KTQ-Zertifizierungsverfahren schon einmal ausführlich vorgestellt. (Unter www.arztekammer-berlin.de finden Sie den Beitrag im Archiv BERLINER ÄRZTE.) Weitere Informationen zum Verfahren gibt es natürlich auch direkt bei der KTQ (www.ktq.de).

Unser Foto zeigt die feierliche Übergabe des Zertifikats: (v.l.) Prof. Dr. Roland Hetzer (Ärztlicher Direktor des DHZB), Thomas Höhn (Verwaltungsdirektor des DHZB), Dr. med. Hanns Dierk Scheinert (KTQ) und Nermin Cabrera-Fugardo (Qualitätsmanagement DHZB)

Qualitätsoffensive

Arbeitskreis Parkinson gegründet

16 niedergelassene Nervenärzte aus Berlin haben gemeinsam einen Arbeitskreis Parkinson-Syndrome Berlin e.V. gegründet. Zu den Initiatoren gehören neben dem Vereinsvorsitzenden Dr. med. Reinhard Ehret auch Dr. med. Wilfried Lürer und Dr. med. Reinhard Puzich. Parkinson-Patienten, so sagen sie, werden im gegenwärtigen Gesundheitssystem nicht mehr optimal versorgt. Da vielversprechende Arzneimittelinnovationen sehr teuer und Richtgrößenüberschreitungen bei einer gewissenhaften Therapie quasi vorprogrammiert seien, würden die Patienten mittlerweile als „Risikofaktor in der neurologischen Praxis“ gelten. Die Mitglieder des Arbeitskreises wollen aber wie bisher eine gute Betreuung leisten und deshalb gemeinsam handeln.

Neben dem Ziel einer realistischen Anpassung der Budgets

wollen die Vereinsmitglieder Qualitätszirkel gründen und ihre Behandlungskonzepte weiterentwickeln. Dazu sollen auch Patientenseminare zu Grundlagen des Krankheitsverlaufs, medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapie und zu möglichen Komplikationen gehören. Zudem wollen die Ärzte den Kontakt zwischen hausärztlichen und neurologischen Praxen verbessern. Viele Parkinson-Syndrome würden nämlich in der Frühdiagnostik nicht als solche erkannt und dann über längere Zeit falsch behandelt, so die Initiatoren.

Interessenten sind herzlich zur Mitarbeit eingeladen.

Kontakt über den Vorsitzenden, Dr. med. Reinhard Ehret, Tel. 790 88 550, dr.ehret@neurologie-berlin.de oder Dr. med. Reinhard Puzich, Tel. 333 50 89, Dr.Puzich@t-online.de.

Leserbrief

zur Weiterbildungssituation in der Allgemeinmedizin
BERLINER ÄRZTE 9/2002

Ausbeutung gibt's nicht nur in den Kliniken

Gegenwärtig wird ausführlich über die unzeitgemäße Arbeitssituation der Weiterbildungsassistenten an deutschen Kliniken berichtet. Mich erstaunt, dass in diesem Zusammenhang die Weiterbildungssituation zukünftiger Allgemeinmediziner kaum beachtet wird, obwohl eine Aufwertung dieser Fachrichtung von vielen Seiten gewünscht wird. Mittlerweile bin ich im 5. Weiterbildungsjahr angelangt und möchte über die zum Teil unhaltbaren Missstände in der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin berichten.

Nachdem ich die obligate Zeit an einem deutschen Krankenhaus hinter mich gebracht habe (strenge Hierarchie, befristete Arbeitsverträge, unbezahlte Überstunden, mangelhafte Weiterbildung), hoffte ich in der Niederlassung auf bessere Weiterbildungsmöglichkeiten. Ich schiebe zwar keine 36-Stunden-Dienste mehr, aber Ausbeutung findet trotzdem statt.

Weiterbildung heißt häufig: kurze Einführung in die Praxisabläufe, um dann sofort die volle, selbstständige Vertretung für den Praxisinhaber zu übernehmen – natürlich ohne Extraentlohnung. Die lästigen Kassenanfragen werden überwiegend auch von dem Assistenten übernommen.

Bei dem Gehalt handelt es sich um einen so genannten „Zuschuss“, der je zur Hälfte von den Krankenkassen und von den KVen gezahlt wird. Der weiterbildungsbefugte Arzt zahlt lediglich 414 Euro pro Monat Sozialabgaben aus seiner eigenen Tasche und hat mit mir eine sehr preisgünstige Arbeitskraft. Von einem Zuschuss von Seiten des Praxisinhabers habe ich persönlich nie etwas bemerkt. In zwei Fällen wurde ich sogar vom Praxisinhaber aufgefordert, die von ihm gezahlten Sozialabgaben im Nachhinein unter der Hand an ihn zurückzuzahlen. Nun schufte ich in der Niederlassung für ganze 2040 Euro brutto im Monat 40 Stunden pro Woche / Stundenlohn brutto: 12,75 Euro). Viele ältere Kollegen denken nur an die preisgünstige Arbeitskraft/Urlaubsvertretung, die sie sich damit in die Praxis holen. Wo bleibt da die Kollegialität?

Für Fortbildungsveranstaltungen, die ich laut Weiterbildungsordnung besuchen muss, zum Beispiel den 80-240-Stunden-Pflichtkurs, nehme ich generell Urlaub. Eine Kostenübernahme bzw. Freistellung für Fortbildung habe ich nur teilweise in der Klinik, jedoch niemals im niedergelassenen Bereich erfahren! Der 105. Deutsche Ärztetag forderte, dass die Teilnahme an externen Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen vom Arbeitsgeber gefördert wird (u.a. Freistellung bzw. Zeitausgleich bei

Fort-/Weiterbildung an Feiertagen oder am Wochenende als auch Übernahme der Kosten)!

Wenn man die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in fünf Jahren etwas interessanter gestalten will, hat man kaum die Möglichkeit einen längerfristigen Vertrag anzunehmen. Das heißt, man lebt auch mindestens fünf Jahre nach dem Medizinstudium ständig im Ungewissen. In England sind zum Beispiel Rotationen an Kliniken und Praxen vorgegeben, ständige Fortbildungen sind ein Muss und Fallbesprechungen auch in der Praxis werden mit Freude durchgeführt. Wie sollen also bei unseren Zuständen interessierte zukünftige Allgemeinmediziner rekrutiert werden?

Ich fordere die ärztlichen Kollegen und die zuständige Ärztekammer auf, die weiterbildungsbefugten Ärzte besser zu prüfen, ihre persönliche Eignung dringend festzustellen und bessere Unterstützung in der Planung der Weiterbildung zukünftiger Allgemeinmediziner anzubieten. Ansonsten sehe ich kaum eine Chance für diese Fachrichtung in Deutschland. Es braucht sich keiner wundern, wenn die Praxen in Deutschland nicht mehr verkauft werden können und viele Allgemeinmediziner in andere Länder abwandern. Über Zuschriften von Kollegen mit ähnlichen oder besseren Erfahrungen würde ich mich sehr freuen.

Dr. med. Edda Pohling, Essener Str. 21, 10555 Berlin

Ohne Frage ist die von der Kollegin beschriebene Situation skandalös und „Ausbeutung“ der Begriff, der hier zu Recht gebraucht wird. Mit Kollegialität hat das nichts zu tun! Übrigens betrifft das Problem nicht nur angehende Allgemeinmediziner. Nur: Wo bleiben die Meldungen/Anzeigen der ausgebeuteten Kolleginnen und Kollegen? Hier ist es merkwürdig still. Doch wo kein Kläger, da kein Richter! Wenn die Kammer von Betroffenen nicht unter Nennung von Ross und Reiter schriftlich informiert wird, kann sie gegen solcherart Ausbeutung nicht vorgehen.

Um das Bild übrigens etwas aus dem persönlichen Erleben der Kollegin ins Allgemeine zu übertragen: In der Zeit meiner KV-Vorstandstätigkeit hier in Berlin habe ich im Vorfeld der IPAM-Förderung viele Weiterbildungsverträge prüfen müssen. Dabei hatten wir auch Einblick in die Quartalsumsätze der Antragsteller. Das Spektrum war ausgesprochen breit: Es gab Kollegen mit unterdurchschnittlichem Kassenhonorar, die ihren Assistenten trotzdem ordentliche Gehälter zahlten. Auf der anderen Seite gab es überdurchschnittlich verdienende Praxen, deren Assistenten mit bescheidenen Gehältern zurechtkommen mussten. Der Charakter und die Einstellung zum Geld variiert bei Ärztinnen und Ärzten offenbar im gleichen Maße wie in der übrigen Bevölkerung. Eine Entschuldigung für Unterbezahlung ist das freilich nicht. Den letzten Satz des Berichtes der Kollegin kann ich nur bekräftigen. Schreiben Sie, machen Sie Mitteilung, wenn Sie zum Beispiel die Arbeitnehmeranteile „schwarz“ zurückzahlen sollen. Das ist schlicht Betrug! Hier kann die Kammer eingreifen.

*Dr. med. Elmar Wille
 Vizepräsident der Ärztekammer Berlin*

Bundesverdienstkreuz

Zahnärztin mit Sozialengagement

Die Berliner Zahnärztin Kirsten Falk erhielt Anfang Dezember das Bundesverdienstkreuz für ihr Engagement in der Versorgung Obdachloser. Kostenlos und ehrenamtlich befreit sie an zwei Nachmittagen pro Woche obdachlose Patienten von ihren Zahnschmerzen. Die Zahnärztin, die auch eine eigene Praxis in Friedrichsfelde betreibt, wechselt an diesen Tagen in die Straße der Pariser Kommune 8 – 10 am Ostbahnhof. Dort hat die Ärztekammer-Tochter MUTg Gesellschaft für Gesundheit neben ihrer bekannten Arztpraxis im letzten Jahr auch eine Zahnarztpraxis für Obdachlose eröffnet. Zusätzlich zu Kirsten Falk arbeitet hier an den anderen Wochentagen die Zahnärztin Hanna Koisman.



Foto: Zahnärztekammer Archiv

EU-Richtlinie

Abfallentsorgung

Brüssel lässt grüßen.... seit der Einführung eines europäischen Abfallverzeichnisses (ja, so etwas gibt es wirklich!) müssen auch Gesundheitseinrichtungen ihren Müll europakonform entsorgen. Schön gesagt, nicht wahr? Wie das geht, steht in

der „Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes“, LAGA Band 18,2, neu bearbeitete Auflage. Zu beziehen ist sie gegen eine Schutzgebühr von 9,80 € über den Erich Schmid Verlag, Postfach 102451, 33524 Bielefeld.

Public Health

Kongress „Armut und Gesundheit“ so groß wie nie

Auch im – noch – wohlhabenden Deutschland hat die unterste der fünf sozioökonomischen Schichten im Vergleich mit der obersten das doppelte Krankheitsrisiko. Die Gesundheitschancen sinken kontinuierlich von „oben“ nach „unten“ und diese Unterschiede nehmen in ganz Europa sogar noch zu.

Der Kongress „Armut und Gesundheit“ wird also so bald nicht überflüssig werden. Auf dem Charité-Campus Virchow fand im Dezember der achte statt, und die Organisatoren von der Arbeitsgemeinschaft „Gesundheit Berlin e.V.“ konnten stolz vermelden, dass die Tagung sich zum größten Public Health-Kongress Deutschlands entwickelt hat.

Der Hauptakzent lag diesmal auf der Frage, wie die Gesundheit sozial Benachteiligter un-mittelbar in ihrem Lebensumfeld gestärkt werden kann. Dazu gibt es in Deutschland –

im Unterschied zu anderen Ländern – nicht eine einzige Studie. Und in der Praxis kommen Maßnahmen der Gesundheitsförderung höchstens bei der Mittelschicht an. Wir befänden uns noch auf dem allerersten Abschnitt eines langen Weges von der Analyse zur Intervention konstatierte Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Verbunden war der Kongress diesmal mit dem 3. Symposium der Charité-Frauenklinik über MigrantInnenprobleme wie Verständigungsschwierigkeiten und kulturell bedingte Unterschiede in der Einstellung zu Körper und Krankheit. Im Einzugsgebiet der Klinik leben etwa 30 Prozent Ausländer, meist aus der Unterschicht, und über 40 Prozent der PatientInnen der Notfallambulanz und 55 Prozent der Gebärenden sind MigrantInnen, überwiegend Türkinnen. R.St.

Klaus Eyrich wird 75

Prof. Dr. med. Klaus Eyrich, Ordinarius emeritus der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Klinikums Benjamin Franklin wird am 10. Januar 75 Jahre alt.

Der gebürtige Tübinger begann seine ärztliche Tätigkeit nach Staatsexamen und Promotion 1954 an der Universität Freiburg. 1961 wurde er dort Assistent in der Abteilung für Anästhesiologie bei Prof. Dr. Kurt Wiewers. 1964 erhielt er die Facharzt-Anerkennung für Anästhesiologie.

Nach seiner Habilitation 1969 wurde Klaus Eyrich 1971 Leiter der Oberarzt an der Universität Würzburg bei Prof. Dr. Karl-Heinz Weis und dort 1974 zum Extraordinarius ernannt. 1978 kam der Ruf auf den Lehrstuhl für Anästhesiologie am Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin, wo er bis zu seiner Emeritierung 1994 tätig war. Früh hat Klaus Eyrich erkannt, dass Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie eine wissenschaftliche und fachliche Einheit bilden. So hat er während seines Ordinariats die Säulen des Faches nicht nur am Univer-

sitätsklinikum Benjamin Franklin gefestigt.

Souverän und hartnäckig widmete sich Klaus Eyrich der Herausforderung, die Intensivmedizin stärker in unserem Fach zu etablieren. Ihm ist es auch zu verdanken, dass der Hubschrauber Christoph 31 seit 1987 in Berlin stationiert ist. Eine Einrichtung, die heute in Berlin im Bereich der Notfallmedizin nicht mehr wegzudenken ist. Einer seiner wissenschaftlichen Schwerpunkte galt der Erforschung der Sepsis, insbesondere der Sauerstoffversorgung der Zellen. Neben seinem großen Engagement in der Fort- und Weiterbildung galt Klaus Eyrichs Interesse auch dem Spannungsfeld zwischen Arzt und Patient. Seiner sich selbst gestellten Aufgabe, den Arzt vor ungerechtfertigten Angriffen und deren Folgen zu schützen, gleichzeitig aber auch begründeten Patienteninteressen zu ihrem Recht zu verhelfen, ist er in den vielen Jahren seiner Tätigkeit in der Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern in Hannover mit größtem



Foto: privat

Engagement gerecht geworden. 1991 und 1992 war Klaus Eyrich Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und über viele Jahre führte er den Vorsitz im Berliner Landesverband.

Wir wünschen ihm, dass er mit seiner lieben Frau und seinen Kindern in guter Gesundheit und Tatkraft die Dinge genießen kann, die während der Zeit seiner Berufstätigkeit sicherlich zu kurz gekommen sind.

Ad multos annos!

Prof. Dr. med.
Walter Schaffartzik

Zum Tode von Curd-Rüdiger Anders



Foto: privat

Am 29. November 2002 verstarb der ehemalige Amtsarzt des Bezirks Reinickendorf, Ltd. Med. Dir. i.R. Curd-Rüdiger Anders.

Der engagierte Arzt und Standespolitiker wurde am 22. März 1924 in Königsberg/Neumark geboren. Von 1934-1941 besuch-

te er das Gymnasium in Sagan und rückte dann mit dem Reifevermerk zum Wehrdienst ein. Er hatte sich für die Sanitätsoffizierslaufbahn entschieden. Als Angehöriger der Luftwaffenärztlichen Akademie studierte er zwischen Fronteinsätzen in Berlin und Prag Medizin, konnte aber erst nach dem Krieg das Staatsexamen ablegen. Die Pflichtassistentzeit absolvierte Anders im Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhaus und wurde dann Assistenzarzt am Städtischen Krankenhaus Tegel-Süd, wo der Infektiologe Werner Anders tätig war. Mit ihm absolvierte er später gemeinsam den 15. „Amtsarztlehrgang“ der Akademie für Staatsmedizin in Hamburg 1957/58. Beide legten anschließend die staatsärztliche Prüfung ab. Zur Unterscheidung

bürgerten sich im öffentlichen Gesundheitsdienst die Bezeichnungen „der ‚dicke‘ (Werner) und der ‚kleine‘ (Curd-Rüdiger) Anders“ ein, die als Markenzeichen galten.

Nach Abschluss seiner internistischen Weiterbildung wurde Curd-Rüdiger Anders 1956 ärztlicher Referent im Gesundheitsamt Reinickendorf. Nach dem Amtsarztexamen wurde ihm 1958 die Stelle des Stellvertretenden Amtsarztes übertragen, seit 1974 war er – bis zu seiner Pensionierung – Amtsarzt in diesem Bezirk. Hierzu gehörte auch die Position des Flughafenarztes in Tegel, wodurch er auch in den direkten Vollzug der Internationalen Gesundheitsvorschriften im Lande Berlin einbezogen war.

Neben dem intensiven Einsatz im Gesundheitsamt war er ehrenamtlich beim DRK tätig und ge-

hörte von 1976 - 1980 auch dem DRK-Landesvorstand an. In der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin wirkte er als Vertreter der außerordentlichen Mitglieder mit. Seit 1981 gehörte er dem Vorstand des Landesverbandes Berlin der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes an und war von 1983 bis zur Erreichung der Altersgrenze dessen Vorsitzender. Mit Unterbrechungen war Anders seit 1963 auch Delegierter der Ärztekammer Berlin und arbeitete ehrenamtlich in der kammereigenen Berufsaufsicht mit.

Durch sein freundlich-verbindliches Wesen gelang es ihm sowohl in seiner amtlichen Stellung als auch in den standespolitischen Auseinandersetzungen seiner Zeit manchen Streit zu entschärfen.

Dr. phil. Dr. med.
Manfred Stürzbecher

Bei Verätzungen schnell handeln!

Wer kennt das nicht: Kaum hat die kalte Jahreszeit begonnen, versagt die Autobatterie beim morgendlichen Kaltstart. Start-hilfe ist angesagt, die Batterie muss neu geladen oder sogar erneuert werden. Eine Arbeit, die der Verbraucher immer häufiger selbst in die Hand nimmt, anstatt sie in der Fachwerkstatt durchführen zu lassen. Wie die Ärztlichen Mitteilungen bei Vergiftungen (nach § 16e Chemikalien Gesetz) zeigen, ist der Umgang mit den Starterbatterien für den Verbraucher aber keineswegs ungefährlich, und selbst Fachleute gehen ein beträchtliches Risiko ein, wenn sie mit Batterien allzu sorglos umgehen.

Allein im Jahr 2001 wurden dem Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, BgVV (seit 1.11.2002 Bundesinstitut für Risikobewertung, BfR), hauptsächlich von Berufsgenossenschaften, 175 Unfälle mit Starterbatterien gemeldet. Meist handelte es sich dabei um Gasverpuffungen bzw. Explosionen, bei denen Säure aus den Batterien austrat und zu Verätzungen am Auge und/oder im Gesicht führte.

Die häufigsten Unfallursachen sind:

Kurzschlüsse beim Ein- oder Ausbauen von Batterien, Funkenbildung beim Aufladen oder Verschieben von Batterien auf Teppichböden und heftige Stöße beim Transport, wenn die Batterien – offensichtlich bedingt durch das hohe Eigengewicht – unsanft aufgestellt werden oder zu Boden fallen.

Das BfR rät deshalb, das Auswechseln oder Aufladen von Batterien nur mit größter Sorgfalt, mit den richtigen Geräten

und in ausreichend gelüfteten Räumen durchzuführen oder aber eine Fachwerkstatt aufzusuchen. Beim Umgang mit Autobatterien sollte immer eine Schutzbrille und Schutzkleidung getragen werden. Batterien dürfen nicht unmittelbar nach dem Aufladen wieder eingebaut werden, sondern benötigen ausreichend Ausgasungszeit. Viele Hersteller bieten aufschlussreiche Merkblätter zur Vermeidung von Explosionen bei Starterbatterien an. Neuere Batterien sind meist mit aussagekräftigen, unfallverhütenden Piktogrammen versehen, die unbedingt befolgt werden sollten. Sollte es trotzdem zu einem Unfall kommen, sollten unverzüglich folgende Maßnahmen getroffen werden:

Bei Verätzungen am Auge das betroffene Auge sofort mindestens 15 min lang mit reichlich klarem Wasser ausspülen. Danach unverzüglich einen Augenarzt aufsuchen!

Auch bei Verätzungen der Haut sofort mit reichlich Wasser spülen und anschließend den Arzt aufsuchen.

Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Verätzungen und andere dem BgVV von behandelnden Ärzten und den Gifteinformationszentren der Länder gemeldete Vergiftungsfälle des Jahres 2001 sind in der Broschüre „Ärztliche Mitteilungen bei Vergiftungen 2001“ beschrieben.

Die Broschüre ist kostenlos. Sie kann schriftlich in der Pressestelle des BfR angefordert oder als PDF von der Homepage des Instituts www.bfr.bund.de (Menüpunkt „Publikationen/ Broschüren“) heruntergeladen werden.



NACHRICHTEN

Arzneimittelkommission

Neue Leitlinie Diabetes mellitus Typ 2

Erstmals ist es in Deutschland gelungen, eine evidenzbasierte Leitlinie zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 zu entwickeln. Erarbeitet hat sie die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Sie bildete die Grundlage für die im Sommer erschienenen nationalen Versorgungs-Leitlinien der Bundesärztekammer zum Diabetes mellitus. Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission, Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen hofft, dass durch die Therapieempfehlungen auch Transparenz geschaffen wird, für welche Medikamente die Wirkung nachweislich von Nutzen ist. Die Arzneimittelkom-

mission hat die Leitlinie als neuestes Heft in ihrer Reihe Therapieempfehlungen veröffentlicht, eine Kurzfassung stellen wir im Februar in BERLINER ÄRZTE ein. Sie können sie auch als PDF-Datei von der Homepage der Arzneimittelkommission www.akdae.de herunterladen (zu finden unter dem Kapitel „Therapieempfehlungen“) oder als Heft in Papierversion bestellen (Online-Bestellformular auf der Homepage). Wer den Post- oder Faxweg bevorzugt, wende sich an die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Postfach 41 01 25, 50961 Köln, Tel.: 0221/ 40 04-517, Fax: -539.

Anzeigenannahme: 0341 22555-23

Die Wahlen sind gelaufen

ENTWICKLUNGEN UND TRENDS

Das Ergebnis der Wahlen zur 11. Delegiertenversammlung steht nun fest. Nach einem zweitägigen Auszählungs-marathon konnte der Wahlausschuss am 14. Dezember 2002 das amtliche Endergebnis verkünden: Alle sechs angetretenen Listen werden in der neuen Delegiertenversammlung dabei sein. Insgesamt verfügt die bestehende Koalition über einen Vorsprung von 13 Sitzen. Aber es gibt Veränderungen im Gesamtgefüge. Die großen Listen „Fraktion Gesundheit“ und „Allianz“ verzeichneten, obwohl an absoluter Stimmzahl die Wahlgewinner, beide deutliche Einbußen. Die Fraktion Gesundheit verlor 672 und die Allianz 804 Stimmen. Zulegen hingegen konnten der Marburger Bund (MB) und der Hausärzterverband BDA. Nun wird über mögliche Koalitionen und die Zusammensetzung des nächsten Vorstands verhandelt. Am 22. Januar entscheidet das neu gewählte Parlament auf seiner konstituierenden Sitzung.

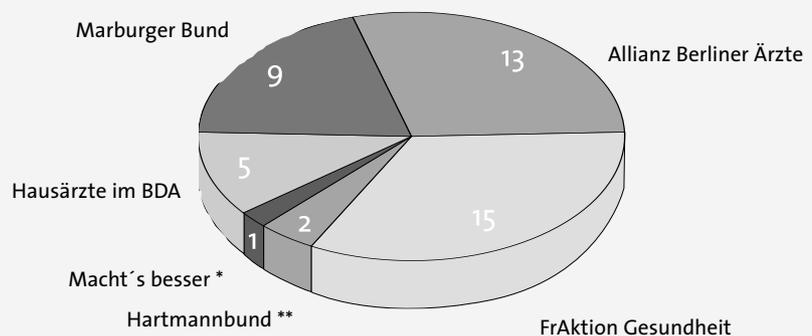
Von Sybille Golkowski

Bislang sah die Sache so aus: In der jetzt zuende gehenden vierjährigen Amtszeit hat eine Koalition aus der Chefärzte/Facharztverbandsliste Allianz, der Ärztegewerkschaft Marburger Bund, dem Hartmannbund (seine Liste hieß bislang Bündnis Berliner Ärzte) und den Hausärzten (BDA) die Kammergeschäfte geführt. Im Vorstand teilte man sich die Plätze im Kräfteverhältnis 3 (Marburger Bund), 4 (Allianz), 1 (BDA und 1 (Bündnis). Zudem waren zwei Mitglieder der oppositionellen Fraktion Gesundheit ebenfalls im Vorstand vertreten. Den Präsidenten stellte der MB mit dem Chirurgen Dr. Günther Jonitz.

Die Wahlergebnisse zeigen, dass für diese bestehende Koalition wieder eine solide Mehrheit möglich wäre. 13 Sitze Vorsprung hätten die vier Listen im Parlament, wenn sie eine ähnliche Verbindung eingehen würden, wie sie das 1998 taten. Allerdings haben sich innerhalb der Koalition die Gewichte ein wenig verschoben. Der MB und der BDA konnten zulegen, der Hartmannbund und die Ausländischen Ärzte, die diesmal auf einer gemeinsamen Liste angetreten sind, haben Stimmen verloren. Desgleichen tat es, wie erwähnt, die Allianz. Inwiefern sich dadurch Verschiebungen bei den Gewichtsverhältnissen im Vorstand ergeben können, bleibt ab-

zuwarten. Es ist wahrscheinlich, dass MB und BDA mit sehr viel Selbstbewusstsein in die Verhandlungen gehen. Das können sie auch, denn da eine Koalition der beiden großen Antagonisten Fraktion Gesundheit und Allianz sehr unwahrscheinlich ist, kommt an den mittelgroßen Listen – zumindest am MB – niemand vorbei. Natürlich wird deshalb auch die Fraktion Gesundheit den Marburger Bund umwerben. Im Kammerparlament war und ist sie mit 3271 Stimmen die mit Abstand größte Liste. Insofern hat sie mit ihren 15 Sitzen eindeutig die Wahlen gewonnen. Und doch auch wieder nicht. Denn obwohl sie viele Stimmen hat,

Kammerwahlen 2002 – Wahlergebnis Sitzverteilung in der 11. Delegiertenversammlung



* Macht's besser – die KammerAlternative

** Hartmannbund im Bündnis mit Liste Leitende Ärzte und Vereinigung Deutsch-Ausländische Ärzte e.V.

verfügt sie bei weitem nicht über die absolute Mehrheit. Um „regieren“ zu können, müsste sie ihren früheren Koalitionspartner Marburger Bund zurückgewinnen, denn mit dem BDA und der 1-Mann-Liste „Macht’s besser – die KammerAlternative“ allein würde es für eine Mehrheit nicht reichen. Doch der MB hat der Fraktion Gesundheit bislang die kalte Schulter gezeigt. 1998 hat sich die Ärztegewerkschaft von der Fraktion abgewandt und koalitiert seitdem mit den genannten anderen Partnern. Das neue Bündnis brachte auf diese Weise den zuvor 12 Jahre amtierenden Kammerpräsidenten und Fraktion Gesundheit-Frontmann Dr. Ellis Huber zu Fall. Ob vor diesem historischen Bruch so schnell eine Annäherung zwischen MB und Fraktion Gesundheit möglich ist, scheint fraglich. Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz äußerte sich nach den Wahlen sehr klar zu diesem Thema: eine Koalition mit der Fraktion Gesundheit könne er sich nicht vorstellen. Insofern ist die stärkste Liste in einer äußerst schwachen Verhandlungsposition.

Jonitz’ Wunschpartner sind die Liste Allianz, mit 2668 Stimmen die zweitgrößte Fraktion im neuen Kammerpar-

lament, der Hartmannbund und der BDA. Theoretisch wäre auch eine Koalition ohne den BDA möglich, man hätte die Hausärzte aber gern wie bisher mit im Boot, die Zusammenarbeit habe sich bewährt, sagen die Listensprecher unisono.

Als kleinste Liste zieht mit 294 Stimmen die Liste „Machts besser – die KammerAlternative“ ins Parlament ein, eine Abspaltung des Marburger Bundes, die vor allem die Debatte um die Präsidentenbezüge zum Wahlkampfthema gemacht hatte und damit MB-Protestwähler auffangen wollte. Ihr einzelner Sitz wird im Gesamtkräfteverhältnis jedoch kein Mehrheitsbeschaffer sein. Diesen Sitz besetzt interessanterweise keiner der beiden Initiatoren dieser Liste (das waren Dr. Hermann Mahn und Hermann Brehme), sondern – der Wählerwille bei den Vorzugsstimmen macht’s möglich – PD Dr. med. Jürgen-Heiner Schäfer. Nicht mehr im Parlament vertreten ist die frühere Ein-Mann-Liste „Hausärzterverband Berlin (HvB)“ mit Dr. Klaus-Joachim Schilling. Sie hatte nicht mehr zu den Wahlen kandidiert, viele ihrer Stimmen flossen nun an den BDA zurück.



Fotos: Reinhold Schlitt

Katja Schiller (Referat Weiterbildung) beim Öffnen der Wahlbriefe

Der Hartmannbund, der vormals unter „Bündnis Berliner Ärzte“ firmierte, ist diesmal mit der Vereinigung Deutsch-Ausländische Ärzte e.V. zusammen angetreten. Gemeinsam haben sie leichte Stimmverluste erlitten. Die ausländischen Ärzte haben keinen der beiden Sitze erobern können, ihr stimmstärkster Vertreter, Dr. Ahad Mohammadi Fahimi sitzt aber auf Platz 3 der Liste und damit auf der ersten Nachrückerposition.

Wahl zur Delegiertenversammlung Ärztekammer Berlin 2002

...und 1998

Liste	Name	Stimmen 2002	Prozent 2002	Sitze 2002	Stimmen 1998	Sitze 1998
Liste 1	Marburger Bund	1957	19,6	9	1679	7
Liste 2	Hausärzte im BDA	1193	12,0	5	933	4
Liste 3	Macht’s besser – die KammerAlternative	294	3,0	1	–	–
Liste 4	Berliner Hartmannbund im Bündnis mit Liste Leitende Ärzte und Vereinigung Deutsch-Ausländische Ärzte e.V.	570	5,7	2	693	2
Liste 5	Fraktion Gesundheit	3271	32,9	15	3943	17
Liste 6	Allianz Berliner Ärzte	2668	26,8	13	3472	14

Der Mechanismus, bei der Wahl mit zwei Vorzugsstimmen auch seine persönlichen Favoriten platzieren zu können, gibt Berlins Ärzten die Möglichkeit, direkt auf die Listenplatzierungen ihrer Wunschkandidaten Einfluss zu nehmen. Zudem zeigt er, wieviel Rückhalt die Kandidaten in der Berliner Ärzteschaft haben.

Wille erzielte bestes Einzelergebnis

Das mit Abstand beste Ergebnis bei den Vorzugsstimmen erzielte Vizepräsident Dr. Elmar Wille. Mit 824 Stimmen konnte sich der Mariendorfer Augenarzt im Vergleich zu 1998 (728) noch einmal deutlich verbessern. Am zweitbesten schnitt Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz mit 768 Stimmen ab. Sein schon 1998 gutes Ergebnis (439) konnte er deutlich überbieten. Vermutlich hat er sogar noch mehr Stimmen bekommen, doch viele „Jonitz“-Stimmen musste der Wahlausschuss für ungültig erklären, weil die Wähler vergessen hatten, die Kandidatennummer daneben zu schreiben. Dadurch war unklar, ob die Stimme für Günther Jonitz oder für seine ebenfalls beim Marburger Bund kandidierende Frau Britta bestimmt war.

Das drittbeste Einzelergebnis hatte Dr. Cora Jacoby von der Fraktion Gesundheit. Mit 419 Stimmen ist die Internistin aus dem Vivantes-Klinikum Neukölln damit das unangefochtene Zugpferd der Fraktion Gesundheit, was allerdings

nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass sie sich im Vergleich zu 1998 (damals hatte sie 562 Stimmen) merklich verschlechtert hat.

Die viertgrößte Stimmenzahl holte die Allgemeinmedizinerin Dr. Angelika Prehn vom BDA (398), die gleichzeitig Vizepräsidentin der KV Berlin ist. Prehn hat damit im Vergleich zu 1998 deutlich gewonnen und konnte erstmals ihre bekannte Fraktionskollegin Dr. Rita Kielhorn-Haas überrunden, die diesmal mit 279 deutlich hinter der letzten Wahl (475) zurückblieb.

Doch bei den Einzelergebnissen gab es auch noch echte Überraschungen: Furiose Stimmenzahlen bekamen zum Beispiel Dr. Sabine Krebs und Dr. Svea Keller von der Allianz. Krebs (228 Stimmen) konnte ihr Ergebnis von 1998 nahezu bedoppeln, Svea Keller gelang gleich mit 217 Stimmen der Erstsprung ins Kammerparlament. Ebenfalls neu und gleich von Null auf 150 kam Dr. Matthias Albrecht vom Marburger Bund ins Parlament. Auch seine Fraktionskollegen Dr. Astrid König (96) und Dr. Matthias David (111) platzierten sich mit solidem Stimmenpolster neu in der DV. Ähnliches gilt für Dr. Ulrich Piltz von der Fraktion Gesundheit, der mit gleich 135 Stimmen neu ins Parlament kommt. Neu begrüßt die Delegiertenversammlung ab sofort auch den Vivantes-Oberarztsprecher Dr. Wolfgang Albers. Der Chirurg kommt für die Fraktion Gesundheit mit 86 Stimmen erstmals ins Kammerparlament.



Der Wahlausschuss in Aktion

Deutlich abgerutscht, wenngleich immer noch mit guter Stimmenzahl ist der KBV-Vorsitzende Dr. Manfred Richter-Reichhelm von der Allianz. Bislang stand „Ri-Rei“ auf einem soliden Polster von 373 Stimmen das sich auf 280 Stimmen verkleinert hat. In schwierigeres Wasser geriet auch Dr. Nicole Bunge. Das Vorstandsmitglied verzeichnete noch 1998 beim MB 87 Stimmen. Ihr Wechsel zur Liste Allianz kostete die inzwischen niedergelassene Nephrologin offenbar Wählerunterstützung, sie rutschte auf 32 Stimmen herunter. Ähnliche Überraschungen gab es bei Dr. Eva Müller-Dannecker. Die neben Cora Jacoby führende Debattenrednerin der Fraktion Gesundheit, deren Wahl in den Vivantes-Aufsichtsrat auf einen großen Rückhalt bei den Klinikärzten schließen lässt, rutschte bei der Kammerwahl überraschend von vormals 123 auf 86 Stimmen herunter. Auch der Orthopäde Dr. Klaus Thierse, einer der Wortführer des Marburger Bundes, verschlechterte sich von 158 auf 111 Stimmen.

Ein allgemeiner und für alle unangenehmer Trend ist übrigens die geringe Wahlbeteiligung von nur noch 42,2 %. Hier wird die Kammer in den nächsten Monaten Ursachenforschung zu betreiben haben. Tatsache ist: die Zeiten werden härter für die Ärzte – dies wird sie früher oder später in die Berufspolitik zurücktreiben.

SyGo

Wahlbeteiligung	2002	1998	1994	1990
Zahl der Wahlberechtigten	24.180	23.095	23.314	19.977
Abgegebene Stimmen	10.185	11.434	11.742	13.214
Ungültige Wahlbriefe	56	72	345	138
Ungültige Stimmkartenumschläge	165	51	1	91
Ungültige Stimmkarten	–	–	70	175
Ungültige Stimmen insgesamt	211	123	416	404
Gültige Hauptstimmen	9.974	11.311	11.326	12.810
Wahlbeteiligung	42,2 %	49,51%	55,1 %	66,2 %

In die neue Delegiertenversammlung wurden gewählt (absolute Stimmen)

Liste 1 – Marburger Bund

1. Dr. Günther Jonitz	768	(1998: 439)
2. Dr. Matthias Albrecht	150	
3. Dr. Sigrid Kemmerling	146	(1998: 66)
4. Dr. Matthias David	111	
5. Dr. Klaus Thierse	96	(1998: 158)
6. Dr. Astrid König	93	
7. Henning Dannehl	93	(1998: 90)
8. Dr. Bettina Jäger	87	
9. Dr. Werner Wyrwich	83	
Nachrücker		
Hubertus Burbach	76	
Prof. Dr. Axel Ekkernkamp	74	(1998: 91)
Mehmet Gövercin	66	

Liste 2 – Hausärzte im BDA

1. Dr. Angelika Prehn	398	(1998: 244)
2. Dr. Rita Kielhorn-Haas	279	(1998: 475)
3. Prof. Dr. Vittoria Braun	166	
4. Dr. Hans-Peter Hoffert	128	(1998: 44)
5. Dr. Wolfgang Kreischer	109	(1998: 70)
Nachrücker		
Dipl. med. Dieter Schwochow	105	(1998: 47)
Dr. Kurt Samuel	71	(1998: 102)
Klaus-D. Elstermann v. Elster	50	

Liste 3 – Macht's besser – die KammerAlternative

1. Priv.-Doz. Dr. Jürgen-Heiner Schäfer	88	
Nachrücker		
Hermann Brehme	55	
Dr. Hermann Mahn	52	
Dr. Imke Otten	37	

Liste 4 – Berliner Hartmannbund **) siehe Grafik Seite 12

1. Dr. Rudolf Fitzner	83	(1998: 70)
2. Priv.-Doz. Dr. Dietrich Banzer	80	(1998: 55)
Nachrücker		
Dr. Ahad Mohammedi Fahimi	57	
Prof. Dr. Roland Felix	47	
Dr. Almut Tempka	47	(1998: 39)

Liste 5 – Fraktion Gesundheit

1. Dr. Cora Jacoby	419	(1998: 562)
2. Dr. Wolfram Singendonk	243	(1998: 272)
3. Dr. Andreas Grüneisen	221	(1998: 129)
4. Dr. Bernd Köppl	151	(1998: 181)
5. Dr. Ulrich Piltz	135	
6. Dr. Rüdiger Brand	134	

7. Dr. Frank Schulze	130	(1998: 285)
8. Antje Blankau	122	
9. Dr. Kurt Höhfeld	105	
10. Dr. Horst Kallfass	96	(1998: 99)
11. Dr. Rolf-Jürgen Kühnelt	95	
12. Dr. Volker Pickerodt	93	(1998: 78)
13. Dr. Eva Müller-Dannecker	87	(1998: 123)
14. Dr. Wolfgang Albers	86	
15. Stefanie Nadler	65	(1998: 70)

Nachrücker

Dr. Sebastian Diekmann	65	
Dr. Maria Birnbaum	65	(1998: 79)
Dr. Hans-Joachim Eichinger	63	(1998: 93)

Liste 6 – Allianz Berliner Ärzte

1. Dr. Elmar Wille	824	(1998: 728)
2. Dr. Manfred Richter-Reichhelm	280	(1998: 373)
3. Dr. Sabine Krebs	228	(1998: 108)
4. Dr. Svea Keller	217	
5. Prof. Dr. Harald Mau	207	(1998: 227)
6. Dr. Martin Miehe	175	(1998: 164)
7. Dr. Regine Held	158	
8. Dr. Matthias Bloechle	156	
9. Dr. Walter Goertz	152	(1998: 161)
10. Helmut Mälzer	145	
11. Dr. Hans-Herbert Wegener	129	(1998: 132)
12. Dr. Dorothea Hagemann	120	(1998: 143)
13. Dr. Roland Urban	102	(1998: 106)

Nachrücker

Klaus Nordmeyer	84	
Dr. Thomas Stavermann	81	
Dr. Siegfried Siegmann	80	



Der Wahlausschuss diskutiert „Problemfälle“

Teure Drohkulisse

Bericht von der Delegiertenversammlung am 27. November 2002

Die letzte Delegiertenversammlung dieser Amtszeit wurde mit Spannung erwartet. Auf der Tagesordnung stand ein Bericht über die aktuelle Arbeit der Berliner Ärzteversorgung, die berufsständische Rentenversicherung für Berlins Ärzte. Besonders interessierten sich die zahlreichen Gäste für den aktuellen Sachstandsbericht zur Neugründung einer Verwaltungsgesellschaft, mit der sich die Ärzteversorgung von ihrem alten Kooperationspartner, der Deutschen Ärzteversicherung lösen und auf eigene Füße stellen will (wir berichteten). Ende Oktober hatte es Wirbel um ein plötzlich aufgetauchtes juristisches Gutachten gegeben, das besagte, eine solche Verselbstständigung werde wesentlich teurer als geplant. Nun wollten alle wissen: wie ist dieses Gutachten einzuschätzen?

Von Sybille Golkowski

Doch von vorn: Jedes Versorgungswerk hat neben seinen geschäfts- und aufsichtsführenden Gremien eine Verwaltung, in der die Versicherungsbedingungen ausgearbeitet, die Rentenansprüche bearbeitet, Kunden beraten, Rentenzahlungen veranlasst und das Vermögen verwaltet wird. Diese Aufgaben hat die Berliner Ärzteversorgung bislang als Komplettpaket über einen Partner organisiert, die Deutsche Ärzteversicherung (DÄV). Die Zusammenarbeit mit dem Versicherungsunternehmen besteht seit 1967. Über ein Verwaltungsabkommen stellte die Deutsche Ärzteversicherung der Berliner Ärzteversorgung Mitarbeiter und führte deren gesamte Dienstleistungen als komplettes Servicepaket im Auftrag durch. Zudem war zeitgleich ein Rückdeckungsvertrag abgeschlossen worden. Der sicherte das Versorgungswerk gegen Großschäden ab und brachte Steuervorteile, die die Deutsche Ärzteversicherung dem Versorgungswerk weiterreichte. Durch eine Änderung des Aktiengesetzes sind diese Steuervorteile heute leider nicht mehr nutzbar.

Gestaltet wird die Arbeit des Versorgungswerks von zwei von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer gewählten Ausschüssen: Dem Verwaltungsausschuss, der für die Geschäftsführung zuständig ist (sein Vorsitzender ist Prof. Spielmann vom Marburger Bund) und dem Aufsichtsausschuss, der

unter anderem über Widersprüche von Mitgliedern entscheidet, die Geschäftstätigkeit überwacht und über Immobiliengeschäfte beschließt (den Vorsitz hat Dr. Eva Müller-Dannecker von der Fraktion Gesundheit).

Versorgungswerk als ungeliebter Axa-Appendix

Das Verwaltungs-Arrangement mit der Deutschen Ärzteversicherung hätte bis in alle Ewigkeit so weiterlaufen können, wenn nicht Unzufriedenheit aufgekommen wäre. In den 80er Jahren begann in der kriselnden Versicherungsbranche eine Fusionswelle. Sie führte zu einer Vereinigung der Deutschen Ärzteversicherung zunächst mit der Colonia, die wiederum wenige Jahre später vom französischen Axa-Konzern geschluckt wurde. Die Zusammenarbeit habe sich seit der Übernahme deutlich verschlechtert, erläuterte Prof. Horst Spielmann (Marburger Bund), der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, der in das gesamte Thema einführte. Die Gründe der Unzufriedenheit hatte er bereits im Frühjahr schon einmal vor den Delegierten dargestellt und wiederholte sie jetzt:

- Da das Führen eines Versorgungswerkes nicht zum Kerngeschäft eines Versicherungskonzerns gehöre, komme sich die Berliner Ärzteversorgung im Mammutunternehmen wie ein unge-



liebter „Appendix“ vor. Die Mitarbeiter, die das Versorgungswerk vor Ort in Berlin verwalten, seien als Angestellte des Axa Konzerns dessen Konzernstrategie unterworfen und wären mit Arbeitsanweisungen konfrontiert, die sich nicht unbedingt mit den Zielen der Ärzteversorgung decken. Dies führe zwangsläufig zu Konflikten, zumal das Versorgungswerk der DÄV sämtliche Personalkosten ersetzt.

- Ständige Wechsel im Management der Kölner Konzernzentrale von Axa (bzw. DÄV) erschwerten das Verständnis für die Bedürfnisse der Berliner Außenstelle.

- Zudem sei man abhängig von den mittlerweile längst veralteten EDV-Programmen, die jedoch nicht mehr den Bedürfnissen des Versorgungswerkes angepasst werden könnten, sondern der Axa-Systemarchitektur eingepasst bleiben müssen.

Wegen dieser Probleme strebten Aufsichts- und Verwaltungsausschuss bereits Ende der 90er Jahre an, die Verwaltung der Berliner Ärzteversorgung auf eigene Füße zu stellen und die Verträge mit der Deutschen Ärzteversicherung zu kündigen. Weitere Versorgungswerke wollen sich hier beteiligen: neben der Hamburger Ärzteversorgung sind das die der Apotheker und Architekten in Berlin sowie die Tierärzte-Versorgungswerke Thüringens und Mecklenburg-Vorpommerns, an der auch die Berliner Tierärzte teilnehmen.

Spielmann berichtete, dass der Loslösungsprozess bereits im Jahr 2000 mit zahlreichen Gesprächen begann und man hierzu mehrere Machbarkeitsstudien und Gutachten in Auftrag gegeben hatte, mit denen die Konsequenzen einer Verselbstständigung der Verwaltung geprüft wurden. Nach Einbeziehung der Delegiertenversammlung hatte man schließlich den Schritt zur Ablösung und Gründung einer eigenen Verwaltungs-GmbH getan. Die Unternehmensberatung Arthur D. Little wurde eingeschaltet, die seither den gesamten Neugründungsprozess managt. Schon im Herbst 2001 begannen Verhandlungen mit der Deutschen Ärzteversicherung über die Neugestaltung der Zusammenarbeit, als man sich nicht

einigen konnte wurde im Februar zum 31.12.2002 der Rückdeckungsvertrag gekündigt.

Im Januar will man startklar sein

Wie Spielmann ausführte, wird die Neugründung der Verwaltungsgesellschaft auf mehreren Vertragswerken basieren, die alle bis zum Januar 2003 unter Dach und Fach sein müssen. Dann soll die neue Verwaltungsgesellschaft ihre Arbeit aufnehmen. Was den Prozess derzeit mit Unruhe erfüllt ist eine Stellungnahme von Prof. Jochen Axer aus Köln. Der hatte im Auftrag der Deutschen Ärzteversicherung eine Einschätzung abgegeben, wie teuer die Berliner Ärzteversicherung die Kündigung des Rückdeckungsvertrages kommen würde. Die Zahl, die Axer im Oktober in den Raum gestellt hat, ist beeindruckend: 384 Millionen Euro soll die Deutsche Ärzteversicherung einbehalten können, wenn das Berliner Versorgungswerk sich aus der vertraglichen Zusammenarbeit verabschiedet. Für Spielmann und Müller-Dannecker ist der Fall klar. Sie sehen in Axers Stellungnahme ein Gefälligkeitsgutachten. „Eine gigantische Drohkulisse ist das, mit der uns die Deutsche Ärzteversicherung einschüchtern und zur Neuauflage des für sie sehr lukrativen Rückdeckungsvertrages zwingen will“, urteilt Spielmann. Ihn wundert vor allem, zu welchem Zeitpunkt der Versicherungskonzern die Summe aus dem Hut zaubern ließ. Nicht etwa im Februar, als das Versorgungswerk den Rückdeckungsvertrag gekündigt hatte oder in den Monaten davor, als die Verhandlungen liefen, nein, erst im Oktober 2002 flatterte ihm die Expertise plötzlich unverhofft auf

den Schreibtisch. Mitten im Wahlkampf der Ärztekammer Berlin, versteht sich. Für die Ausschüsse des Versorgungswerks riecht das nach einem präzisen Timing, mit dem der Versicherungskonzern den im Herbst laufenden Kammerwahlkampf dazu benutzen wollte, die Ärzte in der Delegiertenversammlung nervös zu machen und sie dazu zu bewegen, das Versorgungswerk von seinem Weg in die Selbstständigkeit wieder abzubringen. Ziel sei doch nur, „dass wir Angst kriegen, die Kündigung zurücknehmen und einen neuen Rückdeckungsvertrag abschließen“, so Spielmann. Diese Einschätzung teilen auch zwei Juristen, die vom Versorgungswerk inzwischen mit Gegengutachten beauftragt wurden und als Gäste zur Delegiertenversammlung gekommen waren. Die beiden Experten der Rechtsanwaltskanzlei Raupach & Wollert-Elmendorf und der Aktuariellen Beratungsgesellschaft äußerten übereinstimmend, dass die von Axer aufgestellten Forderungen jeglicher Grundlage entbehren. Das Gegengutachten und die vollständige juristische Zurückweisung der Forderungen wurden zum Zeitpunkt der DV gerade fertiggestellt. Im Zweifelsfall, so die Anwälte, wird es auf einen Rechtsstreit hinauslaufen.

Gemischte Stimmung bei den Delegierten

In der Delegiertenversammlung war die Einschätzung zur Situation geteilt. Sehr heftig war die Reaktion von Dr. Klaus-Joachim Schilling (HvB). „Sie glauben doch nicht, dass man einen so teuren Vertrag einseitig und folgendlos kündigen kann. Da versuchen sich Amateure mit Profis zu messen“, schimpfte er. Spielmann und Dr. Rüdiger Brandt (Ver-

Jahresbericht der Ärzteversorgung 2001 festgestellt

Das berufsständische Versorgungswerk wartete auch 2001 mit erfreulichen Zahlen auf. 20.640 Mitglieder zählte die Berliner Ärzteversorgung zum Jahresende 2001, damit hält die steigende Tendenz bei den Mitgliederzahlen weiter an. Noch immer verbucht das Versorgungswerk Wandergewinne.

Bei der Verwaltung und Mehrung ihres Kapitalstocks setzt die Berliner Ärzteversorgung weiterhin auf eine solide Mischung verschiedener Kapitalanlagen, die von der Firma RMC Risk Management professionell geprüft und beurteilt werden. In 2001 konnte eine Durchschnittsverzinsung von 6,28 % (durch die schlechte Börsenlage liegt sie etwas niedriger als im Vorjahr, damals waren es 7 %) erzielt werden.

Renten und Anwartschaften steigen um 1,1%

In 2001 erzielte die Berliner Ärzteversorgung einen Rohüberschuss von 58,087 Mio. €. Die Delegiertenversammlung beschloss, damit die Renten und Anwartschaften um 1,1 % zu dynamisieren. Aus dem Restbetrag von 1,361 Mio. € wird eine Gewinnrückstellung gebildet.

Abschied von der DV nach 32 Jahren



Foto: Archiv

32 Jahre war er ohne Unterbrechung Mitglied der Delegiertenversammlung. Für Dr. med. Dieter Scholz (Liste Allianz) war die Sitzung am 26. November die letzte, an der er als aktives DV-Mitglied teilnahm. Noch ein weiteres Mal wollte er nicht mehr kandidieren. Der 80-jährige pensionierte Kinderarzt war als scharfzüngiger Debattenredner bekannt. Vor allem mit Ex-Kammerpräsident Dr. Ellis Huber lieferte er sich in den 30er Jahren zahlreiche Wortduelle, gewürzt mit Witz und feiner Ironie versteht sich.

waltungsausschuss und Fraktion Gesundheit) wehrten sich gegen diesen Vorwurf: man habe über Jahre mit der Deutschen Ärzteversicherung verhandelt, niemals war die Rede von einer solchen Forderung; sie sei vertraglich durch nichts gedeckt, stünde aber plötzlich als Schreckgespenst im Raum. Grundsätzliche Bedenken gegen eine GmbH Lösung hat Vizepräsident Dr. Elmar Wille (Liste Allianz), der selbst im Verwaltungsschuss des Versorgungswerkes sitzt. Das Berliner Versorgungswerk und seine Partner schaffen da einen Prototyp, den es sonst nirgendwo in der Bundesrepublik gebe. Er hätte nicht für eine GmbH sondern für eine eigene öffentlich-rechtliche Körperschaft plädiert, habe sich aber im Verwaltungsausschuss nicht durchsetzen können.

Dass die Situation schwierig ist, sei klar, fasste Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz (Marburger Bund) zusammen. Man löse sich hier aus einer jahrzehntelangen Partnerschaft, die in einer Abhängigkeit und nun in einer Notsituation gemündet sei. Diese Notsituation sei dadurch entstanden, dass entgegen dem Rat des Vorstandes der Rückdeckungsvertrag unüberlegt und ohne Berücksichtigung der möglichen Folgen gekündigt wurde. Aber die Ausführungen

der Rechtsanwälte hätten seinen Eindruck bestätigt, dass die Forderung der Ärzteversicherung auf tönernen Füßen stehe. Eher verhalten reagierte Dr. Manfred Richter-Reichhelm (Liste Allianz). Man müsse mal abwarten, was dabei herauskäme, wenn beide gutachterlichen Expertisen vor einem Gericht vorgebracht würden. Aber es sei klar, dass sich eine Versicherung dagegen wehrt, jahrelang Steuervorteile an das Versorgungswerk weitergereicht zu haben und nun aber Verluste nicht ebenfalls teilen kann.

Frage nach der politischen Verantwortung gestellt

Dr. Eva Müller-Dannecker wehrte sich vehement dagegen, dass die im Raum stehende Summe bereits wie eine Tatsache gehandelt wird. Für sie ist sie ein Versuchsballon, eine Drohkulisse, die in sich zusammensinken wird wie heiße

Luft. Das bleibe zu hoffen, sagte Dr. Roland Urban (Liste Allianz). Er frage sich allerdings, wer für die schwierige Situation hier eigentlich die politische Verantwortung trage. Kammerpräsident Jonitz sah hier eine klare Verantwortung beim Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss. Die Ausschüsse hätten im letzten Jahr massiv auf Kündigung des Rückdeckungsvertrages gedrängt. Die kritischen Rückfragen aus dem Kammervorstand, ob man die Konsequenzen auch geprüft hätte, erwiesen sich jetzt ja wohl als absolut berechtigt.

Am Ende des Abends verlegte man sich darauf, den weiteren Fortgang der Dinge erst einmal abzuwarten. Es wird weiter mit der Deutschen Ärzteversicherung verhandelt und, falls es denn so kommen muss, ein Rechtsstreit ausgetragen werden. Zuvor hatte man beide Ausschüsse in offener Abstimmung mit 20 „ja“, 11 „nein“-Stimmen und 7 Enthaltungen entlastet. *SyGo*

Roland Schiffter erhält Ernst-von-Bergmann-Plakette

Der Neurologe Prof. Dr. med. Roland Schiffter wurde in der DV-Sitzung am 26. November mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette ausgezeichnet. Es ist die höchste Auszeichnung der Bundesärztekammer, die Ärzte für besondere Verdienste um die ärztliche Fortbildung erhalten. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz betonte bei der Verleihung, die Kammer bringe damit Schiffter gegenüber ihre besondere Wertschätzung zum Ausdruck. Schiffter sei ein menschlich wie fachlich außergewöhnlich qualifizierter und engagierter Arzt und Chef. Er sah es als selbstverständlich an, während seines aktiven Berufslebens sein fachliches Wissen auf didaktisch ansprechende Art weiterzugeben, überzeuge aber auch durch seine Zivilcourage, begründete Jonitz die Ehrung.



Foto: Archiv

Während seiner gesamten Laufbahn hat Schiffter kontinuierlich bundesweit Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Schwerpunkt war das Parkinson-Syndrom, das vegetative Nervensystem sowie Koma und Bewusstseinsstörungen. Auch als Buchautor ist er positiv in Erscheinung getreten. Unter dem Titel „Bobozemzem“ berichtet er über seine Erfahrungen und Begegnungen mit seinen Patienten und betont die menschliche Seite des Arztseins auf einfühlsame Weise.

Schiffter war bis vor seinem Eintritt in den Ruhestand Chef der Klinik für Neurologie am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum.

„Alles spricht dafür, den Sachverstand in Berlin zu bündeln“

Prof. Dr. med. Helmut Hahn, Leiter der Abteilung Medizinische Mikrobiologie und Infektionsimmunologie am Institut für Infektionsmedizin des Fachbereichs Humanmedizin der FU, war einer der Initiatoren des Symposiums „Facing the Threat by intentionally spread Microorganisms“, das am 30.1. und 1. 12. erstmals zahlreiche Koryphäen hierzu in Berlin versammelte. Mit ihm sprach Adelheid Müller-Lissner.

Herr Prof. Hahn, Sie haben den „absichtlich verbreiteten Mikroorganismen“ eine zweitägige Tagung gewidmet. Stellen Mikroorganismen, die als Waffen genutzt werden, die große terroristische Herausforderung der nächsten Jahre dar?

Sie sind sicherlich ein Teil eines möglichen Arsenal, mit dem man erhebliches Unheil anrichten könnte. Mikroorganismen sind heimtückisch: Man sieht sie nicht, man kann sie häufig auch nicht riechen und sie sind leicht zu transportieren. Im Augenblick deutet allerdings alles darauf hin, dass es eher Einzeltäter als Staaten sind, die sie nutzen. In verschiedenen Ländern werden solche für Attacken vorbereitete Krankheitserreger gelagert. Gegenwärtig unterhalten weltweit mindestens zehn Länder offensive Biowaffen-Programme. Es gilt einerseits zu verhindern, dass diese Mikroorganismen in die Bevölkerung gelangen, andererseits aber auch im Ernstfall den Schaden so schnell und effektiv wie möglich zu begrenzen.

Warum eignen sich Mikroorganismen so gut als Waffen?

Sie verbreiten sich auf dem Ansteckungsweg von einem Infektionsherd oder einem Kern aus selbst. Ich denke zum Beispiel an die Pocken, aber auch an

bakterielle Gifte, die in zentrale Verteilersysteme gelangen. Man kann ja wirklich das Gruseln bekommen, wenn man in diesem Zusammenhang an die zentrale Trinkwasserversorgung denkt: Ein Gramm Botulinumtoxin würde zum Beispiel schon ausreichen, um die gesamte Berliner Bevölkerung auszurotten.

Stichwort Pocken: Da wird ja gerade die Wiederkehr der Schutzimpfung diskutiert.

Das ist ein ganz heikles Thema. Wir wissen zu wenig darüber, wie gut der Impfschutz bei den „Oldies“ ist, die früher geimpft wurden. Wir wissen nicht, ob jemals eine Attacke mit Pocken kommt, vielleicht spielt sich auf ganz anderen Schauplätzen Schreckliches ab. Wir wissen nur: Wenn wir eine gewisse Anzahl von Menschen gegen Pocken impfen, müssen wir mit Nebenwirkungen bis hin zum Tod rechnen. Dafür ist etwas anderes für mich ganz klar: Wir brauchen eine zentrale „Task Force“ von seuchenmedizinisch gut ausgebildeten, sicher durch Impfungen gegen die Pocken geschützten Ärzten und Pflegekräften, die im Fall eines Falles schnell eingesetzt werden können.

Welche Keime und Toxine sind Ihrer Ansicht nach am bedrohlichsten?

Da ist zuerst die Liste des so genannten „Dreckigen Dutzend“ zu nennen, auf der Pockenviren, Anthrax, die Erreger von Rotz und der Pest, dazu Ebolaviren, aber auch biologische Toxine wie das Clostridium botulinum stehen. Wir können aber sicher sein, dass sie eher zum Dampf-



Foto: Archiv

maschinenalter des Bioterrorismus gehören. Ich bin überzeugt davon, dass es wesentlich verfeinerte Mikroorganismen gibt, die alles, was wir von der Natur her kennen, in puncto Gefährlichkeit in den Schatten stellen.

Welche Rolle spielen dabei genetische Manipulationen?

Das war eines der zentralen Themen unserer Tagung. Die Fortschritte der modernen Molekularbiologie werden ja nicht nur zum Nutzen, sondern auch zum Schaden der Menschen angewandt. Wir müssen also damit rechnen, dass mittels biotechnologischer Verfahren Krankheitserreger konstruiert werden, die alle schlechten Eigenschaften in sich vereinen. Im Extremfall könnte ein natürliches Bakterium wie E. coli zum Beispiel mit Virulenzfaktoren des Pesterreger ausgestattet und gleichzeitig so verändert werden, dass es Nervengewebe exprimiert, so dass Autoimmunreaktionen gegen das eigene Nervensystem provoziert werden. Solche Kunststückchen können „Bastlernaturen“ unter den Biotechnologen durchaus Spaß machen. Zumal bei diesen böartigen Basteleien ja die Überzeugung hinzukommen kann, für die eigene Seite damit etwas Gutes zu tun.

Solche „Bastler“ haben auch an Ihrem Symposium teilgenommen.

Ich gebe zu: Wir waren sehr neugierig darauf, was sie uns zu erzählen hatten. Es gibt ja weltweite Bestrebungen, dass frühere potenzielle Gegner sich zusammentun. Die russischen Geheimlabors sollen in Zukunft ja friedlicher Nutzung zugeführt werden. Der erste westliche Wissenschaftler, der in einem solchen ehemaligen russischen Geheimlabor arbeiten durfte, Jens Kuhn, der auch Referent des Symposiums war, kam übrigens aus unserem Haus. Die Aufklärung dessen, was diese Staaten in ihren Arsenalen haben und der Austausch von Erfahrungen und Kenntnissen bei Kongressen wie dem unsrigen dient natürlich der Entwicklung von Gegenmaßnahmen. Wir wollen nicht Mittel und Wege diskutieren, um noch schlim-

mere Waffen zu produzieren. Wir wollen künftigen Anschlägen damit die Spitze nehmen oder ihnen sogar vorbeugen.

Was kann ein solcher Kongress dafür tun?

Neben den Erkenntnissen über die verschiedenen „Kunststückchen“, die die einzelnen Forscher beherrschen, ist auch das persönliche Kennenlernen ganz wichtig. Thematisch stand das Thema Sicherheit an erster Stelle: Wie verhüten wir, dass das Wissen in die Hände verantwortungsloser Individuen fällt? Wir müssen außerdem klären, welches mikrobiologische Wissen wir in die Ärzteschaft zu transportieren verpflichtet sind. Denn dann kommen Patienten mit Krankheitssymptomen zum Arzt, die man zunächst nicht deuten kann. Wir müssen die Ärzteschaft auf dieses Thema vorbereiten, die Mikrobiologie muss das Arsenal der verwendbaren Mikroorganismen und mögliche Gegenmaßnahmen unbedingt in die Lehre einbauen. Dazu gehört auch die Frage der Schutzimpfungen. Außerdem hoffe ich, dass von unserem Kongress eine Signalwirkung ausgeht: Die Verantwortungsträger müssen sich mehr und nachhaltiger mit dem Thema auseinandersetzen, nicht nur kurz nach einem Ereignis wie dem 11. September.

Muss das Wissen der Ärzte über „absichtlich verbreitete Mikroorganismen“ verbessert werden?

Die Fehldiagnosen, die im Zusammenhang mit angeblichen Anthrax-Attacken im letzten Jahr in Deutschland gestellt wurden, deuten auf erheblichen Nachholbedarf in Sachen mikrobiologischer Sachkompetenz hin. In den USA werden 1,7 Milliarden Dollar zur Erforschung von Infektionen durch Bioattacken bereitgestellt. Es gibt einen riesigen Bedarf an Sachkompetenz. Aber wer soll die Ausbildung übernehmen, wenn nicht wir Mikrobiologen an den Universitäten? Für alle Ärzte, die schon in der Praxis stehen, ist zudem Fortbildung wichtig. Die Berliner Medizinische Gesellschaft hat sich dem Thema schon gewidmet und wird weiter am Ball bleiben.

Wird Berlin in Sachen Biowaffen-Abwehr in den nächsten Jahren eine führende Rolle spielen?

Diese Rolle ist geradezu vorprogrammiert! Zunächst: Wir haben hier das Robert-Koch-Institut, das allerdings in erster Linie hoheitliche Aufgaben wahrnimmt. Für die Ausbildung der Ärzteschaft sind wir als Universitäten und Fachgesellschaften verantwortlich. Wir haben in Berlin eine immense infektiologische Tradition, die auf Robert Koch zurückgeht und seither nie abgerissen ist. Nach wie vor ist Berlin mit Infektionswissen reicher ausgestattet als jede andere Stadt in Deutschland: Wir haben das Max-Planck-Institut für Infektionsbiologie. Berlin ist als erste westliche Großstadt eine hervorragende Anlaufadresse für Forscher aus der ehemaligen Sowjetunion. Alles spricht dafür, in Berlin den Sachverstand in einem Center of Excellence zu bündeln.

Was soll an einem solchen „Center of Excellence“ geschehen?

Ein Center ist nicht unbedingt ein Haus, sondern kann auch eine lockere Interessengemeinschaft mehrerer Beteiligter sein. Ich bin überzeugt davon, dass das MPI sich der in Frage kommenden Erreger annehmen wird. Ein weiteres Segment könnte ein universitäres Institut für Mikrobiologie sein, das sich um die diagnostischen Verfahren kümmert, die die Ärzteschaft im Fall einer Attacke beherrschen muss. Des Weiteren werden Immunologen eine Rolle spielen, denn wir brauchen neue Impfstoffe.

Außerdem brauchen wir ein Hochsicherheitslabor der Stufe vier, das ist Voraussetzung. Denn das RKI benötigt sein Hochsicherheitslabor für eigene Zwecke. In den Labors können dann die Erreger angezüchtet und mikroskopiert werden, wir können sie mittels PCR und indirekter, serologischer Verfahren diagnostizieren. All das könnte sich am Center of Excellence abspielen. Wir wünschen uns, dass das Thema Bioterror nicht in die „Schmuddelecke“ abgeschoben, sondern als Feld für notwendige seriöse Forschung betrachtet wird. ■

Ansteckung mit friedlichen Absichten

Symposium über biologische Kampfstoffe vereinte erstmals Koryphäen aus Ost und West

„Das Problem ist die doppelte Nutzung.“ Was Gabriele Kraatz-Wadsack vom Robert-Koch-Institut über ihre Fahndung nach *Bacillus anthracis*, *Clostridium botulinum* und Co. im Irak sagte, hätte sich als Motto der gesamten Tagung geeignet, bei der die rührige Mikrobiologin und UN-Waffeninspektorin sprach. Schon die Wortwahl zeigte es: Nicht über „Biowaffen“, sondern über die Bedrohung durch „absichtlich verbreitete Mikroorganismen“ wurde bei diesem Symposium gesprochen, das das Universitätsklinikum Benjamin Franklin und das Max-Planck-Institut für Infektionsbiologie Anfang Dezember gemeinsam veranstaltet hatten.

Von Adelheid Müller-Lissner

Im Gegensatz zu Nuklearwaffen und chemischen Kampfstoffen haben wir gegen Viren, Bakterien und Toxine nicht nur dann zu kämpfen, wenn sie zu militärischen oder terroristischen Zwecken eingesetzt werden. Sie verbreiten sich auch „unabsichtlich“, ohne bewusstes Zutun von Menschen. Und auch wenn hochinfektiöse Erreger, gegen die es noch keine spezifische Behandlung und keinen Impfschutz gibt und die hohe Todesraten fordern, in einem Labor gefunden werden, ist dieser Ort noch nicht automatisch als Waffenschmiede enttarnt. Vielleicht wird dort ja gerade an einem neuen Impfstoff gearbeitet.

Wer sich mit diesen Mikroorganismen auskennt, ist als Experte für den „dual use“ prädestiniert, für den Angriff und die Verteidigung, die Entwicklung von Kampf- und Impfstoffen. Die Konstrukteure haben aufgrund ihrer Kompetenz gleichzeitig die beste Eignung als Kontrolleure. Dass zu Beginn der 90er Jahre das russische Biowaffen-Programm gestoppt wurde, hatte deshalb, wie der Mediziner und Biochemiker Jens Kuhn vom Institut für Medizinische Mikrobiologie der FU beim Symposium erklärte, auch empfindliche Konsequenzen für die friedlichen Forschungen an Einrichtungen wie dem früher vorwiegend

offensiv tätigen Staatlichen Forschungszentrum für Virologie und Biotechnologie „Vector“ im sibirischen Koltsovo. Denn auch für solche Projekte, die zum Teil vorher liefen, um die militärische Forschung zu decken, werden dann die Mittel gestrichen. „Es besteht in solchen Situationen immer die Gefahr, dass Biowaffen-Konstrukteure in andere Länder abwandern, um dort offensiv zu arbeiten, während in ihrem Ursprungsland die Gesundheitsvorsorge in zivilen Programmen leidet.“ Kuhn selbst jedoch, der im vorigen Jahr als erster westlicher Wissenschaftler am „Vector“ arbeitete, möchte bald den umgekehrten Weg gehen und nochmals für ein dreijähriges friedliches Projekt in das sibirische Institut zurückkehren, das übrigens – neben dem Center for Disease Control in Atlanta – als eines der beiden Repositorien des Pockenerregers dient.

Vernetzung, gegenseitige Unterstützung, Transparenz: Das sind für Kuhn die wichtigsten Mittel gegen den zerstörerischen Einsatz von Mikroorganismen. In Berlin haben jetzt erstmals mehrere russische Forscher zu Kollegen aus den USA und aus EU-Staaten über ihre Untersuchungen zu Erregern wie Ebola- und Pockenviren, aber auch über die Entwicklung von Impfstoffen gesprochen. „Dass sie gemeinsam in einer Saal saßen, war ein großer Durchbruch“, so Kuhn. Aus Misstrauen kann nur in kleinen Schritten vertrauensvolle Zusammenarbeit werden. Der Preis für die

hochkarätige internationale Besetzung lag deshalb wahrscheinlich in der vorsichtigen, diplomatischen Wortwahl der Referenten und der Allgemeinheit ihrer Aussagen.

Wer über potenziell gefährliche Erreger forscht, müsse immer prüfen, welche Selbstbeschränkungen bei der Veröffentlichung neuer Erkenntnisse nötig sind, betonte Barbara Johnson, Präsidentin der American Biological Safety Association. Zugleich machte sie deutlich, wie schwer die quantitative und qualitative Kontrolle gefährlicher Mikroorganismen fällt: „Erreger und Toxine sind allgegenwärtig, und Erreger kön-

nen sich vermehren.“ „Wir haben mehr bedrohliche Agenzien als Technologien, die der Vorbeugung, Entdeckung und Behandlung dienen“, ergänzte ihr US-Kollege Callahan von der National Defense University in Washington. Er berichtete, dass auch in seinem Land der Schritt vom eingegrenzten Schutz der Mitarbeiter in Hochsicherheitstrakten zum Schutz der Zivilbevölkerung vor terroristischen Bio-Attacken noch nicht vollständig gelungen ist. Die großangelegte „Amerithrax“-Ermittlungskampagne, die den Todesfällen nach der Serie von Milzbrand-Briefen im Herbst 2001 folgte, habe die Probleme und Schwächen deutlich gezeigt.

„Wir brauchen für diesen Schutz eine neue Art zu denken, wir können dabei von den USA und von Russland lernen, müssen aber unseren eigenen, europäischen Weg finden“, resümierte Stefan Kaufmann vom Max-Planck-Institut für Infektionsbiologie abschließend. Dass einige Gäste aus den genannten Ländern nach dem offiziellen Treffen länger in der Stadt blieben und dabei Gelegenheiten zum inoffiziellen Austausch nutzten, kann wahrscheinlich als spezifischer Berliner Beitrag zu diesem Weg gewertet werden.

Adelheid Müller-Lissner
(Medizinjournalistin)

F O R T B I L D U N G

Was Sie über die Biostoffverordnung wissen sollten

Biostoffverordnung? Nie gehört! Bei Stichproben erleben es Mitarbeiter des Landesamtes für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LAGetSi) immer wieder, dass niedergelassene Ärzte die seit 1999 geltende Biostoffverordnung* nicht kennen. Das kann teuer werden. Denn wenn bei Stichproben entdeckt wird, dass die entsprechenden Vorkehrungen zur Praxiseinrichtung und Mitarbeitervorsorge nicht getroffen wurden, droht Bußgeld. Mit dem Regelwerk – das in Deutschland EG-Recht umsetzt – sollen Beschäftigte vor den Gefahren durch biologische Arbeitsstoffe geschützt werden. Hier haben wir noch einmal das Wichtigste speziell für niedergelassene Ärzte zusammengefasst. Falls Sie es noch nicht getan haben: sprechen Sie bitte mit dem für Ihre Praxis zuständigen Betriebsarzt über das Thema und bereiten Sie mit ihm die erforderlichen Maßnahmen vor.

Von Hans-Rudi Wolff

Die Biostoffverordnung bezieht sich auf alle Arbeitsplätze, an denen Menschen mit „biologischen Arbeitsmaterialien“ umgehen – also natürlich auch auf Gesundheitseinrichtungen. „Biologische Arbeitsmaterialien“ sind Stoffe, die beim Menschen eine übertragbare Krankheit, sensibilisierende

oder toxische Wirkungen verursachen können. Zu den biologischen Arbeitsstoffen gehören zum Beispiel Mikroorganismen, Zellkulturen, humanpathogene Endoparasiten oder auch Prionen.

Ein Risiko liegt im Umgang mit diesen Stoffen immer dann vor, wenn beim Arbeiten mit vermehrungsfähigen patho-

genen oder potenziell pathogenen Mikroorganismen oder mit Untersuchungsgut eine Übertragung von Krankheiten auf den Menschen möglich ist oder nicht sicher ausgeschlossen werden kann.

Es ist Aufgabe des Arbeitgebers, das konkrete Risiko für die Gesundheit und die daraus folgenden Schutzmaßnahmen gemeinsam mit dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit unter Einbeziehung des Personal- oder Betriebsrats einzustufen. Um die Gefährdung beurteilen zu können, hat der Arbeitgeber im Vorfeld der Gefährdungsbeurteilung eine Reihe wichtiger Informationen zu beschaffen. Darunter sind von besonderer Bedeutung:

- die Einstufung des Infektionspotenzials der Organismen, ausgedrückt als Risikogruppe,
- die Fähigkeit der Organismen, eine sensibilisierende und toxische Wirkung zu entfalten,
- der Betriebsablauf,
- die Art und die Dauer der Tätigkeit und
- die Übertragungswege für eine Infektion.

^{*)} Verordnung zur Umsetzung der EG-Richtlinien über den Schutz der Beschäftigten gegen Gefährdung durch biologische Arbeitsstoffe bei der Arbeit (BioStoffV) vom 27. Januar 1999 (BGBl. I, S. 50, zuletzt geändert 18. Oktober 1999, BGBl. I S. 2059).

^{**)} Die genaue Definition von Risikogruppen und Schutzgruppen sowie von „gezielten“ und „ungezielten“ Tätigkeiten geben wir in diesem Beitrag aus Gründen des Umfangs und der Lesbarkeit nicht im Einzelnen wieder. Besprechen Sie sich hierzu mit Ihrem Betriebsarzt.

Die überwiegende Anzahl der ambulanten Gesundheitseinrichtungen und auch die meisten stationären Einrichtungen unterliegen der Einstufung in die Risikogruppe 3 **, z. B.: Gefahr einer Infektion mit Hepatitis-B- und -C-Viren.

Aufgrund seiner Beratungserfahrung in ärztlichen Praxen und Zahnarztpraxen empfiehlt das LAGetSi hier in der Regel die Sicherheitsmaßnahmen aus dem Katalog der Schutzstufe 2. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei allen Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen immer die Hygienemaßnahmen der Schutzstufe 1, erläutert in der TRBA 500 (Bundesarbeitsblatt Heft 6 / 1999 S. 81 - 82) einzuhalten sind. Übrigens können in Einzelfällen, zum Beispiel in Schwerpunktpraxen für die Behandlung der Lungentuberkulose, noch strengere Vorkehrungen entsprechend der Schutzstufe 3 angezeigt sein.

Ist die Einstufung erfolgt, muss der Arbeitgeber den Beschäftigten in einer Betriebsanweisung die Schutzmaßnahmen erläutern und Verhaltensregeln sowie Anweisungen über das Verhalten bei Unfällen und Betriebsstörungen und zur Ersten Hilfe aufnehmen. Dabei ist insbesondere auf die Übertragungs- und Aufnahmewege von biologischen Arbeitsstoffen beim Menschen einzugehen. Die Beschäftigten müssen die Unterweisung unterschriftlich bestätigen.

Die wichtigsten Schutzmaßnahmen im Einzelnen

Einrichtung von Arbeitsstätten

- Wasserundurchlässige, desinfizierbare und leicht zu reinigende Oberflächen für Wände, Decken, Fußböden und Arbeitsmittel.

- Maßnahmen zur Vermeidung/Reduktion von Aerosolen, Stäuben und Nebel.
- Waschgelegenheiten mit fließendem kaltem und warmem Wasser, Desinfektionsmittelspendern, Seifenspendern, Handtüchern zum einmaligen Gebrauch und Hautpflegemitteln.
- Getrennte Sanitäranlagen für Beschäftigte und Patienten.
- Vom Arbeitsplatz getrennte Umkleemöglichkeiten.

Organisatorische Maßnahmen

- Übertragung entsprechender Tätigkeiten nur an Personen, die eine abgeschlossene Ausbildung in Berufen des Gesundheitswesens haben oder die von einer fachlich geeigneten Person unterwiesen und beaufsichtigt werden.
- Unterrichtung der Beschäftigten über die Infektionsgefährdung.

- Vor Arbeitsbeginn Schmuck, Uhren und Ehering ablegen.
- Vor Eintritt in die Pausen und nach Beendigung der Tätigkeit Hände waschen.
- Pausenverpflegung von Arbeitsstoffen getrennt aufbewahren.
- Möglichkeiten zum Essen und Trinken ohne Beeinträchtigung der Gesundheit schaffen.
- Persönliche Schutzausrüstung in ausreichender Stückzahl bereitstellen.
- Arbeitskleidung und persönliche Schutzausrüstung müssen regelmäßig und bei Bedarf gereinigt, gewechselt, instandgehalten und desinfiziert werden.
- Straßenkleidung ist von Arbeitskleidung und persönlicher Schutzausrüstung getrennt aufzubewahren.
- Arbeitsräume sind regelmäßig und bei Bedarf zu reinigen.
- Pausen- oder Bereitschaftsräume oder Tagesunterkünfte sollten nicht mit stark verschmutzter Arbeitskleidung betreten werden.
- Biologische Arbeitsstoffe sind sicher aufzubewahren (z. B.: Blutproben in bruchsicheren Behältnissen, spitze, schneidende und zerbrechliche Gegenständen in durchstichsicheren Behältnissen.)
- Abfälle mit biologischen Arbeitsstoffen müssen in widerstandsfähigen und dichten Behältern gesammelt und transportiert werden.

- Kontaminierte Wäsche ist so zu sammeln und zu transportieren, dass Beschäftigte den Einwirkungen von Krankheitserregern nicht ausgesetzt sind.
- Eine gesundheitsschädigende Einwirkung von Arzneimitteln, Hilfsstoffen der Medizin und Desinfektionsmitteln ist zu verhindern.

- Mittel zur Wundversorgung sind bereitzustellen.

Persönliche Schutzausrüstung

Eine flüssigkeitsdichte persönliche Schutzausrüstung ist nur erforderlich, wenn zusätzlich zu den technischen und baulichen sowie den organisatorischen Maßnahmen im Einzelfall eine persönliche Gefährdung besteht. Hierzu kann gehören: Handschutz, Augenschutz/Gesichtsschutz, Partikelschutzfilter, Schürzen und Fußkleidung.

Die Maßnahmen zur Desinfektion, Reinigung und Sterilisation sowie zur Ver- und Entsorgung der Schutzkleidung sind in einem Hygieneplan für die Arbeitsstätten festzulegen und deren Durchführung zu überwachen. Dabei sollte vom Prinzip „Was wird gemacht? Wann ist es zu tun? Womit sollte es getan werden? Wie wird es gemacht? Wer macht es?“ ausgegangen werden.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Sie sind erforderlich

- **Als Pflichtuntersuchung:** Vor Aufnahme der Tätigkeit in der Humanmedizin, Zahnmedizin, Wohlfahrtspflege sowie im Notfall- und Rettungsdienst. Arbeitsmedizinische Untersuchungen müssen in regelmäßigen Abständen oder gemäß Entscheidung des ermächtigten Arztes bei gesundheitlichen Bedenken wiederholt werden.
- **Als Pflichtangebotsuntersuchung:** Bei sonstigen Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen der Risikogruppe 3 und bestimmten Aufgaben bei Risikogruppe 2.
- Unverzüglich im Falle der Erkrankung mit Bezug zur Tätigkeit.
- Im Falle der Erkrankung mit Bezug zur Tätigkeit für übrige Beschäftigte,

Haben Sie noch Fragen ?

Dann wenden Sie sich bitte an Ihren Betriebsarzt oder an das **Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LAGetSi), Fachgruppe Schutz vor physikalischen und biologischen Noxen Alt Friedrichsfelde 60, 10315 Berlin Tel. 90 21 54 - 60, Fax -18 www.lagetsi.berlin.de**, hier Fachinformationen „Biostoffverordnung“ oder „biologische Arbeitsstoffe“.

Im LAGetSi liegen Muster für eine Betriebsanweisung, einen Hygieneplan und eine Handlungshilfe für die Unterweisung der Beschäftigten vor. Rechtsvorschriften und technische Regeln sowie die Mitteilungen des Ausschusses für biologische Arbeitsstoffe (ABAS) können nachgelesen werden bei: www.baua.de.

sofern nicht eine personenbezogene Ursache ausgeschlossen wird.

- Am Ende der Beschäftigung.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen dürfen nur von Ärzten, die die erforderlichen Fachkenntnisse besitzen und von der zuständigen Behörde ermächtigt wurden, durchgeführt werden. Dem Arzt müssen vom Arbeitgeber auf Verlangen die zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen erforderlichen Auskünfte über die Arbeitsplatzverhältnisse gegeben und eine Besichtigung des Arbeitsplatzes ermöglicht werden. In aller Regel hat der Betriebsarzt die geforderte Qualifikation und sollte mit der Untersuchung beauftragt werden.

Der Arzt muss den **Untersuchungsbefund** schriftlich festhalten. Er hat die untersuchte Person arbeitsmedizinisch zu beraten. Hierzu gehört auch Beratung zum Gebrauch der Schutzausrüstungen sowie den Hygienemaßnahmen bei umfassender Berücksichtigung der betrieblichen Gefahrensituationen. Dem Beschäftigten ist eine Bescheinigung darüber auszustellen, ob und inwieweit gegen die Ausübung der Tätigkeit gesundheitliche Bedenken bestehen (Bescheinigung über das Untersuchungsergebnis).

Eine **Bescheinigung über das Untersuchungsergebnis** wird an den Arbeitgeber nur bei den Pflichtuntersuchungen und bei der am Ende der Tätigkeit erfolgenden Pflichtangebotsuntersuchung übermittelt. Bei gesundheitlichen Bedenken hat der Arzt dem Arbeitgeber zu empfehlen, den Arbeitsplatz zu überprüfen, wenn die Gesundheit des untersuchten Beschäftigten infolge der Arbeitsbedingungen gefährdet scheint. Hat der Arbeitgeber eine solche Empfehlung erhalten, hat er dies dem Betriebs- oder Personalrat mitzuteilen und die zuständige Behörde zu unterrichten.

Beschäftigten, die biologischen Arbeitsstoffen ausgesetzt sein können, sind vom Arbeitgeber Impfungen anzubieten. Der impfende Arzt hat die Beschäftigten über die zu verhütende Krankheit, über den Nutzen der Impfung und über mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen aufzuklären (im Allgemeinen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge). Unsere Erfahrungen zeigen, dass fast regelmäßig die Hepatitis B-Impfung vorgenommen wird. Es muss aber bedacht werden, dass entsprechend dem Praxisprofil weitere Impfungen nötig sein können.

Anzeigen von Tätigkeiten

Gezielte Tätigkeiten mit Organismen der Risikogruppen 2, 3 und 4 sind dem LAGetSi spätestens 30 Tage vor Aufnahme der Tätigkeit anzuzeigen. Bei nicht gezielten Tätigkeiten ist eine Anzeige erforderlich, wenn Sicherheitsmaßnahmen aus den Schutzstufen 3 und 4 ausgewählt werden.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Hans-Rudi Wolff
LAGetSi, Fachgruppe Arbeitshygiene II / Schutz vor physikalischen und biologischen Noxen
Alt Friedrichsfelde 60, 10315 Berlin

Grundkurs Evidence Based Medicine für Niedergelassene

Von dem Begriff Evidence based medicine (EbM), salopp übersetzt mit „Nutzenabwägung von Therapieentscheidungen für individuelle Patienten auf Basis des aktuell verfügbaren Studienwissens“ haben mittlerweile fast alle Ärzte schon einmal etwas gehört. Das Bundesärztekammer-Curriculum Grundkurs EbM hat jedoch leider bislang nur ein Bruchteil der Kollegen absolviert. Vor allem niedergelassene Ärzte sind unter den Teilnehmern des Grundkurses noch unterrepräsentiert. Viele schreckt offenbar der Zeitaufwand und die Fülle des Stoffs, der im Standardcurriculum präsentiert wird. Dr. Hans Rüdiger Dreykluff, selbst niedergelassener Arzt und überzeugter EbM-Anwender aus Berlin, kennt die Nöte seiner Kollegen. Der Internist hat deshalb im Januar eine Kurzversion des Curriculums organisiert, die vor allem niedergelassene Ärzte (gern natürlich auch klinische Kollegen) ansprechen soll. (Die Red.)

Von Hans Rüdiger Dreykluff

EbM wird in der medizinischen Praxis zunehmend an Bedeutung gewinnen, denn sie macht die ärztliche Entscheidung sicherer und stellt den benennbaren Nutzen für den Patienten in den Mittelpunkt. David Sackett, der mit seiner Arbeitsgruppe die tragenden Merkmale der Methode entwickelt hat, definierte sie als „bewussten, expliziten und abwägenden Gebrauch der gegenwärtig verfügbaren Beweise, um Entscheidungen über die Behandlung individueller Patienten zu treffen“. EbM ist demnach eine Methode, mit deren Hilfe der Nutzen einer bestimmten Therapie für einzelne Patienten rechnerisch

ermittelt und damit letztlich die gesamte Behandlung optimiert werden kann. Wichtigstes Instrument der EbM ist die so genannte „Number needed to treat“ (NNT), die besagt, wieviele Patienten über einen definierten Zeitraum behandelt werden müssen, damit einem von ihnen ein unerwünschtes Ereignis erspart bleibt. Die NNT veran-

schalicht einen Therapienutzen nicht nur für den Arzt sondern auch für seine Patienten sehr plastisch.

Ein kurzes Beispiel

Eine 52-jährige Patientin erhielt nach einem stationären Aufenthalt, wegen einer tiefen Oberschenkel-Beckenthrombose links die Empfehlung, zweimal 7.500 Einheiten Dalteparin pro Tag für mindestens 1 1/2 Jahre zu bekommen. Allerdings war bei dieser Patientin 1997 ein Adeno-Karzinom im linken Oberlappen festgestellt worden, das primär chemotherapiert wurde. 1998 bekam die Patientin einen apoplektischen Insult mit teilreversibler linker Seitenproblematik. Nun stellte sich die Frage: Ist für eine Tumorpatientin eine prophylaktische Antikoagulation sinnvoll und welches Medikament ist geeignet? Eine gezielte Literaturrecherche (Ende 2000) erkannte als bestes Studiendesign eine Kohortenstudie, in der 654 Patienten in 3 Gruppen, davon 137 Karzinompatienten, (prospektiv) verfolgt wurden. Das Ergebnis: Karzinompatienten erleiden trotz Therapie und unabhängig von

Grundkurs Evidence Based Medicine

Wochenendkurs nach dem Curriculum der BÄK und der KBV

- Grundlagen in internetgestützten Literaturrecherchen
- Kritische Aufbereitung der Literatur
- Anwendung in der Patientenversorgung

Freitag, 24. Januar 2003, 13.30 bis 19 Uhr

Samstag, 25. Januar 2003, 8.30 bis 17.45 Uhr

Sonntag, 26. Januar 2003, 9 bis 13 Uhr

Veranstalter: f u b Fortbildung und Beratung
 Wissenschaftliche Leitung: Dr. Hans Rüdiger Dreykluft
 Ort: DRK-Kliniken Westend
 Kosten: 390 €
 Anmeldeunterlagen unter oder per E-Mail: Tel. 833 87 67
 dr.dreykluft@t-online.de

der Therapie eine höhere Rate thrombotischer Komplikationen. Die Rate unter Antikoagulation beträgt circa 7 % und ist damit deutlich niedriger als bei unbehandelten Patienten (aus anderen Studien: 10-40%). Blutungskomplikationen sind in der Kumarin-Gruppe häufiger.

Somit ergibt sich für die Patientin die Empfehlung, dass eine Antikoagulation sinnvoll ist. Statistisch gesehen müssen 8 Patienten für ein halbes Jahr behandelt werden, um einen davon vor der Komplikation zu bewahren (NNT). Dalteparin und Kumarin sind gleich wirksam. Heparin hat weniger Blutungskomplikationen, ist einfacher zu handhaben und ist teurer.

Das Ergebnis überrascht zunächst, ist aber – genau betrachtet – für diese Patientin eine sinnvolle Strategie (man hätte sich schon gewünscht, dass die Klinik die Entscheidungsgrundlage für ihre durchaus richtige Empfehlung mitgeteilt hätte).

Die EbM-Methode bietet sich auch für andere Fragestellungen an.

Wo nützt EbM? Fragestellungen aus der Praxis

- Ein Pharmavertreter kommt in die Praxis und preist mit bewegten Worten ein neues Medikament an. Die Frage nach dem zusätzlichen Nutzen – gemessen an der Standardtherapie – lässt sich mit einem Blick in die entsprechende Literatur (in diesem Falle in aller Regel eine randomisierte kontrollierte Studie) am besten beantworten.
- Ich möchte wissen, welche Sicherheit mir die Durchführung eines Belastungs-EKG bei einem mittelalten männlichen Patienten mit unspezifischen Thoraxbeschwerden gibt. Kann das Ergebnis einer Ergometrie – sei sie nun positiv oder negativ – für meine weiteren Entscheidungen und die entspre-

chenden Gespräche mit dem Patienten hilfreich sein?

- Ein Patient kommt mit einer Therapieempfehlung im Arztbrief aus der stationären Behandlung zurück. Einmal abgesehen davon, dass Generika in vielen Krankenhäusern weder verwendet noch empfohlen werden, ist zum Beispiel die Empfehlung zur Verwendung eines Analog-Insulins budget-schmerzhaft und bedürfte bezüglich des Nutzens für den Patienten eigentlich einer weiteren Begründung.
- Ein Patient, der schon längere Zeit ohne Kenntnis des Hausarztes niedrig dosiertes Aspirin nimmt, fragt nach dem Nutzen dieser Einnahme, da er inzwischen bei einem Nachbarn auch von einem möglichen Schaden (Magenblutung) gehört hat. Eine verantwortungsvolle Beratung dieses Patienten wird von der zu recherchierenden number needed to treat (NNT) ausgehen.

Wenn dies zunächst kompliziert und arbeitsaufwendig klingt, so sei gesagt:

- dass das Handwerkszeug relativ leicht zu erlernen ist, einschließlich der Strategien zur Literaturrecherche im Internet,
- dass es Quellen schon aufbereiteter Evidenz gibt, die man sehr schnell in die Patientenberatung einbeziehen kann und
- dass die gemeinsame Bearbeitung von diesen Fragen durch Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis auch sehr lustvoll sein kann („Journal-Club“).

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Hans Rüdiger Dreykluft
 Obstallee 22a, 13593 Berlin
 dr.dreakluft@t-online.de

Zwei in einem Bett

Sparen, sparen, sparen – man kann das schon nicht mehr hören! Und bisher hat's ja auch nicht viel gebracht. Vielleicht hilft es, wenn wir mal aus dem Brunnen der Vergangenheit schöpfen: aus der Berliner Medizingeschichte.

Noch ein paar Tausend Klinikbetten schließen? Bitte sehr: Wie sich die Zahl der Betten halbieren lässt, nicht aber zugleich die Zahl der stationären Patienten, liest man in einer Publikation von 1730. Johann Theodor Eller, leitender Arzt der nagelneuen Charité, berichtet in „Nützlich und auserlesene Medicinische und Chirurgische Anmerckungen“ stolz, wie gut die armen Kranken dort untergebracht seien. Es hätten „jederzeit zwey Personen ihre besondere Bett-Stelle, in welchen ein guter Stroh-Sack, wollene Decke, Bett-Lacken, Kopf-Küssen und dicke wollene Überdecke“.

Offenbar waren sie aber immer noch nicht alle zufrieden, die „Hospitaliten“ (Pflegeheimbewohner) und die „Lazareth“-Patienten (Akut-Kranke). Denn „viele, aber absonderlich Weibs-Personen haben etwa noch ein schlecht Bette erübrigt oder mitgebracht, und diese bedienen sich auch desselben in einschläfrigen Bettstellen“. Na gute Nacht!

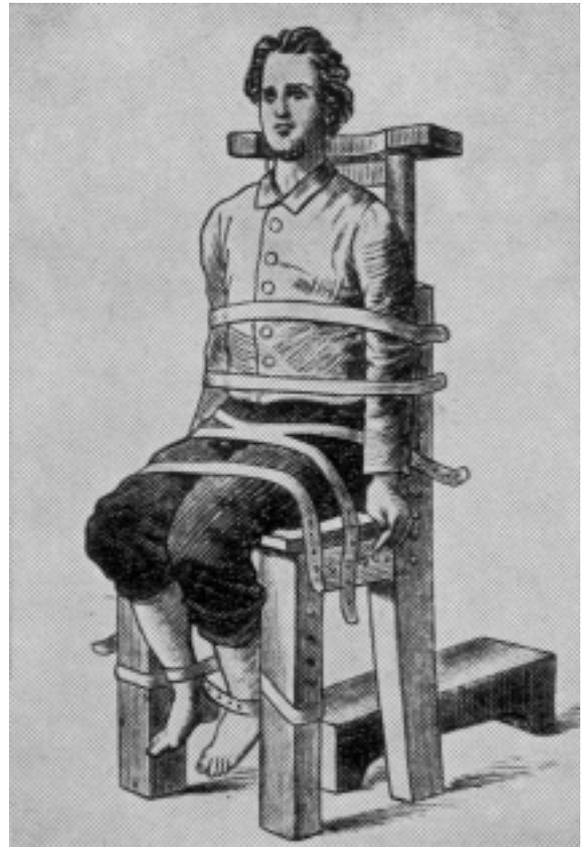
Und am Morgen? Da bekamen sie „ihr ordentliches Frühstück, welches in einem Stücke Brodt mit Salz bestehet“. Nur die Alten und Schwachen erhielten außerdem noch eine warme Biersuppe. Krankenhäuser waren damals Einrichtungen ausschließlich für Arme, und wo ein Kostenträger fehlte, hatten die Genesenen ihre Behandlung hinterher abzarbeiten – auch eine Form der Selbstbeteiligung.

Die Berechtigung zum Empfang eines „Krankenscheins“ und damit zu einem Krankenhausaufenthalt war für jeden kranken Armen in einem komplizierten Verfahren nachzuweisen. Wer etwa glaubt, ausufernde Bürokratie im Gesundheitswesen sei eine „Errungenschaft“ unserer Zeit, der muss sich

durch einen Blick in die Vergangenheit eines anderen belehren lassen. Zum Nachweis der Bedürftigkeit mussten bis zu 35 Formulare ausgefüllt werden, denn die Behörden wollten alles genau nachprüfen können. „So verwundert es kaum, dass sich die Klagen über Arbeitsbelastung häuften“, schreibt Ragnild Münch in ihrem Buch „Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert – Das Berliner Beispiel“.

Anregungen können sich unsere Sparkommissare auch aus der allerjüngsten Medizingeschichte holen: In der DDR hatten Patienten sich gewöhnlich ihre eigenen Handtücher und teils sogar ihr Besteck in die Klinik mitzubringen, weil andere solche begehrten Dinge vorher hatten mitgehen heißen; selbst Krankenhaus-Bettwäsche verschwand immer wieder. (War ja alles Volkseigentum.) Jetzt zieht „der Westen“ nach: In einer Zehlendorfer Grundschule sollten die Kinder ihr Klopapier selber mitbringen. Warum nicht auch im Krankenhaus auf die Bräuche der DDR-Mangelwirtschaft zurückgreifen?

Aber vor allem in der Medizin lässt sich noch ganz viel einsparen, nimmt man nur das Wirtschaftlichkeitsgebot wirklich ernst. Überschreitet zum Beispiel Anästhesie nicht das „Maß des Notwendigen“? Gab's doch früher auch nicht. Dafür schnallte man die Objekte der alten Chirurgie sicher an oder hielt sie ganz, ganz fest – wie auf dem oben abgebildeten Operationsstuhl aus einem Chirurgie-Handbuch von 1876. Und schnell musste es gehen, sehr schnell sogar. Napoleons leitender Feldchirurg, Jean Dominique Larrey, der als Begründer der modernen Kriegschirurgie gilt, soll für eine Oberschenkel-Amputation



nur ein paar Sekunden gebraucht und bis zu zweihundert Operationen pro Tag geschafft haben. Welch gewaltiges Sparpotenzial, denn Zeit ist Geld!

Noch fixer und geübter als die Militärchirurgen scheinen die Scharfrichter dank ihrer Kopf-ab-Routine gewesen zu sein. (Der Scharfrichter von Berlin wurde vom ersten Preußenkönig sogar zum Hof- und Leibmedicus ernannt.) Und die Schäfer mit ihren Kräuterkennntnissen waren beliebte „Internisten“. Aber Schäfer und Scharfrichter sind mehr oder weniger ausgestorben.

Man könnte jedoch die Ärzte mit ihrer teuren und langwierigen Ausbildung wieder durch Bader und Barbieri ersetzen. Jeder Frisiersalon eine Arztpraxis – meine Damen und Herren Gesundheitspolitiker, wäre das nicht die Lösung aller Finanzierungsprobleme? Schon, weil Sie damit das „sozialverträgliche Frühableben“ nachhaltig fördern könnten...

Rosemarie Stein