Neue Hoffnung Ärztetag?

Foto: Räse

Dr. med. Gerhard Andersen

ist Kinderarzt und Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin

In diesem Monat findet in Münster der 110. Deutsche Ärztetag statt. Vor einem halben Jahr sollte der geballte Protest eines Sonderärztetages gegen die geplante „Gesundheitsreform" noch etwas – zumindest die Politiker – zum Guten wenden. Kritiker behaupten, die Politik habe das nicht beeindruckt, Spötter reden von einer außerplanmäßigen Dienstreise für Mandatsträger ohne greifbares Ergebnis für's Volk. Wie dem auch sei, bei genauerer Betrachtung ergeben sich erstaunliche Parallelen zur Situation Anfang der 90er Jahre.

Aus Anlass erfolgloser Protestärztetage bedauerte vor 15 Jahren unser geschätzter Kollege Mariantonius Hofmann in BERLINER ÄRZTE, dass „unter dem Beifall aller im Bundestag vertretenen Parteien" die erste Lesung des Gesundheitsstrukturgesetzes über die Bühne gegangen war und „wir die Möglichkeit der Mitwirkung an der Reform des Gesundheitswesens verloren" hatten.

Als Folge sah er „Eingriffe in die ärztliche Berufsausübung und staatliche Bevormundung ins Haus" stehen, stellte aber bei der Suche nach Fehlern auch in den eigenen Reihen „speziell bei den Standesvertretern" fest: „Sie sind leicht zu finden." Für Mariantonius Hofmann bedeutete dies nicht Resignation, sondern den Hinweis an die Ärzteschaft, „dass die Zerschlagung alter Gegebenheiten die Chance des Neubeginns – allerdings unter erschwerten Bedingungen – beinhaltet. Ziel der Bemühungen muss es sein, die Mitsprache der Ärzteschaft bei Problemen der Gesundheitspolitik wiederzugewinnen". Dieses Ziel ist heute aktuell wie vor 15 Jahren.

Ein Signal in diese Richtung könnte vom 110. Deutschen Ärztetag ausgehen, der sich neben vielen innerärztlichen und für die Bevölkerung wichtigen inhaltlichen Themen zumindest in der Eröffnungsphase auch mit der so genannten Gesundheitsreform befassen wird. Und hier könnte vielleicht schon rein sprachlich ein neuer Ansatz liegen. Wenn (wie so oft) ex cathedra *die* Politik, *die* Ministerialbürokratie, *die* Industrie und wahlweise andere Übel dieser Welt gegeißelt werden, ist das Böse ausgemacht und wir gehören alle zu den Guten.

Nur, bezogen auf das von Mariantonius Hofmann gesetzte Ziel, wird es nicht helfen. Wir müssen ins Gespräch mit den Entscheidungsträgern kommen, auf allen Ebenen. Vielleicht stellt der Ärztetag einfach fest, dass nicht jeder einzelne Politiker oder Mitarbeiter eines Ministeriums Ausgeburt des Bösen ist, sondern dass viele vielleicht durchaus gute Absichten haben? Und diese guten Absichten sollten wir nicht nur – wie geschehen – mit frenetischem Beifall den Oppositionspolitikern zubilligen, wenn sie uns zum Munde reden. Den Beweis der Lauterkeit ihrer Aussagen sind sie uns als Regierung dann nämlich meist schuldig geblieben.

Weder die 250 Delegierten des Ärztetages noch die gewählten Standesvertreter müssten fürchten, dass die 400.000 deutschen Ärzte über sie herfallen würden, wenn der Weg zum Dialog – auch öffentlich – offen gehalten wird. Man kann mit den deutschen Ärztinnen und Ärzten wahrscheinlich offener reden als es mancher glaubt.

Im Grunde weiß doch jeder, die Herrschaft über das Sozialgesetzbuch (und über 140 Milliarden Euro jährlich aus dem Topf der GKV) hat der Bundestag und nicht der Ärztetag. Das könnte man sich anders wünschen, oder auch nicht, es ist jedenfalls so. Und daher müssen wir (möglichst ohne Polemik auf allen Seiten) wieder ins Gespräch kommen. Und wenn wir die besseren Argumente haben, ist keineswegs ausgeschlossen, dass diese sich am Ende auch durchsetzen. Im Übrigen stellte auch hierzu Mariantonius Hofmann treffend fest, dass es „andere Erfolg versprechende Arten der Einflussnahme auf die Entscheidungsträger in der Politik" nicht gibt.

Letzte Worte – berühmt und unbekannt

Letzte Worte: „Tod – ick graule mir nich vor dir“, soll Friedrich Wilhelm I, der Soldatenkönig, gesagt haben. Dann starb er. Und Karl der Große zu seinen Ärzten: „Lasst mich, ich sterbe besser ohne eure Heilmittel.“ Freud und Kafka baten in äußerster Qual um aktive Sterbehilfe. Der 86-jährige Hindenburg fragte seinen Leibarzt Sauerbruch, ob Freund Hein schon im Schloss sei. „Nein, Exzellenz, aber er geht ums Haus herum.“ Der Sterbende las noch eine Viertelstunde in der Bibel und bat dann seinen Arzt: „Und nun sagen Sie Freund Hein, er kann ins Zimmer kommen.“ Letzte Worte vieler Berühmtheiten von A bis Z (Adenauer bis Zwingli) hat Hans Halter zusammengestellt. Und weil er Arzt und Medizinjournalist ist, vermerkt er am Schluss der einleitenden biographischen Miniaturen auch etwas Fachgerechtes über die jeweilige Krankheit zum Tode. Anton Tschechow zum Beispiel, selber Arzt, litt an Tuberkulose. In Badenweiler riet sein Arzt dem fiebernden Todkranken zu einem Glas Champagner – damals ein Signal für die Änderung des Behandlungsziels: Palliation statt Lebensverlängerung. Tschechow verstand: „Ich sterbe.“ Er trank ruhig das Glas leer und sagte: „Ich habe so lange keinen Champagner mehr getrunken.“ Dann, schreibt Halter, „drehte er sich auf die linke Seite, nahm die Hand seiner Frau und schloss die Augen für immer“.

Letzte Worte – heute sterben neun von zehn Menschen ohne sie. Schade, sie passen oft so gut zur Persönlichkeit. (Natürlich sind nicht alle wirklich authentisch, Halter kann aber die Quellen angeben.) Heine, der Ironiker: „Gott wird mir verzeihen – das ist sein Metier.“ Morgenstern, Tb-krankes Genie des Absurden: „Der Husten ist vierdimensional.“ Einstein, dessen letzte Worte den Titel lieferten „Ich habe meine Sache hier getan.“ Schwitters, der Dadaist: „Ewig währt am längsten.“ *R.St.*

Hans Halter: Ich habe meine Sache hier getan. Leben und letzte Worte berühmter Frauen und Männer. Bloomsbery Berlin Verlag, Berlin 2007, 264 Seiten, geb. 16 Euro.

ANZEIGE

Berlin – Lichtenberg

Gesundheitszentrum Möllendorff-Passage

Nutzen Sie konkrete Vorteile für Ihre Praxis:

- Maßgeschneiderte Arztpraxen direkt vom Vermieter, ab monatlicher Grundmiete von € 6,50/m²
- Hoher Publikumsverkehr (auf 33.000 m² ein lebendiges Miteinander von Wohnungen, Büros, Läden und Restaurants)
- Synergieeffekte durch das Nebeneinander verschiedener medizinischer Praxen (u. a. Zahnärzte, Frauenärzte, Innere Medizin, Neurologie, Nephrologie, Onkologie, Chirurgie, Radiologie, Nuklearmedizin, Apotheke)
- Kostenloser Konferenzbereich
- Sehr gute Anbindung mit Straßenbahn und Bus
- 800 Tiefgaragenstellplätze (bis zu 2 Std. kostenlos)

H Tram

Telefon: 030-
55 49 64 15

Bayerische Immobilien Gruppe
Bayerische Bau und Immobilien Gruppe
SCHÖRGHUBER UNTERNEHMENSGRUPPE

DIE OFFIZIELLE ZEITSCHRIFT DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

44. JAHRGANG

BERLINER ÄRZTE

NR 05/2007

TITELTHEMA

Zecken auf dem Vormarsch: Borreliose und FSME im Gepäck

Zecken können Borreliose und Frühsommer-Meningoenzephalitits auf den Menschen übertragen. BERLINER ÄRZTE liefert die aktuellen Informationen des Robert-Koch-Instituts. Aufklärung statt Panikmache.

Von Wiebke Hellenbrand und Gabriele Poggensee **14**

MEINUNG

Neue Hoffnung Ärztetag?
Von Gerhard Andersen **3**

BERLINER ÄRZTE *aktuell* **8**

Krim-Kongo-Fieber: Risiko auch für Türkei-Reisende?
Informationen des Instituts für Tropenmedizin **11**

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Feierliche Verleihung der Georg-Klemperer-Ehrenmedaille
Erstmals hat die Ärztekammer Berlin die Georg-Klemperer-Ehrenmedaille und -nadel an vorbildliche Ärztinnen und Ärzte verliehen. BERLINER ÄRZTE berichtet von der Preisverleihung.
Von Sascha Rudat **24**

Altern in Würde – eine Utopie?
Der Menschenrechtsausschuss der Ärztekammer Berlin hatte zu einer hochkarätig besetzten Podiumsdiskussion eingeladen. Gäste und Publikum diskutierten intensiv über die ärztliche Verantwortung bei der Pflege älterer Menschen.
Von Rosemarie Stein **28**

Das Leiden lindern – nicht das Sterben verlängern
Um nicht weniger als um Sterben und Sterbenlassen ging es beim 34. Symposium für Juristen und Ärzte der Kaiserin-Friedrich-Stiftung.
Von Rosemarie Stein **31**

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen **10**

Fortbildungskalender
Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin **22**

BUCHBESPRECHUNGEN

Halter: Letzte Worte - berühmt und unbekannt **4**

Isermann, Schmoll:
Selbstermutigung. Sinnliche Impulse durch Kunst und Literatur **35**

FEUILLETON

Familienportraits aus dem Kernspintomographen
Das Buch „Diagnose [Kunst]. Die Medizin im Spiegel der zeitgenössischen Kunst“ zeigt wunderbare Beispiele für die Rezeption und kreative Transformation der modernen Medizin und Naturwissenschaft durch die bildende Kunst.
Von Rosemarie Stein **34**

Impressum **42**

ANZEIGEN

Umfrage

„Tagesspiegel" plant zweiten Klinikvergleich

Bereits zum zweiten Mal werden in diesem Monat wieder Berlins niedergelassene Ärzte nach empfehlenswerten Krankenhäusern zur Behandlung bestimmter Krankheitsbilder befragt. Die Ergebnisse der Befragung fließen in den Berliner Klinikvergleich 2007 ein, den der „Tagesspiegel" gemeinsam mit dem Verein Gesundheitsstadt Berlin e.V. im Juni veröffentlichen wird. Im vergan-genen Jahr haben sich über 1150 niedergelassene Mediziner Berlins an dieser Umfrage beteiligt, die von der Ärztekammer Berlin, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlins und zahlreichen Berufsverbänden unterstützt wird. Denn sie soll für Ärzte und Patienten mehr Transparenz in das Leistungsgeschehen der Kliniken bringen. 2007 werden weitere Indikationen berücksichtigt und damit auch Mediziner weiterer Fachrichtungen um ihre Empfehlungen gebeten. Die kurzen Fragebögen mit je zwei Fragen zu einer Indikation sind in diesen Tagen an weit über 4000 Berliner Praxen versandt worden mit der Bitte, diese auszufüllen und portofrei mit dem Praxisstempel versehen an das die Umfrage betreuende wissenschaftliche Institut (Iges) zurückzuschicken.

In der zweiten Maihälfte werden Mitarbeiter des „Tagesspiegel"-Callcenters darüber hinaus auch telefonisch bei den Ärzten um ihre Empfehlungen nachsuchen. Sollten Sie an der Umfrage teilnehmen wollen und keinen Fragebogen erhalten haben, wenden Sie sich bitte per E-Mail an den das Projekt betreuenden „Tagesspiegel"-Redakteur Ingo Bach: ingo.bach@tagesspiegel.de (Bitte beachten Sie, dass einige Fachgruppen, wie HNO- und Kinderärzte, erst in die späteren Ausgaben des Klinikvergleichs einbezogen werden.)

Ingo Bach „Der Tagesspiegel"

Medikamentenabhängigkeit

Neuer Leitfaden der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer warnt vor einem leichtfertigen Umgang mit Medikamenten. „Wir erliegen zu oft der Illusion, dass mit einer Tablette alle möglichen Befindlichkeitsstörungen beseitigt werden können. Dieses unreflektierte Reparaturbedürfnis verhindert eine ursachengerechte Therapie und kann schnell zu einer Gewöhnung, schlimmstenfalls zu einer Abhängigkeit von Medikamenten führen", sagt Dr. med. Astrid Bühren, Vorsitzende des Ausschusses „Sucht und Drogen" der Bundesärztekammer, bei der Vorstellung des Leitfadens „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit". Der in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Fachleuten des Suchthilfesystems sowie Vertretern von Patientenorganisationen erarbeitete Leitfaden soll zu einer frühen Erkennung von suchtgefährdeten Patientinnen und Patienten beitragen.

Der Leitfaden ist im Internet abrufbar: **www.bundesaerztekammer.de**

Psychiatrie

Bodelschwingh Klinik legt Standorte zusammen

Die Friedrich von Bodelschwingh Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in der Landhausstraße 33-35 (Nähe Bundesallee) hat am 26. April ihre Arbeit aufgenommen. Es wurden drei Standorte, die zu den von Bodelschwinghschen Anstalten gehören, zusammengelegt. Damit geht die Schließung von drei Standorten einher: Eibenhof Bettinastraße, GpVA-Eschenallee und Tagesklinik Günzelstraße. Unter der Leitung von Professor Dr. med. Friedel M. Reischies wird neugebaute Klinik vier Stationen mit 100 Betten und eine Tagesklinik mit zwei Plätzen haben. Die Klinik wird am 23. Mai mit einem Festgottesdienst von Bischof Wolfgang Huber eröffnet.

ANZEIGE

♥ SYMPATHISCH
● ZUVERLÄSSIG UND FAIR
▶ ERFOLGREICH

Freuen Sie sich schon auf Ihren ALBIS Praxiscomputer?

ALBIS Berlin Praxiscomputer
... in Berlin-Grunewald: 030 / 80 99 710
... in Hoppegarten b. Berlin: 03342 / 368 430

Tarifvertrag Charité

Ost-West-Angleichung beschlossen

Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) und der Vorstand der Charité haben sich am 31. März auf den Abschluss eines Tarifvertrages für die 2200 Berliner Universitätsärzte geeinigt. „Heute ist ein guter Tag für die Charité und die Hochschulmediziner gleichermaßen“, erklärte der Verhandlungsführer des Marburger Bundes, Lutz Hammerschlag. Der Tarifabschluss stellt laut MB eine ausgewogene Balance zwischen den ökonomischen Interessen der Charité einerseits und der Forderung der Universitätsärzte nach besseren Arbeitsbedingungen andererseits dar. Als positive Errungenschaft hob Hammerschlag die Aufhebung des Ost-West-Unterschiedes bei der Vergütung der Hochschulmediziner hervor. Damit sei in Deutschland erstmalig ein Tarifvertrag unterzeichnet worden, der einer überholten Einordnung in zwei unterschiedliche Vergütungsklassen ein Ende setzt. In den übrigen Universitätskliniken der neuen Bundesländer sei eine entsprechende Ost-West-Angleichung am massiven Widerstand der Arbeitgeber gescheitert. Der Verhandlungsführer der Ärztegewerkschaft zeigte sich zudem darüber erfreut, dass im Tarifvertrag ein eindeutiges Kriterienraster für die Einstufung von Oberärzten festgesetzt werden konnte. Auch der Geschäftsführer des MB-Landesverbandes Berlin/ Brandenburg, Manfred Husmann, zeigte sich über den gefundenen Tarifabschluss erfreut. „Das Gesamtwerk ist ein wichtiger Schritt in der Tarifgeschichte des Verbandes.“ Mit diesem Abschluss konnte bezüglich des Ost-West-Konflikts und der durch etliche Arbeitgeber heraufbeschworenen Oberarztproblematik ein positives Zeichen gesetzt werden. „Es ist zu hoffen, dass diese ungerechtfertigten Streitpunkte in Berlin nun der Vergangenheit angehören werden und die übrigen Arbeitgeber im Bundesgebiet sich am Beispiel der Charité orientieren werden“, erklärte Husmann.

DURST
EXPRESS

Der Lieferservice
von Getränke Hoffmann

...mit der erfrischenden Auswahl für Haus und Büro.

kostenfreie Hotline 0800-440 22 00
kostenfreie Fax-Line 0800-440 33 00
E-Mail info@Durstexpress.de

Bestellungen bis 15.00 Uhr werden am nächsten Tag geliefert! Fordern Sie am besten gleich unsere aktuelle Preisliste an.

Durstexpress ist ein Serviceunternehmen der Getränke Hoffmann GmbH.

ANZEIGE

Beratung für Ärzte

- Steueroptimierung
- Betriebsvergleich
- Praxisgründung/-kauf
- Vermögensplanung/ Altersvorsorge

Steuerberater
Wirtschaftsprüfer

Diplom-Kaufmann Andreas Vollmer
Hannoversche Straße 1
10115 Berlin (Mitte)
Telefon (030) 27 57 67 68
andreas.vollmer@wp-vollmer.de
www.wp-vollmer.de

Impfstoffe

Applikationsart

In einer Studie bei circa 700 Säuglingen im Alter von 2, 3 und 4 Monaten wurde ein Vierfach-Impfstoff oder ein Meningokokkenimpfstoff mit unterschiedlichen Kanülen injiziert. Ein Unterschied im Impfstofftiter oder bei Lokal- und Allgemeinreaktionen war zwischen langen Kanülen unterschiedlicher Stärke (25 mm, 23 G oder 25 G) nicht feststellbar. Dünne kurze Nadeln jedoch (16 mm, 25 G) verursachten signifikant häufiger schwere lokale Reaktionen in den ersten drei Tagen nach der Impfung. Eine Tendenz zu einer geringeren durchschnittlichen Immunantwort war bei dünnen kurzen Injektionsnadeln ebenfalls feststellbar.

Quelle: Brit.med.J. 2006; 333: 571 zitiert nach Dt. Apo.Ztg. 2007; 147: 594

Atorvastatin

Alpträume

Nach einer Mitteilung der AkdÄ traten bei einem 72-jährigen Patienten mit Hypercholesterinämie unter der Gabe von 10mg/d Atorvastatin (Sortis®) jede Nacht extreme Alpträume auf. Sie verschwanden nach Absetzen des Präparates. Bei Reexposition mit Einwilligung des Patienten traten die Alpträume erneut auf, um nach Absetzen wieder zu sistieren. Die Autoren vermuten einen direkten Effekt des Statins oder eine Interaktion mit gleichzeitig eingenommenen Präparaten (Levothyroxin, Amlodipin, Atenolol, Losartan).

Quellen: Dt. Ärztebl. 2007; 104(7): C 382

Anmerkung: Eine Reexposition mit einem für eine UAW möglicherweise ursächlich verantwortlichen Arzneistoff (zu der Patienten verständlicherweise selten zustimmen) und ein darauf folgendes erneutes Auftreten der UAW bei sonst unveränderter Medikation sowie erneutes Verschwinden der UAW beim zweiten Absetzen gilt als beweisend für einen Kausalzusammenhang mit diesem Arzneistoff. Da auch unter der Gabe anderer Statine in seltenen Fällen über Schlaflosigkeit und Alpträume berichtet wurde, kann von einem Gruppeneffekt der Statine ausgegangen werden.

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.

Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf, Tel.: 0211 4302-1589, Fax: -1588, E-Mail: dr. hopf@aekno.de

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 5/2007

ANZEIGE

MedConsult
Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

Praxisverkauf
- Praxiswertermittlung
- Kauf- und Mietvertragsabwicklung
- Vermittlung von Kaufinteressenten
- Unterstützung bei Vertrags-Arztsitzausschreibungen

Praxiskauf
- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungskonzepte

Praxiskooperation
- Job-Sharing Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

Burkhardt Otto
Olaf Steingräber

FAB Investitionsberatung

MedConsult
Wirtschaftsberatung für
medizinische Berufe oHG

Giesebrechtstraße 6 · 10629 Berlin
Tel.: 213 90 95 · Fax: 213 94 94
E-mail: info@fab-invest.de

Krim-Kongo-Fieber: Risiko auch für Türkei-Reisende?

Die weltweit verbreiteten Zecken der Gattung Ixodes können ein breites Spektrum an Infektionskrankheiten auf den Menschen übertragen. Die bekanntesten in Europa durch Zecken übertragenen Erkrankungen sind die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und die Borreliose (siehe hierzu das Schwerpunktthema in diesem Heft).

Darüber hinaus sind Zecken aber auch Vektoren für die Übertragung der Babesiose, Tularämie, Ehrlichiose, zahlreicher Rickettsiosen, zum Beispiel Q-Fieber, und verschiedener hämorrhagischer Fieber. In der Humanmedizin stehen – außer gegen FSME – keine weiteren kommerziell erhältlichen Impfstoffe gegen diese Erkrankungen zur Verfügung. Aus Gründen der inhaltlichen Klarheit sollte daher auf den Begriff „Zecken-Impfung" – irreführendes Synonym für die FSME-Impfung – verzichtet werden.

Eine weitere bedeutende durch Zecken übertragene Infektionskrankheit ist das Krim-Kongo-Hämorrhagische-Fieber (engl.: Crimean-Congo haemorrhagic fever, CCHF). Das CCHF-Virus gehört zu der Familie der Bunyaviridae und wurde erstmals im Jahr 1956 im ehemaligen Belgisch-Kongo (heutige Demokratische Republik Kongo) in Patientenblut nachgewiesen. Eine erste klinische Beschreibung der Erkrankung erfolgte bereits 1944 im Zusammenhang mit einem CCHF-Ausbruch auf der Krim.

Die Hauptverbreitungsgebiete der Erkrankung liegen im Mittleren Osten, in Afrika, aber auch in Südosteuropa. Virusreservoir sind vor allem grassfressende Haus- und Wildtiere wie Ziegen, Rinder, Schafe, Hasen, Kamele, Nashörner. Aber auch zahlreiche andere Tiere wie Hunde, Mäuse und Vögel können als Virusträger fungieren. Die bedeutendsten Vektoren für die Übertragung des CCHF-Virus sind nicht Ixodes-Zecken, sondern Zecken der Gattung Hyalomma, die sich vor allem bei Huftieren finden. Die Inkubationszeit des CCHF nach erfolgtem Zeckenstich ist sehr kurz und liegt meist zwischen 1 und 3 Tagen. Bei Übertragung durch direkten Blutkontakt auch über 5 Tage. Die Erkrankung beginnt abrupt mit hohem Fieber, Schüttelfrost, starken Kopf- und Muskelschmerzen. In schweren Fällen tritt 3 bis 6 Tage nach Krankheitsbeginn eine erhöhte Blutungsneigung auf. Dies zeigt sich mitunter nur in Form von Petechien, jedoch können auch schwere Blutungen im Bereich der Haut und Schleimhäute auftreten. Die Letalität des CCHF wird mit 30 bis 50% angegeben.

Klinisch manifeste Erkrankungen wurden in den letzten Jahren vor allem aus dem Iran, aus Pakistan, Russland und Kasachstan gemeldet. In einigen Ländern wie Frankreich, Portugal, Ägypten und Indien existieren lediglich serologische Hinweise für die Existenz zirkulierender CCHF-Viren. Auch in der Türkei fand sich über mehrere Jahrzehnte lediglich eine serologische Evidenz für das Vorhandensein des Erregers. Erst in den letzten Jahren wurden auch in der Türkei wiederholt CCHF-Ausbrüche beim Menschen beobachtet. Es sind vor allem Gebiete im Nordosten des Landes betroffen. In den Jahren zwischen 2003 und 2005 hat sich die Anzahl der jährlich registrierten Erkrankungen von 150 auf 266 erhöht. Dieser Trend hat sich im Jahr 2006 weiter fortgesetzt: Zwischen 1. Januar und 30. Juni 2006 wurden aus 22 Provinzen der Türkei 323 CCHF-Fälle gemeldet, darunter 11 Todesfälle. Die meisten Erkrankungen fanden sich im nordöstlich gelegenen Kelkit-Tal. Am stärksten betroffen waren die Provinzen Tokat, Sivas, Gümüshane, Amasya, Yozgat und Corum. Die Mehrzahl aller Krankheitsfälle ließ sich auf Zeckenstiche zurückführen. Keinerlei CCHF-Erkrankungen fanden sich jedoch im Bereich der touristisch erschlossenen Regionen der Türkei entlang der Mittelmeerküste. Damit besteht für Touristen allenfalls eine äußerst geringe Gefahr. Bei Aufenthalten in Risikogebieten für CCHF oder für andere durch Zecken übertragene Erkrankungen sollte hingegen auf konsequenten Schutz geachtet werden. Dies gilt vor allem bei Exkursionen in die Natur, besonders im Bereich von Waldesrändern oder beim Wandern durch hohes Gras. Dann sollten in regelmäßigen Abständen Diethyl-Toluamid (DEET)-haltige Repellents auf die Haut aufgetragen werden. Durch das Imprägnieren exponierter Kleidungsstücke mit Permethrin-haltigen Sprays lässt sich der Schutz noch zusätzlich verbessern.

Dr. med. Matthias Günther
Dr. med. Christian Schönfeld
Institut für Tropenmedizin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
www.charite.de/tropenmedizin

ANZEIGE

Ultraschall erleben: SONOLINE Center Berlin

- Termine ganz in Ihrer Nähe
- Neu- und Gebrauchtsysteme
- Direkt vom Hersteller
- Umfangreiche Schulungsangebote
- Attraktive Finanzierungsmodelle

Rohrdamm 85
13629 Berlin
Tel: 030/386 33 548
sonoline-center.med@siemens.com
www.siemens.de/ultraschall

SIEMENS
medical

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

Dr. Manfred Lang, langjähriger Oberarzt an der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin der Charité, ist seit 1. Oktober 2006 Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin im KEH. Sein Vorgänger, **Dr. Reinhard Karrenberg**, wurde in den Ruhestand verabschiedet.

St. Marien-Krankenhaus

Priv.-Doz. Dr. Michael Koeppen, Chefarzt der II. Inneren Abteilung mit dem Schwerpunkt Klinische Geriatrie, geriatrische Frührehabilitation und Altersmedizin, hat zum 31. März 2007 das Krankenhaus verlassen. Oberärztin **Dr. Silvia Froehlich** wird kommissarisch die Leitung übernehmen. Koeppen wird weiterhin außerhalb des Krankenhauses privatärztlich tätig sein.
Dr. Gabriele Illhardt-Lehnert und **Dr. Arnold Laux** leiten seit dem 1. Februar 2007 die Röntgenabteilung als Chefärzte im Kollegialsystem. Zuvor war Dr. Illhardt-Lehnert seit dem 15.09.2002 Oberärztin der Abteilung. Dr. Laux war langjähriger Chefarzt der Röntgenabteilung in der ehemaligen Nervenklinik Spandau. Nach deren Fusion mit dem jetzigen Vivantes Klinikum Spandau war er stellvertretender Klinikdirektor der dortigen Radiologie.

Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Prof. Dr. Dag Moskopp ist seit dem 1. April 2007 neuer Direktor der Klinik für Neurochirurgie. Er war Oberarzt der Klinik für Neurochirurgie im Universitätsklinikum Münster. Prof. Moskopp ist Nachfolger von **Priv.-Doz. Dr. Dieter Kintzel**, der in den Ruhestand wechselt.

Vivantes Klinikum Am Urban

Dr. Roland Raakow wird zum 1. April 2007 neuer Klinikdirektor der Chirurgie- Visceral- und Gefäßchirurgie. Er war zuvor Chefarzt am Ev. Waldkrankenhaus Spandau. Dr. Raakow ist Nachfolger von **Prof. Dr. Uwe Baer**, der in den Ruhestand wechselt.

St. Joseph-Krankenhaus

Dr. Elke Johnen ist seit 1. April 2007 Chefärztin der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Tempelhof. Sie übernimmt die Abteilung von **Dr. Jochen Heinz**, der die Abteilung seit dem Ausscheiden von **Prof. Peter Engelhardt** im Sommer letzten Jahres kommissarisch geleitet hat. **Dr. Johnen** war zuvor Chefärztin des Fachbereichs Unfallchirurgie am Bethel-Krankenhaus in Berlin-Lichterfelde.

Helios Klinikum Berlin-Buch

Prof. Dr. Robert Krempien ist neuer Chefarzt der Strahlentherapeutischen Klinik des HELIOS Klinikums Berlin-Buch. Der 41-jährige Facharzt ist Nachfolger von **PD Dr. med. Roland Jacob**, der sich nach 31-jähriger Tätigkeit als Chefarzt mit 67 Jahren in den den Ruhestand verabschiedet hat. Krempien war zuletzt Oberarzt in den Kliniken für Radioonkologie und Strahlentherapie sowie Leiter der Intraoperativen Strahlentherapie am Universitätsklinikum Heidelberg.

Krankenhaus Bethel Berlin

Seit dem 1. April 2007 ist **Dr. Rüdiger Haase** neuer Chefarzt der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Krankenhauses Bethel Berlin. Er ist Nachfolger von **Dr. Elke Johnen**, die künftig im St. Josef-Krankenhaus tätig ist. **Dr. Haase** war zuvor ärztlicher Leiter der interdisziplinären Rettungsstelle neben der unfallchirurgischen Oberarzttätigkeit am Vivantes-Klinikum Spandau.

Martin-Luther-Krankenhaus

Seit dem 1. November 2006 ist **Prof. Dr. Uwe Ulrich** Chefarzt der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Er ist Nachfolger von **Prof. Dr. E. Kastendieck**, der aus dem Krankenhausbetrieb ausgeschieden und nun privatärztlich tätig ist. Ulrich war zuletzt Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Florence-Nightingale-Krankenhauses der Kaiserswerther Diakonie in Düsseldorf.

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

Qualitätsmanagement

KTQ ist nach Berlin gezogen

Die vormals in Siegburg ansässige Kooperation für Transparenz und Qualtität im Gesundheitswesen (KTQ) ist nach Berlin gezogen. Gesellschafter der KTQ GmbH, die Qualitätszertifikate an Kliniken, Praxen, Reha- und Pflege-Einrichtungen vergibt, sind die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, verschiedene Krankenkassen sowie der Hartmannbund und der Deutsche Pflegerat. Ziel ist ein umfassendes und systematisches Qualitätsmanagement, das einen konkreten Bezug zu den individuellen Abläufen in Kliniken und Praxen hat. Damit sollen die Behandlungsprozesse nachhaltig optimiert werden. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, ist Mitglied der KTQ-Gesellschafterversammlung.

KTQ-GmbH
Garnisonkirchplatz 1
10178 Berlin
Tel.: 030/20 64 386-0
Fax: 030/20 64 386-22
Internet: www.ktq.de

Kultur

Das Lebenswerk von Heinz Trökes

Der Förderverein Kunst der DRK Kliniken Westend unter der Leitung von Professor Dr. Ernst Kraas zeigt derzeit die Ausstellung „Heinz Trökes – Ein Lebenswerk 1913-1997". Trökes hatte seine erste Einzelausstellung 1938 in Berlin, die allerdings von den Nazis verboten wurde. Seine Nachkriegsbilder sind halbsurrealistische Phantasien. Er entwickelte schnell eine ganz eigene Bildsprache. Die Ausstellung ist bis Oktober zu sehen im Casino (2. Stock) im Hochhaus, auf den Stationen 1b und 4a sowie in der Vorhalle der Frauen- und Kinderklinik.

Erweiterte Service-Hotline und Service-Mail

Seit 2. April 2007 bietet die Ärztekammer Berlin ihren Kammermitgliedern einen erweiterten Service für Weiterbildung, Ärztliche Behandlung und Ärztliche Stelle (ÄSQSB) an.

Unter der zentralen Rufnummer 1111 werden alle Ihre Fragen kompetent beantwortet. Ist das im Einzelfall nicht möglich, wird Ihre Anfrage an Spezialisten weitergegeben. Innerhalb von 36 Stunden erhalten Sie eine Antwort.

Sie erreichen uns **montags bis donnerstags in der Zeit von 8.00 bis 18.00 Uhr und freitags von 8.00 bis 13.00 Uhr.**

Zusätzlich bietet Ihnen **die E-Mail-Adresse service@aekb.de** ein Forum für alle anstehenden Fragen.
Wie bei jeder Neuerung können Anfangsschwierigkeiten auftreten. Gern nehmen wir Anregungen und Wünsche entgegen und sind für jeden Hinweis dankbar.

Nationalsozialismus

Charité bietet wieder Ringvorlesung an

Im Sommersemester findet wieder die Ringvorlesung „Die Charité im Nationalsozialismus und der Nürnberger Ärzteprozess 1946/47" statt. Nach der großen Resonanz im letzten Semester hoffen die Verantwortlichen auch in diesem Semester auf zahlreiche Besucher der sechs Veranstaltungen, die am 25. April begonnen haben. Ein zusammenfassendes Buch wird schon im November erscheinen können. Die Verlagsverhandlungen sind laut Charité abgeschlossen.

Den Angaben zufolge ist es wieder gelungen, besonders kompetente auswärtige Forscher zur Thematik aus Freiburg, Heidelberg und Bielefeld für die Vorträge in Berlin zu gewinnen. Neben der Behandlung der Fachdisziplinen Pathologie, der Leitdisziplin der NS-Medizin Rassenhygiene, der Chirurgie (mit der Beteiligung des weltberühmten Ferdinand Sauerbruch) und der Pharmakologie mit den fast einzigen NS-Kritikern Heubner und Krayer in der Hochschullehrerschaft wird in diesem Semester die Charité auch mit dem Verhalten anderer Großforschungseinrichtungen verglichen werden und in einer Podiumsdiskussion unter Beteiligung des Charité-Vorstandsvorsitzenden, Professor Dr. Detlev Ganten, der Frage nachgegangen, „wie die Thematik auch Gegenstand der Lehre, des Erinnerns und Gedenkens werden kann".

Die Charité im Nationalsozialismus und der Nürnberger Ärzteprozess 1946/47
Konzeption und Organisation:
Sabine Schleiermacher und Udo Schagen
Institut für Geschichte der Medizin der Charité,
Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte
Campus Charité Mitte, Schumannstr. 21, 10117 Berlin
Hörsaal der Medizinischen Klinik, Südflügel, Sauerbruchweg 2
mittwochs 14-tägig, 17.30 Uhr

Die nächste Vorlesung findet am 9. Mai statt. Thema ist „Grenzüberschreitungen der Medizin – Vererbungswissenschaft, Rassenhygiene und Geomedizin an der Charité-Chirurgie 1933-1945". Eine Einführung hält Professor Dr. Dr. Ulf Goebel, Direktor des Instituts für Mikrobiologie und Hygiene der Charité.

www.charite.de/medizingeschichte/index.htm

Veranstaltungsreihe zum Thema
„Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Diagnostik und Therapie"

Die Ärztekammer Berlin und das Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) an der Charité - Universitätsmedizin Berlin gestalten derzeit eine Veranstaltungsreihe zum Thema »Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Diagnostik und Therapie".

Schlagzeilen wie ‚Frauen sind nicht einfach kleine Männer' und ‚Frauen sind anders krank' machen deutlich, dass Geschlechterunterschiede auch in der Medizin mehr in das Blickfeld wandern. In der Forschung finden sich viele Hinweise darauf, dass Frauen und Männer nicht grundsätzlich gleich behandelt werden können, denn bei Frauen können Pathophysiologie, Symptome und Verlauf von Krankheiten im Vergleich zu denen der Männer anders sein; Frauen reagieren teilweise unterschiedlich auf Medikamente, und Frauen und Männer gehen ungleich mit sich und ihren Erkrankungen um. Innerhalb der Veranstaltungsreihe beantworten namhafte Referentinnen aus der Sicht der Kardiologie, Unfallmedizin, Allgemeinmedizin, Pharmakologie, Rheumatologie und Psychiatrie die Frage, inwieweit in dem jeweiligen Fachgebiet Geschlechterunterschiede relevant sind.

Termine und Referentinnen der Veranstaltungsreihe

15.05.2007:
UNFALLMEDIZIN: Geschlechtergerechte Versorgung aus der Sicht der Unfallmedizin *(Dr. med. Almut Tempka, Charité-Berlin)*

29.05.2007:
ALLGEMEINMEDIZIN: Unterschiedliche Symptomatiken bei Frauen und Männern und differenzierte Herangehensweise *(Prof. Dr. med. Vittoria Braun, Charité-Berlin)*

12.06.2007:
PHARMAKOLOGIE: Rosa Pillen für Frauen, blaue Pillen für Männer – welche Unterschiede gibt es in der Pharmakotherapie? *(Prof. Dr. med. Petra Thürmann, Universität Witten-Herdecke, Wuppertal)*

26.06.2007:
RHEUMATOLOGIE: Rheumatische Erkrankungen – alles nur Erkrankungen alter Frauen? *(PD Dr. med. Gabriela Riemekasten, Charité-Berlin)*

10.07.2007:
PSYCHIATRIE: Weinerliche Frauen, aggressive Männer? *(Dr. med. Angela Merkl, Charité-Berlin)*

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Zeit: jeweils 18:00-20:00 Uhr

Der Besuch der Veranstaltungen ist kostenlos; eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Jede Veranstaltung ist mit 2 Fortbildungspunkten für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer anerkannt – bitte bringen Sie Ihren Barcode-Aufkleber mit.

Zecken können eine Vielzahl von Infektionskrankheiten auf den Menschen übertragen. In Deutschland sind dies vor allem die Borreliose, die landesweit vorkommt, und die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), die hauptsächlich in Süd- und Ostdeutschland übertragen wird. Weitere durch Zecken übertragene Erkrankungen, wie die Ehrlichiose, die Babesiose oder die Rickettsiosen, können ebenfalls in Deutschland auftreten, wurden bislang jedoch nicht oder nur in Einzelfällen beobachtet (1).

Zecken auf dem Vormarsch:
Borreliose und FSME im Gepäck

Von Wiebke Hellenbrand und Gabriele Poggensee

Überträger der Erreger der Borreliose und der FSME ist die Schildzecke Ixodes ricinus, der „gemeine Holzbock". In so genannten Naturherden zirkulieren die Erreger zwischen den Schildzecken und ihren Wirten, zu denen in Europa am häufigsten Nagetiere, Reh- und Rotwild zählen (Abb. 1). Voraussetzung für das Bestehen des Erregers im Naturherd ist eine hohe Populationsdichte der natürlichen Wirte und eine hohe Zeckendichte. Der Entwicklungszyklus der Zecke dauert ein bis drei Jahre und durchläuft dabei drei Entwicklungsstadien (sechsbeinige Larve, achtbeinige Nymphen und Adulte), von denen jedes eine Blutmahlzeit bei einem Wirbeltier aufnimmt. Während der kalten Jahreszeit sind die Zecken in den oberen Bodenschichten inaktiv. Sie beginnen bei Lufttemperaturen von 7 bis 10 Grad Celsius mit der Wirtssuche, so dass ihre Aktivität normalerweise im März beginnt und im November endet. In dem milden Winter 2006/2007 wurden jedoch in Berlin bis Mitte Januar hinein aktive Zecken nachgewiesen (2). Neben einer genügend hohen Temperatur benötigen Zecken ausreichend feuchte Biotope. Daher begünstigen warme Winter und feuchte Sommer die Zeckenpopulation. Typische Lebensräume für Zecken sind hohes Gras, lichte Wälder, insbesondere Laubwälder und Büsche, in denen sie von Blättern und Zweigen von ihren Wirten abgestreift werden.

DIE LYME-BORRELIOSE

Die Lyme-Borreliose ist weltweit verbreitet und in den gemäßigten Klimazonen die häufigste durch Zecken übertragene Infektionskrankheit. Den Namen erhielt die Erkrankung von der Stadt Lyme im Bundesstaat Connecticut (USA). Dort traten in den 70er Jahren bei Jugendlichen gehäuft Arthritiden auf, die zunächst als juvenile rheumatoide Arthritis diagnostiziert wurden. Ein Viertel der Patienten berichtete vom Auftreten eines Erythema bevor die Gelenkbeschwerden begannen. Da die Fälle besonders im Sommer und Frühherbst auftraten, wurde frühzeitig eine Infektion als Ursache vermutet, bei der der Erreger durch Arthropoden übertragen wird. 1982 konnten Burgdorfer et al. den Erreger isolieren, eine bisher unbekannte Spirochäte der Gattung Borrelia, welche nach dem Entdecker den Namen Borrelia burgdorferi erhielt (3).

Ätiologie

Innerhalb der Spezies Borrelia (B.) burgdorferi sensu lato (im weiteren Sinne, s.l.) gibt es mindestens drei humanpathogene Genospezies: B. burgdorferi sensu stricto (im engeren Sinne, s.s.), B. garinii und B. afzelii. Weltweit unterscheiden sich die Verbreitungsgebiete der verschiedenen Genospezies deutlich. Während in Nordamerika ausschließlich B. burgerdorferi s.s. nachgewiesen wird, treten in Asien überwiegend B. garinii und B. afzelii auf. In Europa sind alle drei Genospezies endemisch.

Klinik

Nach einem Zeckenstich sind in Studien Serokonversionsraten von 20 bis 30% beschrieben worden. Das Risiko einer manifesten Erkrankung liegt zwischen 0,3 und 4%, steigt aber mit der Dauer des Saugaktes (4-6). In einer großen prospektiven, populationsbasierten Studie, die den Raum Würzburg mit etwa 279.000 Einwohnern umfasste (7), fanden sich für die verschiedenen Manifestationen folgende Häufigkeiten: Erythema migrans als einziges Symptom in 89%, eine frühe Neuroborreliose in 3%, ein Lymphozytom in 2%, eine kardiale Beteiligung in <1%, eine Lyme Arthritis in 5% und eine Acrodermatitis in 1%. Die sehr seltene chronische Neuroborreliose wurde bei dieser Studie nicht nachgewiesen.

Als Frühform tritt am häufigsten das lokalisierte Erythema migrans („Wanderröte"), das bei 40 bis 60% der Erkrankten einige Tage oder Wochen nach dem Zeckenstich auf. Es handelt sich um ein scharf abgegrenztes, sich zentrifugal ausbreitendes Erythem, das im Zentrum oft eine Aufhellung aufweist. Daneben können unspezifische Allgemeinsymptome wie Fieber, Myalgien, Kopfschmerzen und Lymphknotenschwellungen vorliegen.

Die frühe Neuroborreliose ist gekennzeichnet durch eine lymphozytäre Meningoradikuloneuritis mit brennenden Nervenschmerzen, die sich nachts verschlimmern können, und zum Teil mit Lähmungserscheinungen. Die Lähmung des Fazialisnerven gilt als Leitsymptom. Während bei Kindern die Neuritis cranialis dominiert, sind es bei Erwachsenen die Radikulitiden der Extremitätennerven (8). Relativ selten manifestiert sich die Frühform als Myo-, Peri- oder Pankarditis. Diese ist gekennzeichnet durch atrioventrikuläre Überleitungsstörungen bis zum kompletten AV-Block.

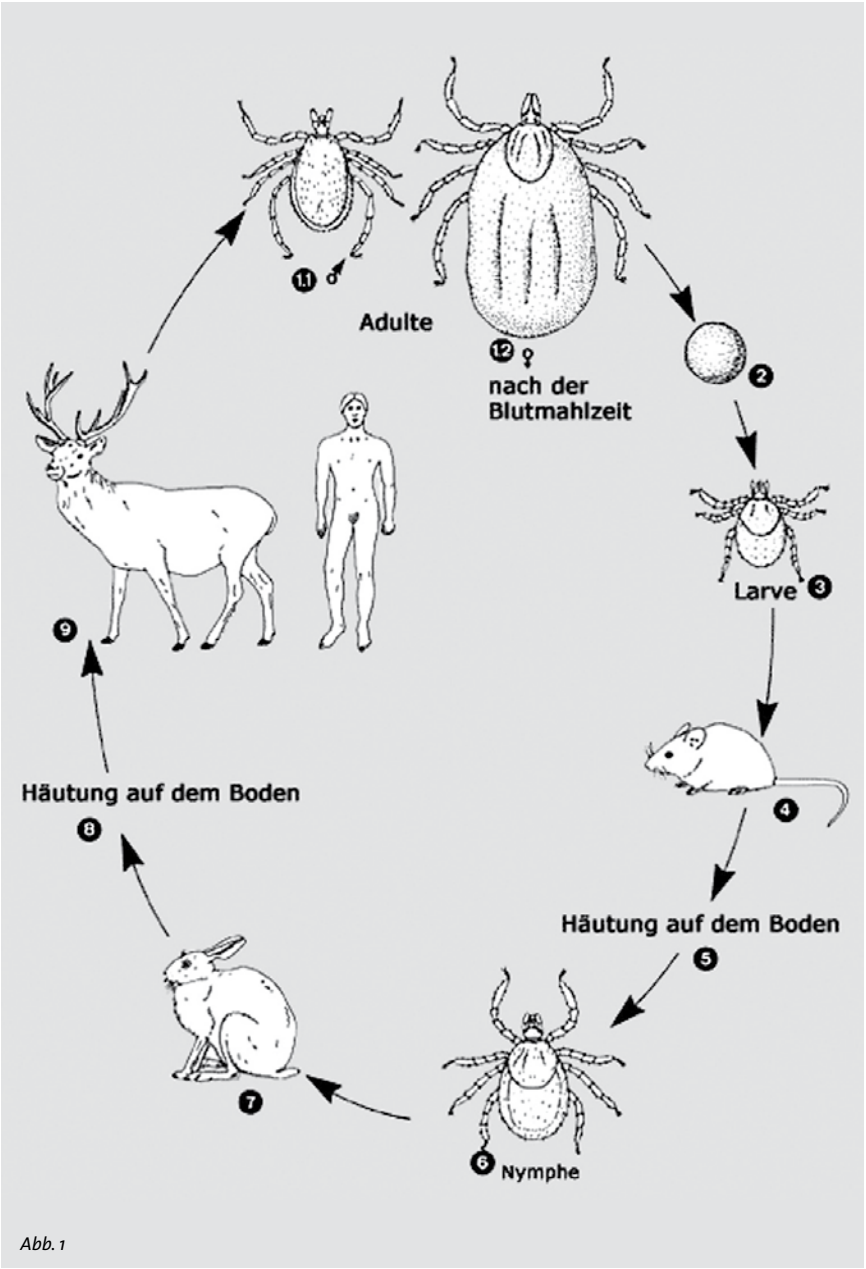


Abb. 1

Als seltene Hautmanifestation gilt die Lymphadenosis cutis benigna (Borrelien-Lymphozytom). Es handelt sich dabei um einen rötlich-lividen Tumor, der bevorzugt an Ohrläppchen (vor allem bei Kindern), Mamillen oder Skrotum auftritt.
Zu den Spätformen der Lyme-Borreliose gehört die Akrodermatitis chronica atrophicans, die Monate oder Jahre nach einem Zeckenstich/ Erythema migrans schleichend und symptomarm einsetzt. Die Akrodermatitis chronica atrophicans wird nahezu ausschließlich in Europa beobachtet. Besonders an den Extremitäten kommt es zu einer Atrophie der Haut („zigarettenpapierartig") mit livider Verfärbung und ausgeprägter Venenzeichnung. Frauen sind häufiger betroffen als Männer und das Durchschnittsalter der Patienten mit Akrodermatitis chronica atrophicans ist deutlich höher im Vergleich zu Patienten mit Erythema migrans. Häufig bestehen Zeichen anderer, früher abgelaufener Organmanifestationen insbesondere Veränderungen an Gelenken oder eine begleitende Polyneuropathie.

Die Lyme-Arthitits ist eine weitere Spätmanifestation, die sich als mono- oder oligoartikuläre chronisch-rezidivierende Gelenkentzündung äußert. Vorwiegend sind Knie- (80% der Arthritiden) und Sprunggelenke betroffen. Eine sehr seltene Spätmanifestation der Lyme-Borreliose ist die chronische Neuroborreliose. Manifestationen sind chronische Myelitis, Meningoenzephalitis, Enzephalopathie, Vaskulopathie und periphere Polyneuropathie. Eine chronische Neuroborreliose kann Monate oder Jahre nach der Infektion auftreten (9).

Die häufigste Form hierbei ist eine Myelitis mit spastisch-ataktischem Gang und Blasenstörung. Die Symptomatik kann sich über Tage oder mehrere Monate entwickeln. Bei einem Teil der Patienten kommt es zur schweren Tetra- oder Paraparese. Bei 60% der Patienten mit Myelitis finden sich zusätzlich Zeichen einer Enzephalitis und bei 40% eine Hirnnervenbeteiligung (10;11).

Das Post-Lyme-Disease-Syndrom ist wahrscheinlich eine nichtinfektiöse Folgeerscheinung einer vor mindestens einem Jahr oder früher durchgemachten akuten antibiotisch behandelten oder spontan verlaufenen Lyme-Borreliose. Es existiert keine Definition des Syndroms und die Pathogenese ist unklar. Das Krankheitsbild ist vielgestaltig mit neurologischer, psychiatrischer und rheumatischer Symptomatik. Die Betroffenen können unter starkem Leidensdruck stehen mit eingeschränkter Lebensqualität bis hin zur frühzeitigen Erwerbsunfähigkeit (10;12).

Diagnose und Therapie

Die Diagnostik basiert auf einer sorgfältigen Anamnese und dem klinischen Bild und wird durch die Labordiagnostik gestützt. Die Serodiagnostik soll nach dem Prinzip der Stufendiagnostik durchgeführt werden, ein positiver ELISA (oder Immunfluoreszenztest) wird durch einen zweiten Test (Immunoblot) bestätigt. Die Neuroborreliose wird durch den Nachweis intrathekal gebildeter Antikörper gegen Borrelien in Liquor/Serum-Paaren diagnostiziert. Ein negativer serologischer oder Liquorbefund – besonders in den frühen Stadien – schließt eine Lyme-Borreliose nicht aus. Das Erythema migrans ist sogar in etwa 50 % der Fälle seronegativ. Andererseits können hohe IgG-Antikörper-Titer nach einer früheren – möglicherweise klinisch inapparenten – Infektion über Jahre persistieren.

Die Therapie ist in der Frühphase am erfolgreichsten. Mittel der Wahl für die Behandlung der Borreliose im frühen Stadium sind gegenwärtig Tetracycline, (z.B. Doxycyclin) oder Amoxycillin. Bei Kindern und Schwangeren ist Doxycyclin kontraindiziert, stattdessen gibt man Amoxicillin oder Cefuroxim. Azithromycin ist eine Alternative bei Unverträglichkeit anderer oraler Medikamente. Bei Neuroborreliose, Karditis und Arthritis werden vor allem Cephalosporine der III. Generation (i.v.-Therapie) empfohlen. Empfehlungen für die Therapiedauer variieren zwischen 2 Wochen (Erythema migrans) und 3–4 Wochen (Spätmanifestationen) (13).

Vorkommen und Verbreitung

In Deutschland liegen Daten zur Krankheitshäufigkeit nur in den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt (Meldepflicht in diesen Ländern seit 1991) und Thüringen (Meldepflicht seit 2001) vor. Im Jahr 2006 wurden in diesen Ländern insgesamt 6.244 Erkrankungsfälle (Erythema migrans oder frühe Neuroborreliose) an das Robert Koch-Institut übermittelt. Seit 2001 steigt die Zahl der gemeldeten Erkrankungen kontinuierlich an. Entsprechend der Zeckenaktivität und dem Freizeitverhalten tritt die Lyme-Borreliose saisonal gehäuft in den Monaten Mai bis Oktober auf mit einem Gipfel in den Monaten Juli und August (Abb. 2a).

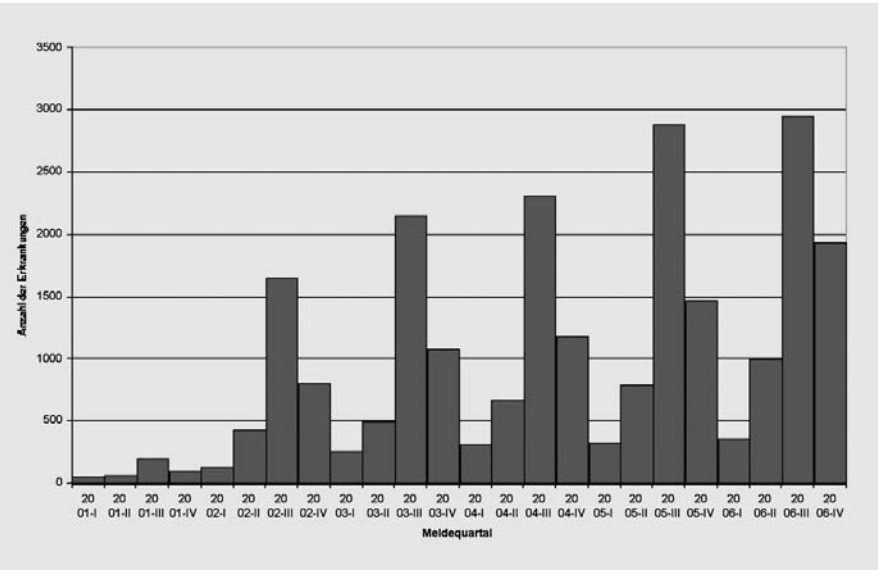


Abb. 2a: Übermittelte Borreliose-Erkrankungen nach Meldequartal, Deutschland (nur meldepflichtig in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt), 2001 bis 2006

Die höchsten Inzidenzen sind bei Kindern (5 bis 9 Jahre) und älteren Erwachsenen (60 bis 69 Jahre) zu sehen (Abb. 3b). Eine Erklärung für diese Altersverteilung könnte unterschiedliches Verhalten, zum Beispiel häufigere Aufenthalte von älteren Erwachsenen in Zeckenbiotopen im Rahmen der Freizeitgestaltung bzw. bei Kindern das Spielen im Freien, sein. Eine Befragung von Kindergartenkindern im Südwesten von Deutschland ergab, dass 27% der Kinder in einem konventionellen Kindergarten und 73% der Kinder in einem so genannten „Waldkindergarten" im Zeitraum von März bis Oktober 2004 mindestens einen Zeckenstich hatten (14).

FRÜHSOMMER-MENINGOENZEPHALITIS

Die FSME ist in Mittel- und Osteuropa sowie Russland und Asien verbreitet. Das FSME-Virus wurde im Jahr 1937 im Osten Russlands als Ätiologie der fernöstlichen Variante der FSME, der Russischen Frühjahr-Sommer-Enzephalitis, entdeckt. Im Jahr 1954 wurde das Virus auch in Österreich isoliert, wo die Saisonalität und klinische Ausprägung der Krankheit bereits 1931 beschrieben wurden (15). In Deutschland wurde das Virus erstmals von Sinnecker im Jahr 1959 isoliert und charakterisiert (16).

Ätiologie

Das FSME-Virus ist ein neurotropes RNA-Virus aus der Familie der Flaviviridae, der weitere humanpathogene Viren wie das Dengue-, das Gelbfieber- sowie das West-Nil-Virus angehören. Neben dem in Deutschland vorkommenden zentraleuropäischen Subtyp gibt es auch einen fernöstlichen und einen sibirischen Subtyp, die im asiatischen Raum vorkommen und dort von der Zecke I. persulcatus übertragen werden. Nach Impfung oder durchgemachter Infektion besteht eine Kreuzimmunität gegen alle drei Subtypen (17).

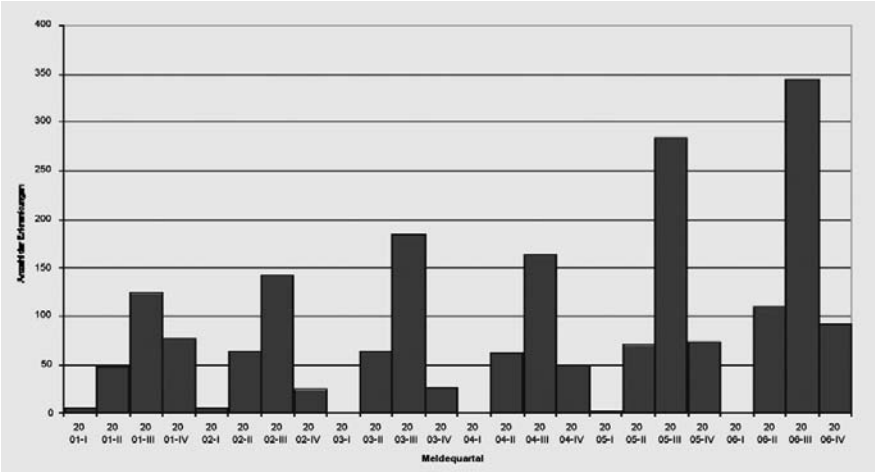


Abb. 2b: Übermittelte FSME-Erkrankungen nach Meldequartal, Deutschland, 2001 bis 2006

Klinik

Bei der FSME wird von einem hohen Anteil subklinischer Infektionen ausgegangen (18). In Deutschland kommt es nach dem Stich einer infizierten Zecke nach einer Inkubationszeit von etwa 7 bis 15 Tagen bei circa 30% der Infizierten zu einer grippalen Symptomatik, mit Fieber, Kopfschmerzen, katarrhalischer und gastrointestinaler Symptomatik. Nur bei etwa einem Drittel (also bei 10% aller Infizierten; das Risiko ist jedoch für ältere Personen höher) entwickelt sich nach vorübergehender Besserung (circa 7 Tage) die voll ausgeprägte ZNS-Symptomatik der klassischen FSME. Diese zweite Krankheitsphase beginnt plötzlich mit hohem Fieber, Übelkeit, Erbrechen und Myalgien; es kommt zu einer Meningitis, Enzephalitis oder Myelitis, auch in Kombination. Das Risiko, in den FSME-Risikogebieten nach einem Zeckenstich zu erkranken liegt schätzungsweise zwischen circa 1:10.000 (Zeckendurchseuchung ca. 0,1%) und 1:300 (Zeckendurchseuchung ca. 3,5%) (19;20).
Kaiser (21-23) hat das Krankheitsspektrum bei 1001 erkrankten Personen (877 >14 Jahre; 124 <15 Jahre) aus Baden-Württemberg beschrieben. Kinder hatten häufiger eine isolierte Meningitis (65%) als Erwachsene (48%), die auch deutlich häufiger (50%) einen schwerwiegenden Krankheitsverlauf hatten als Kinder (25%). Während bei erkrankten Kindern bleibende Schäden nur in Einzelfällen beschrieben werden, kommt es bei Erwachsenen in 30 bis 40% zu länger anhaltenden oder sogar dauerhaften Komplikationen. Häufig sind mehrere Monate andauernde Konzentrationsstörungen, emotionale Labilität und verminderte Stresstoleranz. Dysphasien, Gleichgewichtsstörungen sowie Paresen von

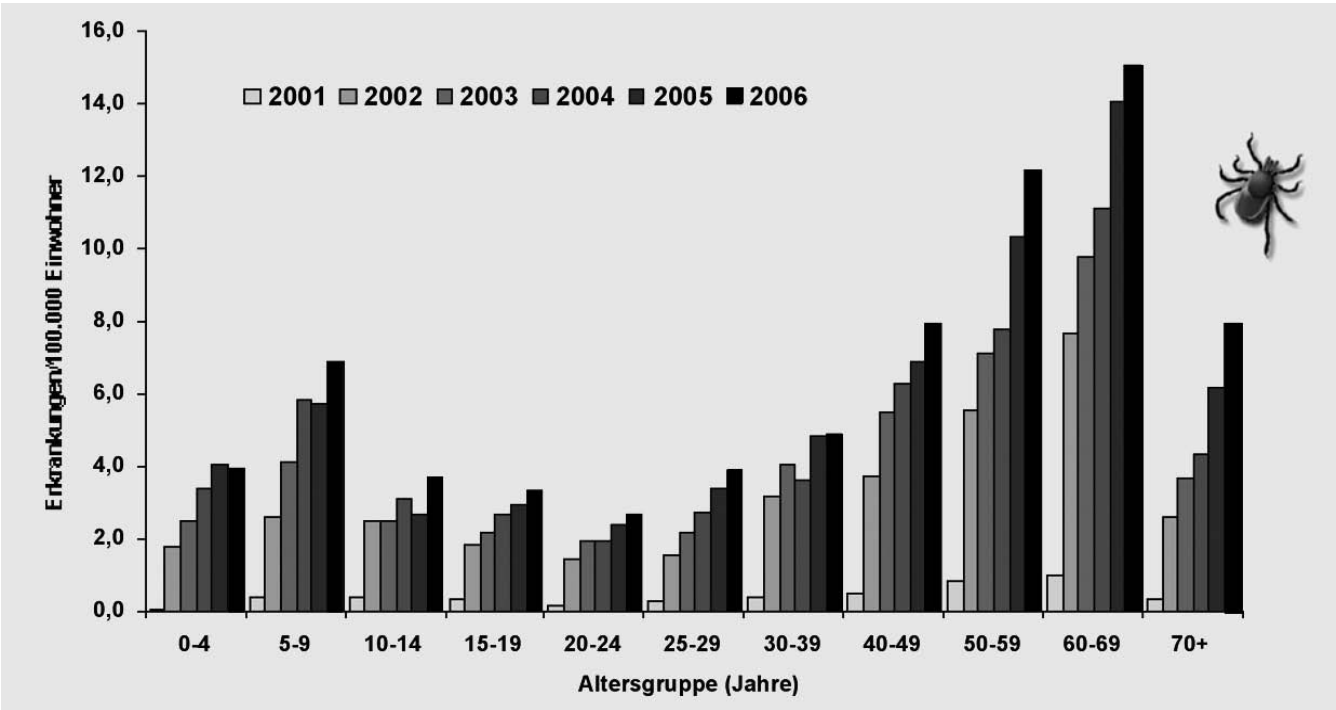


Abbildung 3a: Übermittelte Borreliose-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner nach Alter, Deutschland (nur meldepflichtig in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt), 2001-2006

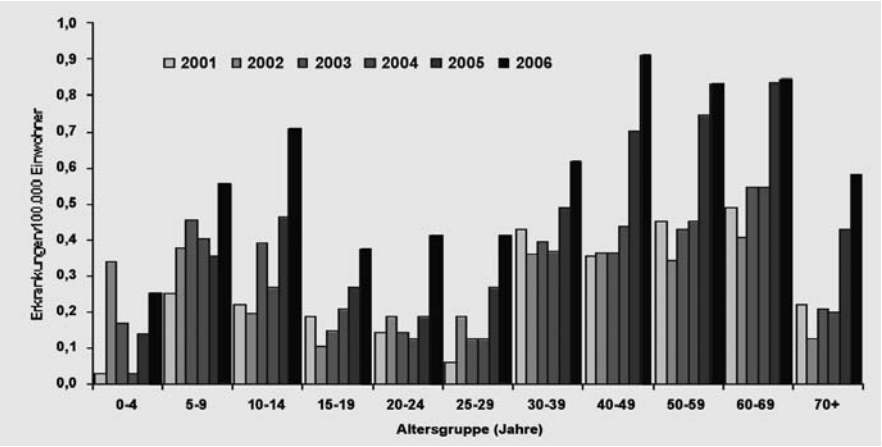


Abbildung 3b: Übermittelte FSME-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner nach Alter, Deutschland, 2001-2006

cranialen und spinalen Nerven bilden sich oftmals nur teilweise oder gar nicht zurück (22-25). Die Letalität infolge einer FSME liegt bei circa 1%. Erkrankungen durch die fernöstlichen oder sibirischen Subtypen gehen mit einem aggressiveren Krankheitsverlauf einher und haben eine Letalität bis zu 40%. (Übersicht [26]).

Diagnose und Therapie

Die Diagnose der FSME beruht auf der klinischen Symptomatik, der Anamnese einer (möglichen) Exposition in einem FSME-endemischen Gebiet, einem entzündlichen Liquorbefund (eine Pleozytose (100-300 Zellen/µl) und einer intrathekalen Antikörper-Synthese (hauptsächlich IgM) (Übersicht [27]). Die spezifische Diagnose beruht in erster Linie auf dem Nachweis FSME-spezifischer IgM und IgG-Antikörpern im Serum oder Liquor. Im Serum sind die Antikörper in der ersten Krankheitsphase oftmals noch negativ, steigen jedoch zu Beginn der zweiten Krankheitsphase beide rasch an. Ein Nukleinsäurenachweis ist ausschließlich in der ersten, virämischen Phase der Erkrankung möglich, jedoch fehlt der Verdacht auf eine FSME in dieser Phase häufig noch.
Die Diagnose kann durch kreuzreaktive Antikörper nach durchgemachten Infektionen mit oder nach Impfungen gegen anderen Flaviviren erschwert werden. In derartigen Fällen sollte der spezifischere Neutralisationstest (NT) durchgeführt werden. Dieser sollte auch zur Bestätigung der Krankheit angewendet werden, wenn sie in einer Gegend diagnostiziert wird, die nicht als endemisch für FSME gilt (28). Bei der Diagnose muss auch berücksichtigt werden, dass IgM-Antikörper nach einer Impfung oder einer früher durchgemachten FSME mehrere Monate persistieren können. In derartigen Fällen ist der Nachweis einer intrathekalen Antikörpersynthese unabdingbar. Eine spezifische Therapie für die FSME gibt es nicht; die unterstützenden Maßnahmen richten sich nach den auftretenden Symptomen. Bei schweren Verläufen ist eine intensivmedizinische Behandlung erforderlich. Bei Auftreten von ZNS-Komplikationen ist häufig eine aufwändige Rehabilitation notwendig.

Vorkommen und Verbreitung

Seit 2001 besteht in Deutschland eine bundesweite Meldepflicht für den direkten oder indirekten Erregernachweis nach §7 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Bei eingegangener Meldung des Erregernachweises ermittelt das Gesundheitsamt weitere Daten zum Fall (unter anderem zur Symptomatik, Zeckenstich und Impfstatus) (29).
In den Jahren 2005 und 2006 fand im Vergleich zu den Jahren 2001 bis 2004, als im Mittel 262 Erkrankungen übermittelt wurden, ein deutlicher Anstieg der Erkrankungszahlen auf 432 beziehungsweise 547 Erkrankungen in den Jahren 2005 und 2006 statt. Die FSME tritt entsprechend der saisonalen Zeckenaktivität vor allem im Frühjahr und Sommer auf, wobei seit 2004 fast genauso viele Erkrankungen im IV. Quartal auftreten wie im II. Quartal (Abb. 2b). Dies könnte an wärmeren Herbsttemperaturen liegen. Die Altersverteilung ist – ähnlich wie bei der Borreliose – zweigipfelig, mit einer erhöhten Inzidenz bei 5- bis 9- und 10- bis 14-jährigen Kindern sowie einer deutlich erhöhten Inzidenz bei den über 40-Jährigen, die erst ab dem Alter von 70 Jahren wieder abnimmt (Abb. 3b).

Der Anstieg der Häufigkeit wird mit Ausnahme von jüngeren Kindern in fast allen Altersgruppen beobachtet. Das männliche Geschlecht ist mit 65% aller Erkrankungen stärker betroffen als das weibliche. Der Anteil der übermittelten Erkrankungen mit der klassischen FSME-Symptomatik, also einer Meningitis, Enzephalitis oder Myelitis, schwankte im Zeitraum 2001 bis 2006 bei Kindern < 15 Jahren zwischen 32% und 58% und bei Personen > 14 Jahren zwischen 40 und 55%.
Die genauen Gründe für den beobachteten Anstieg der Erkrankungszahlen sind nicht bekannt. Vermutlich spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, zum Beispiel zunehmende Freizeitaktivitäten im Freien, klimatische Bedingungen, die möglicherweise in einzelnen Jahren durch wärmere Temperaturen und erhöhte Feuchtigkeit bessere Konditionen für Zecken schaffen, oder Veränderungen der Wirtspopulation. Beispielsweise kann ein Anstieg der Nagerpopulation, wie in den Jahren 2004-2005 in Bayern beobachtet (30), in den ein bis zwei Folgejahren ein Anstieg der Zeckenpopulation zur Folge haben (31). Auch ein erhöhtes Bewusstsein für diese Krankheit seitens Ärzten und Laien kann zu einem Anstieg der gemeldeten Erkrankungen führen.

FSME-Risikogebiete in Deutschland liegen vor allem in Bayern, Baden-Württemberg und Südhessen. Betroffen ist auch der LK Birkenfeld in Rheinland-Pfalz und seit 2001 einige Kreise in Thüringen. Bei Erkrankten mit einem Infektionsort in Deutschland lag dieser in den letzten Jahren bei über 90% in den jeweils aktuellen Risikogebieten (32;33). FSME-Risikogebiete werden jährlich im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht (33). Durch die Anwendung einer neuen auf FSME-Inzidenzen statt auf absoluter Fallzahlen beruhender Definition, die auch die FSME-Inzidenz in den umliegenden Kreisen berücksichtigt, kamen für die aktuelle Karte eine Reihe neuer Risikogebiete hinzu, die jedoch alle inmitten bestehender Risikogebiete liegen oder an diese angrenzen.

In den östlichen Bundesländern war die FSME zwischen den 60er bis Anfang der 80er Jahre endemisch (16;34). Vor allem in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen spielte um 1960 auch die Übertragung durch nicht pasteurisierte Kuh- und Ziegenmilch eine wichtige Rolle. Die Erkrankungszahlen gingen in den 80er Jahren jedoch drastisch zurück, und Zeckenuntersuchungen an verschiedenen Orten im Nordosten Deutschlands erbrachten 1978 zum letzten mal einen positiven Virusnachweis (im Berliner Raum). In Thüringen wurden in den 90er Jahren jedoch weiterhin Einzelfälle erfasst. Auch in Sachsen wurden seit 2002 insgesamt 12 FSME-Erkrankungen in 10 Kreisen registriert; es wurden jedoch bislang keine Kreise als Risikogebiete eingestuft. Serologische Untersuchungen an Nagerwirten in Mecklenburg-Vorpommern (Usedom) ergaben, dass zwischen 1983 und 1989 circa 1% der Tiere noch FSME-Antikörper aufwiesen, so dass eine Reaktivierung dieses Naturherdes für möglich gehalten wurde. In Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg traten ab 2004 erstmals seit vielen Jahren wieder vereinzelt FSME-Erkrankungen auf. Aus Sachsen-Anhalt wurden im Jahr 2004 ebenfalls 2 Erkrankungen übermittelt. Diese Erkrankungen weisen auf die Notwendigkeit hin, auch im Nordosten Deutschlands ein hohes Bewusstsein für die Krankheit zu wahren.

Impfung

In Europa stehen Impfungen gegen die FSME, jedoch nicht die Borreliose zur Verfügung. Die Ständige Impfkommission am RKI empfiehlt die FSME-Impfung für alle Personen, die in FSME-Risikogebieten Zecken exponiert sind sowie Personen, die durch FSME beruflich gefährdet sind (exponiertes Laborpersonal sowie in Risikogebieten zum Beispiel Forstarbeiter und Exponierte in der Landwirtschaft). Die verfügbaren Impfstoffe enthalten inaktivierte FSME-Viren. Für eine Grundimmunisierung werden insgesamt 3 Impfdosen benötigt, wobei ein hoher Anteil der geimpften Personen (>90%) bereits ab 14 bis 28 Tage nach der 2. Dosis einen vorübergehenden Impfschutz hat. Die Impfstoffe sind allgemein sehr gut verträglich. Vor allem bei Kindern werden jedoch häufig fieberhafte Reaktionen beobachtet, besonders im Alter von ein bis drei Jahren und nach der ersten Impfung.
Auffrischungen sollten nach den zugelassenen Schemata wie in den Fachinformationen beschrieben verabreicht werden. Wurde die Grundimmunisierung beendet, besteht auch nach einem längeren als das für die nächste Auffrischung empfohlene Intervall eine Boosterfähigkeit (38-40), so das die These „Jede Impfung zählt“ auch für FSME zutrifft.

Die hohe Zahl der übermittelten FSME-Erkrankungen in den letzten beiden Jahren und die Ergebnisse einer Marktforschungsstudie zum Impfstatus in südlichen Bundesländern sowie Erkenntnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen zeigen, dass der Impfschutz in den FSME-Risikogebieten immer noch unzureichend ist (41).

PRÄVENTION

Zeckenstiche können bedingt durch Schutzmaßnahmen wie das Tragen von heller, geschlossener Kleidung, das Vermeiden von Unterholz und hohen Gräsern und verbleiben auf festen Wegen verhindert werden. Das Applizieren von Repellentien schützt jedoch nur begrenzt über einige Stunden. Bei möglicher Zeckenexposition sollte der Körper häufig nach Zecken abgesucht werden, vor allem an den von Zecken bevorzugten Saugstellen am Kopf und am Hals (Kinder!) sowie unter den Armen, zwischen den Beinen und in den Kniekehlen. Da die Borrelien sich im Darm der Zecken befinden, muss die Zecke längere Zeit saugen, bevor der Erreger übertragen wird, in der Regel erst nach circa 24 Stunden. Entfernt man daher die Zecke frühzeitig, ist das Übertragungsrisiko nur sehr gering. Das FSME-Virus befindet sich dagegen in den Speicheldrüsen der Zecken und wird daher sehr schnell nach Beginn des Saugaktes übertragen. Allerdings hat eine kleinere Studie gezeigt, dass die Erregerkonzentration in Zecken, die bereits am Menschen gesogen hatten, höher war als in Zecken, die keine Blutmahlzeit eingenommen hatten (42), so dass ein schnelles Entfernen der Zecke die übertragene Erregermenge vermindern könnte.

Zur Prävention der FSME steht neben den allgemeinen Maßnahmen zum Schutz vor Zeckenbefall die oben genannte Impfung zur Verfügung. Für Personen, die in die entsprechenden Risikogebiete reisen oder dort wohnen und zeckenexponiert sind, ist dies der effektivste Schutz, über den ausführlich aufgeklärt werden sollte.

Verfasserinnen:

Dr med. Wiebke Hellenbrand
PD Dr. vet.-med. Gabriele Poggensee
Abteilung für Infektionsepidemiologie
Robert Koch-Institut Berlin

Literatur

(1) Holzer BR. Durch Zecken übertragene Erkrankungen. Ther Umsch 2005; 62(11):757-763.

(2) Dautel H, Dippel C, Kämmer D, Werkhaus A, Kahl O. Winter activity of Ixodes ricinus in a Berlin forest area. 2007.

(3) Burgdorfer W, Barbour AG, Hayes SF, Benach JL, Grunwaldt E, Davis JP. Lyme disease - a tick-borne spirochetosis? Science 1982; 216(4552):1317-1319.

(4) Paul H, Gerth H-J, Ackermann R. Infectiousness for humans of Ixodes ricinus containing Borrelia burgdorferi. Zbl Bakt. Hyg. 1986; A263:473-476.

(5) Maiwald M, Oehme R, March O, Petney TN, Kimmig P, Naser K et al. Transmission risk of Borrelia burgdorferi sensu lato from Ixodes ricinus ticks to humans in southwest Germany. Epidemiol Infect 1998; 121(1):103-108.

(6) Süss J, Fingerle V, Hunfeld KP, Schrader C, Wilske B. Durch Zecken übertragene humanpathogene und bisher als apathogen geltende Mikroorganismen in Europa. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2004; 47(5):470-486.

(7) Pfister HW, Einhäupl KM, Wilske B, Preac-Mursic V. Bannwart's syndrome and the enlarged neurological spectrum of arthro podborne borreliosis. Zbl Bakt Hyg 1986; A263:343-347.

(8) Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Leitlinie Neuroborreliose. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2005.

(9) Satz N. Klinik der Lyme-Borreliose. Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber; 2002.

(10) European Union concerted action on Lyme borreliosis. European Union concerted action on Lyme borreliosis. http://meduni09 edis at/eucalb/index htm 2007.

(11) Reimers CD, Trausch B. Neurologische Manifestationen der Borrelia-burgdorferi-Infektionen. In: Horst H, editor. Zeckenborreliose, Lyme-Krankheit bei Mensch und Tier. Balingen: Spitta Verlag; 2003.

(12) Fingerle V, Wilske B. Stadiengerechte Therapie der Lyme-Borreliose. MMW Fortschr. Med 2006; 148(25):39-41.

(13) Weisshaar E, Schaefer A, Scheidt RR, Bruckner T, Apfelbacher CJ, Diepgen TL. Epi-demiology of tick bites and borreliosis in children attending kindergarten or so-called "forest kindergarten" in southwest Germany. J Invest Dermatol 2006; 126(3):584-590.

(14) Kunz C. TBE vaccination and the Austrian experience. S92 2003; 21(1):S50-S55.

(15) Süss J, Sinnecker H, Sinnecker R, Berndt D, Zilske E, Dedek G et al. Epidemiology and ecology of tick-borne encephalitis in the eastern part of Germany between 1960 and 1990 and studies on the dynamics of a natural focus of tick-borne encephalitis. Zentralbl Bakteriol [Orig] 1992; 277:224-235.

(16) Gritsun TS, Lashkevich VA, Gould EA. Tick-borne encephalitis. Antiviral Res 2003; 57(1-2):129-146.

(17) Holbach M, Oehme R. FSME und Lyme-Borreliose. Fortschr Med 2002; 120(IV):113-118.

(18) Süss J, Schrader C, Falk U, Wohanka N. Tick-borne encephalitis (TBE) in Germany Epidemiological data, development of risk areas and virus prevalence in field-collected ticks and in ticks removed from humans. Int J Med Microbiol 2004; 293(Suppl. 37):69-79.

(19) Kaiser R. Tick-borne encephalitis (TBE) in Germany and clinical course of the disease. Int J Med Microbiol 2002; 291(Suppl. 33):58-61.

(20) Kaiser R. Frühsommer-Meningoenzephalitis. Prognose für Kinder und Jugendliche

(21) Kaiser R. Frühsommermeningoenzephalitis im Kindes- und Jugendalter. Eine prospektive Studie über 10 Jahre in Baden-Württemberg und Südhessen. Monatsschr. Kinderheilkd. 2006; 154(11):1111-1115.

(22) Haglund M, Günther G. Tick-borne encephalitis - pathogenesis, clinical course and long-term follow-up. S92 2003; 21:S1-11-S1/18.

(23) Kaiser R. The clinical and epidemiological profile of tick-borne encephalitis in southern Germany 1994-98: A prospective study of 656 patients. Brain 1999; 122(11):2067-2078.

(24) Holzmann H. Diagnosis of tick-borne encephalitis. S92 2003; 21(1):S36-S40.

(25) Hofmann H, Ch.Kunz, Heinz FX, Dippe H. Detectability of IgM antibodies against TBE virus after natural infection and after vaccination. Infection 1983; V11(3):164-166.

(26) Robert Koch-Institut. Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern. Berlin: Robert Koch-Institut; 2007.

(27) Robert Koch-Institut. Gehäuftes Auftreten von klinisch apparenten Hantavirusinfektionen in Niederbayern im Jahr 2004. Epid Bull 2005; 10:84-85.

(28) Nuttall PA, Labuda M. Dynamics of infection in tick vectors and at the tick-host interface. Adv Virus Res 2003; 60:233-272.

(29) Robert Koch-Institut. Risikogebiete der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) in Deutschland. Epid Bull 2006; 17:129-133.

(30) Robert Koch-Institut. Risikogebiete der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) in Deutschland. Epid Bull 2007; 14 (genaues Zitat wird nachgeleifert, da Betirag erst nächste Woche erscheint) .

(31) Süss J. Epidemiologie der Frühsommer-Meningoenzephalitis in Ostdeutschland. ImpfDialog 2004; 1:13-17.

(32) Rendi-Wagner P, Kundi M, Zent O, Banzhoff A, Jaehnig P, Stemberger R et al. Immunogenicity and safety of a booster vaccination against tick-borne encephalitis more than 3 years following the last immunisation. S92 2004; 23(4):427-434.

(33) Rendi-Wagner P, Zent O, Jilg W, Plentz A, Beran J, Kollaritsch H. Persistence of an-tibodies after vaccination against tick-borne encephalitis. Int J Med Microbiol 2006; 296 (Suppl. 1):202-207.

(34) Schöndorf I, Schonfeld C, Nicolay U, Zent O, Banzhoff A. Response to tick-borne encephalitis (TBE) booster vaccination after prolonged time intervals to primary im-munization with the rapid schedule. Int. J. Med. Microbiol 2006; 296(Suppl. 1):208-212.

(38) Rendi-Wagner P, Kundi M, Zent O, Banzhoff A, Jaehnig P, Stemberger R et al. Immunogenicity and safety of a booster vaccination against tick-borne encephalitis more than 3 years following the last immunisation. S92 2004; 23(4):427-434.

(39) Rendi-Wagner P, Zent O, Jilg W, Plentz A, Beran J, Kollaritsch H. Persistence of antibodies after vaccination against tick-borne encephalitis. Int J Med Microbiol 2006; 296(Suppl. 1):202-207.

(40) Schöndorf I, Schonfeld C, Nicolay U, Zent O, Banzhoff A. Response to tick-borne encephalitis (TBE) booster vaccination after prolonged time intervals to primary immunization with the rapid schedule. Int J Med Microbiol 2006; 296(Suppl. 1):208-212.

(41) Robert Koch-Institut. Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME): Untersuchung belegt ungenügenden Impfschutz in den Risikogebieten Deutschlands. Epid Bull 2006; 12:91-93.

(42) Süss J, Schrader C, Falk U, Wohanka N. Tick-borne encephalitis (TBE) in Germany -- Epidemiological data, development of risk areas and virus prevalence in field-collected ticks and in ticks removed from humans. Int J Med Microbiol 2004; 293(Suppl. 37):69-79.

Allgemeiner Hinweis

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die bepunktet wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter **www.aerztekammer-berlin.de (im Kapitel „Fortbildung", „Veranstaltungskalender")** recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu Unterthemen und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Veranstaltungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachbereichen oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen als auch eine an den individuellen Interessensschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
Veranstaltungsreihe, jeweils 18:00 - 20:00 Uhr	**Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Diagnostik und Therapie** Veranstaltungsreihe im Sommersemester 2007 15.05.: Unfallmedizin: Geschlechtergerechte Versorgung aus Sicht der Unfallmedizin 29.05.: Allgemeinmedizin: Unterschiedliche Symptomatiken bei Frauen und Männern und differenzierte Herangehensweise 12.06.: Pharmakologie: Rosa Pillen für Frauen, blaue Pillen für Männer - welche Unterschiede gibt es in der Pharmakotherapie? 26.06.: Rheumatologie: Rheumatische Erkrankungen - alles nur Erkrankungen alter Frauen? 10.07.: Psychiatrie: Weinerliche Frauen, aggressive Männer? (Weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	2 P pro Veranstaltungstermin
Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags; 20:00 - 21:30 Uhr	**Semesterbegleitende Fortbildungsreihe: Innere Medizin/ Allgemeinmedizin; Schwerpunktthema im Sommersemester 2007: Ernährungstherapie versus Pharmakotherapie** 03.05.: Warum ersetzt heute die Pharmakotherapie die Ernährungstherapie? 10.05.: Rheuma: Klinik / Ernährung / Pharmakotherapie 24.05.: Osteoporose - Klinik / Ernährung / Pharmakotherapie 31.05.: Essstörungen - Klinik / Ernährung / Pharmakotherapie 07.06.: Metabolisches Syndrom / Diabetes mellitus Typ 2 - Klinik / Ernährung / Pharmakotherapie 14.06.: Hypertonie - Klinik / Ernährung / Pharmakotherapie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1202 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
Semesterbegleitende Fortbildungsreihe 14-tägig dienstags; **NEU:** **jeweils 19:00 - 20:30 Uhr**	**Interdisziplinäre Fortbildungsreihe der Ärztekammer Berlin** 08.05.: Der Zeckenbiss 22.05.: Wenn Erreger mitfliegen - Reisen in ferne Länder 05.06.: Wenn Arbeit krank macht 19.06.: Sportmedizin 03.07.: Das rote Auge	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1200 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
12.05.2007 15:00 - 18:30 Uhr	Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin **Harninkontinenz - Workshop für Ärzte und Apotheker**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information/Anmeldung: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Anmeldung erforderlich, begrenzte Teilnehmerzahl Gebühr: 50 €	5 P
11. - 13.06.2007	**Grundkurs im Strahlenschutz**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: fobi-aa@aekb.de Gebühr: 230 €	21 P
13. - 15.06.2007	**Spezialkurs im Strahlenshutz bei der Röntgendiagnostik**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: fobi-aa@aekb.de Gebühr: 200 €	17 P
15.06.2007	**Spezialkurs im Strahlenshutz bei CT**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: fobi-aa@aekb.de Gebühr: 50 €	5 P
15.06. - 17.06.2007	**ACLS-Kurs** (advanced cardiac life support) nach den Richtlinien der American Heart Association	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information/Anmeldung: Tel.: 40806-1204 E-Mail: i.hohm@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: 450 €	26 P

22.06. – 24.06.2007 **31.08. – 02.09.2007** **12.10. – 14.10.2007** **23.11. – 25.11.2007** jeweils Freitag bis Sonntag; freitags jeweils 16–19 Uhr, samstags und sonntags jeweils ganztägig	**80-Stunden-Kurs „Spezielle Schmerztherapie" 2007 zum Erwerb der Zusatzbezeichnung** Der Kurs wird in 4 Bausteinen à 20 Unterrichtsstunden angeboten.	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1205 E-Mail: r.raimbault@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: 850 €	80 P
27.08. – 01.09.2007 **08.10. – 13.10.2007** **26.11. – 01.12.2007**	**Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement" nach dem Curriculum der Bundesärztekammer** (s. Textkasten unten)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information/Anmeldung: Tel.: 40806-1400, -1207 E-Mail: QM-Kurs2007@aekb.de	50 P pro Modul
Kursteil 1: 06. – 08.09.2007 **Kursteil 2: 27. – 29.09.2007** (jeweils Donnerstag ab 15 Uhr, Freitag ganztägig, Samstag in der 1. Woche: 9–18 Uhr, Samstag in der 2. Woche: 9–14 Uhr)	**Qualitätsbeauftragter in der Hämotherapie** (40 Stunden-Kurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 (Inhalte) Tel.: 40806-1202 (Anmeldung erf.) E-Mail: fobi-zert@aekb.de Gebühr: 700 €	40 P
Modul I: 30.11./01.12.2007 **Modul II.: 25./26.01.2008** **Modul IV: 22./23.02.2008** **Modul III: 04./05.04.2008** freitags jeweils 15 – 20 Uhr, samstags jeweils 9 – 13 Uhr	**„Grundlagen der medizinischen Begutachtung" in 4 Modulen, basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer** (Weiteres s. Textkasten unten)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: Module I–IV insgesamt 400 € (100 € pro Modul)	10 P pro Modul

Kursangebot der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs *Qualitätsmanagement* der Ärztekammer Berlin nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement" der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Jahr 2007 als Kompaktkurs innerhalb von vier Monaten veranstaltet. Dabei werden alle drei Stufen des Curriculums im Rahmen dieser vier Monate absolviert. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Die Teilnahme am Kurs, zuzüglich einer Prüfung, bildet eine Voraussetzung für den Erwerb der in der neuen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin enthaltenen Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement".
Für eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre und die effektive Beteiligung jedes Einzelnen ist die Teilnehmerzahl auf insgesamt 22 Personen (Ärzte und Angehörige weiterer med. Berufsgruppen) begrenzt. Das methodisch-didaktische Konzept der Veranstaltungsreihe sieht eine Ausrichtung der theoretischen Inhalte auf die praktischen Tätigkeiten und Erfahrungen der Teilnehmer vor. Im Kurs werden wesentliche Kenntnisse über die Instrumente des Qualitätsmanagements, die Steuerungselemente in Gesundheitssystemen sowie über ökonomische Modelle und Theorien und deren wirksame Anwendung vermittelt. Die Teilnehmer werden in die Lage versetzt, die strategische Bedeutung des Faktors Qualität in Gesundheitssystemen einzuschätzen und mit den im Kurs vorgestellten Instrumenten der Qualitätsplanung, Qualitätsregelung, Qualitätsmessung, Qualitätsverbesserung und Qualitätspolitik Projekte im Rahmen der Qualitätssicherung methodisch zu bearbeiten. Aktuell sind noch wenige Kursplätze frei.
In den drei Präsenzphasen findet der Lehrgang jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 14 Uhr statt.

Termine und Inhalte:

27.08.2007 bis 01.09.2007
Inhalte z.B.: Einführung in das Qualitätsmanagement; Gesetzliche Regelungen; Qualitätsmanagement-Instrumente/Zertifizierung; Budgetierung/Controlling; Qualitätsberichte; Projekt-/Veränderungsmanagement

08.10.2007 bis 13.10.2007
Inhalte z.B.: Training zum TQM-Assessor nach EFQM (European Foundation for Quality Management); Gesundheitsökonomie; Externe Qualitätssicherung; Moderations-/Präsentationstechniken; EbM, Leitlinien/Behandlungspfade; Gesundheitsökonomie (I)

26.11.2007 bis 01.12.2007
Inhalte z.B.: Patientensicherheit; Fehlermanagement; Vorstellung erfolgreicher Praxisprojekte, Gesundheitsökonomie (II)¨

Weitere Informationen erhalten Interessenten:
- telefonisch unter Tel.: 40806-1207 (Organisatorisches) und Tel.: 40806-1400 (Inhaltliches) oder
- per E-Mail: QM-Kurs2007@aekb.de

40-Stunden-Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung"

4 Module, basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer

Termine: **Modul I: 30.11./01.12.2007**
Modul II: 25./26.01.2008
Modul IV: 22./23.02.2008
Modul III: 04./05.04.2008
freitags jeweils 15 – 20 Uhr, samstags jeweils 9 – 13 Uhr

Ort: **Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin**

Die Erstellung von medizinischen Gutachten gehört zur ärztlichen Berufsausübung. Beauftragt werden Gutachter von privaten und gesetzlichen Versicherungsträgern sowie Gerichten. Bereits im Rahmen ihrer Weiterbildung sind von Ärztinnen und Ärzten Gutachten anzufertigen.
Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab November 2007 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis das Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung" an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten; die Ergebnisse werden im Plenum zusammengefasst.

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. P. Marx (ehemals Neurologische Klinik, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin)

Bei Teilnahme an allen 4 Modulen wird das Zertifikat „Curriculäre Fortbildung" ausgestellt. Das Zertifikat „Curriculäre Fortbildung" ist ankündigungsfähig.

Auf das Fortbildungszertifikat werden insgesamt 40 Fortbildungspunkte (10 pro Modul) angerechnet.

Die Teilnehmergebühr für die Module I-IV beträgt insgesamt 400,00 € (100,00 € pro Modul).
Weitere Informationen erhalten Sie unter der E-Mail: begutachtung@aekb.de

ANZEIGE

Praxisschilder · Drucksachen · Stempel
Thomas Götze TE-GE · Über 35 Jahre Erfahrung
Kaiser-Friedrich-Str. 5 · 10585 Berlin · Mo – Do 10 – 17 Uhr u. n. Vereinb.
☎ 3 41 10 64 · Fax 3 41 90 25 · goetze-stempel.de

Feierliche Verleihung der Georg-Klemperer-Ehrenmedaille

Kammerpräsident Jonitz: Wiederbelebung alter Tugenden

„Aus der Vergangenheit lernen, um die Zukunft zu gestalten." Mit diesen Worten hat Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz die Intension der erstmals verliehenen Georg-Klemperer-Ehrenmedaille und -nadel zusammengefasst. Die neu geschaffene Auszeichnung für Menschen, die sich um die Patientenversorgung in Berlin und das Ansehen der Ärzteschaft verdient gemacht haben, wurde an Dr. med. Thea Schirop, Andrew Herxheimer MD FRCP und Dr. med. Hans-Herbert Wegener vergeben. Namensgeber der Auszeichnung ist der Berliner Arzt, Forscher, Herausgeber und Hochschullehrer Professor Dr. Georg Klemperer. Anlässlich der feierlichen Verleihung der Medaille am 24. März hatten sich zahlreiche Vertreter aus Medizin, Politik, Verbänden, Hochschulen und der Familie Klemperer in der Ärztekammer Berlin eingefunden.

„Warum brauchen wir überhaupt eine Ehrenmedaille?" – Diese Frage warf Dr. Jonitz zu Beginn des Festaktes auf, um sie sogleich zu beantworten: „Zu einem vorbildlichen Handeln einer Ärztekammer gehört, dass man sich Tugenden bewahrt. Dazu gehört die Tugend, Dank sagen zu können – für besondere Verdienste, für die Patientenversorgung, für die Ärzteschaft. Es geht darum, dass man Vorbilder schafft. Vorbilder, an denen man sich orientieren kann – auch in harten und modernen Zeiten. Zu den Vorbildern zählen der Namensgeber Georg Klemperer wie die drei Preisträger selber."

Diese ärztlichen Tugenden sind die der bedingungslosen Zuwendung zum Patienten, die Neugier auf das Erkennen von Zusammenhängen in der Medizin, auch medizinische Wissenschaft genannt, die Offenheit, Problemen auf neuen Wegen zu begegnen sowie Ärztinnen und Ärzte und alle, die um das Wohl kranker Menschen bemüht sind, zu fördern und am eigenen Wissen teilhaben zu lassen. Georg Klemperer, geboren 1865 als Sohn eines Rabbiners, vereinte all diese Tugenden in besonders vorbildlicher Weise (siehe zum Leben und Wirken Klemperers BERLINER ÄRZTE 03/2007). Er war als Arzt, als Hochschullehrer, als Herausgeber des Standardlehrbuchs „Grundriss der klinischen Diagnostik" und als Förderer neuer Herangehensweisen und Methoden seiner Zeit weit voraus. Über Jahrzehnte hinweg prägte Klemperer als Chefarzt und Leiter das Krankenhaus Moabit. In dieser Zeit wurde das Krankenhaus zu einem Zentrum neuer Ansätze in der Medizin. 1935 musste er aufgrund seiner religiösen Herkunft wie viele andere hervorragende Ärztinnen und Ärzte Deutschland verlassen. 1946 starb Georg Klemperer in den USA.

Fotos: Stiebitz

(v.li.) Andrew Herxheimer, Professor Walter Thimme, Dr. Günther Jonitz

„Die dunklen Kapitel nicht verleugnen"

Die Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Katrin Lompscher, dankte der Kammer für ihre Initiative, die Ehrenmedaille in Gedenken an Georg Klemperer zu verleihen.

„Georg Klemperer ist noch heute ein Vorbild, das trägt. Seine Wirkungsstätte, das Krankenhaus Moabit war medizinhistorisch fast genauso bedeutend wie die Charité", sagte die Senatorin und fügte hinzu: „Berlin bemüht sich, an seine guten Zeiten anzuknüpfen, ohne die dunklen Kapitel zu verleugnen." Mit Georg Klemperer habe man einen Namensgeber gefunden, der außerordentliche Eigenschaften als Arzt, Forscher und Mensch gehabt habe und zugleich auf eine Zeit hinweise, in der Berlin seine besten Geister auf schändliche Weise vertrieben und verfolgt habe. Am Krankenhaus Moabit sei eine neue Art Medizin entstanden, die die spezifischen Problemlagen einer Großstadt aufgegriffen habe. „Es war eine sehr moderne medizinische Auffassung, die Georg Klemperer und seine Kollegen

dort etabliert haben", sagte die Senatorin.

Philosopisch und humorvoll

Eine sehr persönliche Sicht auf Georg Klemperer brachte dessen Enkelin Maria Aweida aus Colorado (USA) ein, die ein Grußwort im Namen der aus aller Welt angereisten Familienmitglieder sprach.

Georg Klemperers Enkelin Maria Aweida.

Sie erinnerte sich an ihn als einen Menschen, der Zeit seines Lebens sehr produktiv war, der viel las und schrieb und sich auch im Alter seine philosophische und humorvolle Sicht auf die Welt bewahrt hatte. Täglich habe Georg Klemperer Briefe geschrieben. Maria Aweida berichtete, dass ihr Großvater keine Hobbies gehabt habe, jedenfalls keine nicht-intellektuellen Hobbies. Dies entwickelte sich erst im Alter, als Klemperer viel spazieren ging und in seinem Blumengarten arbeitete. Klemperers philosophische und humorvolle Weltsicht wurde in einem Beispiel deutlich, von dem Maria Aweida erzählte: Georg Klemperer und sein Sohn Friedi waren in dessen alten Auto unterwegs, das unentwegt rasselte. Als Friedi deswegen die Musik lauter stellte, konnte man nur noch diese hören. Darauf sagte Georg Klemperer: „Oh, fortschreitendes Alter kann durch Schönheit und Freude gebannt werden." Maria Aweida bedankte sich dafür, an diesem besonderen Tag ihren Großvater mit den Gästen der Preisverleihung teilen zu dürfen.

Eine andere Art Medizin

Dr. med. Christian Pross (Mitbegründer des Berliner Zentrums für Folteropfer und Autor des Buches „nicht misshandeln" über das Krankenhaus Moabit) machte in seinem sehr persönlichen Vortrag auf den enormen Verlust an medizinischem Wissen, Toleranz und Menschlichkeit durch die Vertreibung und Verfolgung zahlreicher Ärztinnen und Ärzte während der NS-Regimes aufmerksam. Pross berichtete davon, wie er anfing, sich mit den jüdischen Ärztinnen und Ärzten des Krankenhauses Moabit zu beschäftigten. Er erzählte, dass er zu Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit von zahlreichen Ärzten umgeben gewesen sei, die mit dem NS-Regime verschrickt gewesen waren. Als er dann im Rahmen seiner Recherchen die ehemaligen jüdischen Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses in den USA, in Frankreich und in Israel persönlich aufgesucht hatte, „war das eine Offenbarung für mich. Die Kollegen, die mir dort begegneten, waren tolerante, liberale und aufgeklärte Weltbürger, Respräsentanten einer Periode enormer geistiger, künstlerischer und wissenschaftlicher und sozialrefomerischer Kreativität in der späteren Kaiserzeit und der Weimarer Republik. Hier kam ich in Berührung mit einer Kultur, derer sich Deutschland in einem barbarischen Akt der Selbstzerstörung entledigt hatte." So sei diese Spurensuche für ihn zu einer Suche nach Vorbildern für eine menschliche und soziale Medizin geworden. Dabei sei er auf Georg Klemper gestoßen, zu dem Pross sagte: „Die Begabung eines Chefarztes zeigt sich in seiner Fähigkeit, Talente um sich zu sammeln, ihnen einen Rahmen zu bieten, in dem sie frei und unorthodox denken und ihr kreatives Potenzial entfalten können." Das sei Georg Klemperer in ganz ungewöhnlicher Weise im Krankenhaus Moabit als ärztlicher Direktor gelungen. Unter seiner Ägide wurde das Haus zu einem einzigartigen Zentrum und Sammelpunkt von Pionieren der Wissenschaft, Vordenkern und kreativen Außenseitern.

Dr. Christian Pross

Ärzte als Vorbilder

Preisträgerin Dr. med. Thea Schirop wurde von Laudator Dr. med. Rudolf Fitzner (Vorstandsmitglied der Kammer) als aufrechte, beharrliche und engagierte Streiterin für ärztliche Belange geehrt. Sie habe sich in hohem Maße um die Patientenversorgung in Berlin verdient gemacht. Neben der Intensivmedizin „hängt ein großer Teil ihres Herzens an der Ernährungsmedizin", sagte Fitzner. Von 1975 bis 2001 kümmerte sie sich als stellvertretende ärztliche Leiterin um die Ausbildungsbereiche Krankheits-

Die Preisträger: Dr. Thea Schirop, Andrew Herxheimer MD FRCP, Dr. Hans-Herbert Wegener, v.l.n.r.

lehre und Ernährungsmedizin an der Diätschule am Klinikum Westend. Ihrem Engagement verdanke Berlin als eines von zwei Bundesländern eine Zusatzweiterbildung Ernährungsmedizin. Seit 2001 ist sie Vorsitzende der Berliner Diabetesgesellschaft, seit 2005 Vorsitzende der Norddeutschen Diabetesgesellschaft. „Ein weiterer Teil ihres Herzens hängt an der ständigen Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung", fügte Fitzner hinzu und hob zudem ihre Verdienste in mehreren ehrenamtlichen Gremien der Kammer hervor.

„In unserem Berufsbild Arzt hat wohl nicht mehr alles den Stellenwert wie früher", sagte die Geehrte zum ärztlichen Selbstverständnis: „Ökonomie und Medizin passen einfach nicht zusammen. Wir müssen wieder lernen, dass der Patient die erste Rolle spielt." Man habe auch eine Verpflichtung gegenüber den jüngeren Kollegen, damit diese nicht abwanderten. „Alte Werte könnten an dieser Stelle wieder greifen", ergänzte Thea Schirop.

Auf die besonderen Verdienste des Dermatologen und Pharmakologen Andrew Herxheimer für eine unabhängige Arzneimittelinformation in Deutschland, Großbritannien und der Welt machte Professor Dr. med. Walter Thimme, einer der Herausgeber des „Arzneimittelbriefes", aufmerksam. „Andrew Herxheimer und Georg Klemperer hätten sich gut verstanden", unterstrich Professor Thimme. „Andrew kann jeden überzeugen – durch seine Argumente und durch sein Lächeln." Der in Berlin geborene Herxheimer hatte 1962 in London das weltweit erste unabhängige Arzneimittelinformationsblatt „Drugs and Therapeutics Bulletin" gegründet, das er bis 1992 herausgab. Sein Vater Herbert, der 1957 den Lehrstuhl für Innere Medizin mit Schwerpunkt Allergieforschung an der Charité übernommen hatte, brachte die Idee einer unabhängigen Arzneimittelinformation dann nach Berlin, wo er in den 60er Jahren den „Arzneimittelbrief" gründete (irrtümlich hatten wir in BERLINER ÄRZTE 03/2007 berichtet, dass Herbert Herxheimer auch das „arznei-telegramm" gegründet habe. Dies ist nicht korrekt.) Die Idee, dass internationale Allianzen für eine unabhängige Arzneimittelinformation im Sinne der Patienten notwendig seien, prägte Andrew Herxheimer früh. Zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Informationen rief er deshalb 1986 die internationale Gesellschaft der unabhängigen Arzneimittelzeitschriften (International Society of Drug Bulletins, ISDB) ins Leben.

Dr. Jonitz ehrte den Pathologen Dr. med. Hans-Herbert Wegener als einen unbeugsamen und couragierten Kämpfer für die Rechte von Ärzten. Wegener habe als ärztlicher Leiter des Krankenhauses Moabit wichtige Weichen bei der baulichen und strukturellen Aufstellung

der Klinik gestellt. Jonitz ging darüber hinaus auf Wegeners jahrzehntelange Tätigkeit als Delegierter der Ärztekammer Berlin ein. Er habe dabei immer versucht, Konsens über Partei- und Listengrenzen hinaus zu erreichen, sagte der Kammerpräsident. Dieses verbindende Element habe Wegener auch bei der Gründung der Deutsch-Baltischen Ärztegesellschaft geleitet, mit der er bis heute Hervorragendes für die die Völkerverständigung geleistet habe.

Dr. Wegener brachte in seiner Rede seine Bitterkeit über die Schließung des Krankenhauses Moabit, dessen ärztlicher Direktor er bis zur Schließung im Jahr 2001 war, zum Ausdruck. Zugleich äußerte er seine große Freude darüber, dass die Auszeichnung der Kammer nach seinem Vorgänger Georg Klemperer benannt wurde.

Sascha Rudat

Die Georg-Klemperer-Medaille und -Ehrennadel

Stellenwechsel? Umzug? Neuer Name?

Ändert sich Ihre Adresse, Ihr Arbeitgeber oder Ihre Tätigkeit? Dann schicken Sie bitte dieses Formular ausgefüllt an:

Ärztekammer Berlin
– Meldestelle –
Friedrichstraße 16
10969 Berlin

Name, Vorname: .....

NEUE DIENSTANSCHRIFT:

Bezeichnung der Dienststelle: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: .....

Genaue Dienstbezeichnung: .....

Namensänderung: .....

Promotion / Habilitation am: .....

NEUE PRIVATANSCHRIFT:

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: .....

Altern in Würde – eine Utopie?

Auch Ärzte tragen Verantwortung

Der größte Saal im Haus der Ärztekammer Berlin quoll über. Die menschenunwürdige Lage vieler alter, pflegebedürftiger Patienten lässt nun auch immer mehr Ärzte über Abhilfe nachdenken, vielleicht auch im Blick auf das eigene Alter. Wir haben die sehr offen und emotional geführte Podiums- und Publikumsdiskussion so gut es ging hier für Sie aufgezeichnet.

Foto: Piotter

Notfallaufnahme. Auf der Trage bringen Feuerwehrleute eine total ausgetrocknete, streng riechende alte Frau. Und so wird sie empfangen: „Ach nee, Jungs, was bringt ihr uns da jetzt wieder für einen Schrott!“ Erlebt hat dies der Unfallchirurg Werner Wyrwich, der als Mitglied des Kammervorstands die Diskussion einleitete: „Sie wollen sterben und wir lassen sie nicht. Sie quälen uns und wir quälen sie. Lassen Sie uns daran mitarbeiten, dass Altern in Würde keine Utopie ist!“

Die Aufgabe ist gigantisch. Moderator Sascha Rudat (verantwortlich für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Kammer) verwies auf die tags zuvor bekannt gegebenen Ergebnisse einer Emnid-Umfrage: Es gibt nicht nur die von der Pflegeversicherung registrierten 2,3 Millionen Pflegebedürftigen, sondern etwa doppelt so viele. 71 Prozent werden zu Hause versorgt – eine immense Leistung, denn von ihnen braucht jeder fünfte eine 24-Stunden-Pflege. 65 Prozent der Angehörigen fühlen sich alleingelassen. 43 Prozent der befragten nicht pflegenden über Fünfzigjährigen sind unzufrieden mit der Situation der Pflegebedürftigen in Deutschland.

Paradigmenwechsel in der Versorgung nötig!

„Was können Ärzte tun, um die Lage zu verbessern?“ fragte Rudat in die Runde, und er musste das öfters wiederholen, um die Teilnehmer am Thema zu halten, wenn sie sich zu weit davon entfernten. Sofort zur Sache kam Michael de Ridder (Leitender Arzt der Rettungsstelle im Vivantes-Klinikum Am Urban), denn er konnte seinen Artikel in BERLINER ÄRZTE (Heft 3/07, S. 30-33: „Der alltägliche Skandal – Pflegebedürftigkeit in Berlin, Realität und Perspektiven“) als bekannt voraussetzen. Drei Punkte stellte er jetzt ins Zentrum:

Pflegemängel sind keineswegs die Ausnahme, vielmehr wurden strukturelle menschenrechtliche Defizite vom Deutschen Institut für Menschenrechte festgestellt. „Wer wirklich hinsieht, kann daran nicht zweifeln“, sagte de Ridder. Pflegebedürftige brauchen auch eine gute ärztliche Versorgung und Zuwendung. Aber „von vielen Kollegen wird Pflege eher stiefmütterlich behandelt“ – wie auch von der Gesundheitspolitik. Was de Ridder fordert, ist eine neue Balance der – zur Zeit übermächtigen – Akutmedizin auf der einen und der pflegerischen und palliativen Versorgung auf der anderen Seite. Angesichts der noch immer zunehmenden Dominanz von Altersgebrechlichkeit und chronischer Krankheit sowie der prekären Ressourcenlage scheint dieser Paradigmenwechsel unerlässlich.* Schon das Sachverständigenrats-Gutachten von 2002 habe festgestellt, dass schätzungsweise 20 Prozent der Mittel nutzlos verschwendet werden. Diese etwa 50 Milliarden Euro würden für die Versorgung der alten chronisch Kranken und Gebrechlichen dringend gebraucht.

Die Notwendigkeit der psychosozialen Zuwendung des Arztes unterstrich die hausärztliche Internistin Thea Jordan, Mitglied des Menschenrechtsausschusses der Kammer, der zusammen mit dem Geriatrie-Ausschuss diesen Diskussionsabend verantwortete. Sie wies auf die oft übersehenen, aber häufigen Depressionen alter Heimbewohner hin – Reaktion auf den abrupten Verlust der

* *Weniger „cure“ und mehr „care“ – das postulierte der britische Sozialmediziner Thomas McKeown bereits 1976 in seinem viel zu wenig beachteten Buch „The role of medicine“. – Auf deutsch: Die Bedeutung der Medizin: Edition Suhrkamp, Frankfurt/Main 1982.*

gesamten Biographie und die totale Abhängigkeit von Fremden, auf Immobilität und Einsamkeit.

Und wenn Sie selbst zum „Pflegefall“ werden?

„Auch Ärzte werden alt – Sie haben eine hohe Wahrscheinlichkeit, selbst ein geriatrischer Patient zu werden“, gab Claus Köppel, Geriatrie-Chef im Wenckebach-Klinikum, den Kollegen zu bedenken. Gerade Ärzte seien Meister im Verdrängen der Tatsache, dass auch das eigene Leben endlich ist. Daher die verbreitete Abneigung, in der Geriatrie zu arbeiten? Oder wegen fehlender Erfolgserlebnisse? Stimmt nicht, sagte Köppel: Wenn man es schafft, die verbliebenen Ressourcen der alten Multimorbiden zu aktivieren und die Funktionalität zu verbessern, hat man sehr dankbare Patienten.
Funktionserhaltung ist eine wichtige ärztliche Aufgabe. Aber Ärzte legen im Gegenteil vielfach die noch vorhandenen Funktionen lahm. Wie de Ridder kritisierte, verordnen sie sehr oft ohne medizinische Indikation Blasenkatheter, Magensonden oder Sedativa, nur weil die Pflegenden dadurch Arbeit sparen – statt öffentlich gegen die Unterbesetzung und auch gegen die Unterfinanzierung der Pflege und der ärztlichen Hausbesuche zu protestieren und auf Abhilfe zu dringen.

Durch kabarettreife satirische Statements aufgemischt wurde das anfangs allzu einige Podium von Claus Fussek (Vereinigung Integrationsförderung), pflegeerfahrener Münchner Sozialpädagoge und Autor des Buches „Alt und abgeschoben“. Ein Windelhöschen schwenkend, drohte er, niemand dürfe in den nächsten zweieinhalb Stunden den Saal verlassen – wie in Heimen mit festen Toilettenterminen. Dann erwähnte er die erregte öffentliche Diskussion über die nicht artgerechte Haltung von Bären. „Was wäre in der Presse los gewesen, hätte man Bruno fixiert?“ Allein in Bayern würden 22.000 pflegebedürftige Menschen fixiert. „Was Amnesty International Folter nennt, das nennen wir Pflegemängel.“ Aber es habe nicht einmal einen Aufschrei gegeben, als das Gutachten des Menschenrechtsinstituts veröffentlicht wurde.

Der alte Großvater und der Enkel

Es war einmal ein steinalter Mann, dem waren die Augen trüb geworden, die Ohren taub und die Knie zitterten ihm. Wenn er nun bei Tische saß und den Löffel kaum halten konnte, schüttete er Suppe auf das Tischtuch und es floss ihm auch etwas wieder aus dem Mund. Sein Sohn und dessen Frau ekelten sich davor, und deswegen musste sich der alte Großvater endlich hinter den Ofen in die Ecke setzen, und sie gaben ihm sein Essen in ein irdenes Schüsselchen und noch dazu nicht einmal satt; da sah er betrübt nach dem Tisch und die Augen wurden ihm nass. Einmal auch konnten seine zitterigen Hände das Schüsselchen nicht festhalten, es fiel zur Erde und zerbrach. Die junge Frau schalt, er sagte aber nichts und seufzte nur. Da kaufte sie ihm ein hölzernes Schüsselchen für ein paar Heller, daraus musste er dann essen.

Wie sie da so sitzen, so trägt der kleine Enkel von vier Jahren auf der Erde kleine Brettlein zusammen. „Was machst du da?“ fragte der Vater. „Ich mache ein Tröglein“, antwortete das Kind, „daraus sollen Vater und Mutter essen, wenn ich groß bin.“ Da sahen sich Mann und Frau eine Weile an, fingen endlich an zu weinen, holten alsofort den alten Großvater an den Tisch und ließen ihn von nun an immer mitessen, sagten auch nichts, wenn er ein wenig verschüttete.“

(Aus Grimms Märchen)

Wir wollen es nicht wissen

Wir wollen das Ausmaß der Pflegedefizite nicht sehen. Selbst die beruflich Betroffenen spielen es offenbar herunter. Mehrere Anzeichen dafür machte die Podiumsdiskussion deutlich: Die übertriebene, viel Pflegezeit verschlingende Dokumentation wird oft gefälscht, das heißt, die Situation erscheint zu positiv. Die Vorsitzende des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe, Landesverband Berlin-Brandenburg e.V. des DBfK, Gertrud Hergenhahn, räumte ein, dass dies Betrug ist – womit die Pflegenden sich selbst und den ihnen Anvertrauten schaden, weil scheinbar kein Handlungsbedarf besteht.

Ein anderer Betrug: Kontrollbesuche des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) werden vorher angekündigt, so dass die Besucher nie das wahre Ausmaß der Pflegedefizite sehen. Michael de Ridder verwies auf die Diskrepanz zwischen der 2004 veröffentlichten MDK-Studie zur Qualität der Pflege in Deutschland und allen anderen Berichten zum Thema. Der MDK beurteilt 90 Prozent der Pflege als angemessen. Nach Mitteilung von Martina Wilcke-Kros (Referentin für externe Qualitätssicherung in der Pflege beim MDK Berlin-Brandenburg) beruht aber das erwähnte (höchst kritische) Gutachten des Menschenrechtsinstituts auf den Daten der MDK-Studie. „Werden diese schwerwiegenden Diskrepanzen verwischt, weil das Ergebnis sonst auf den MDK zurückfällt?“ fragte de Ridder. Der Widerspruch blieb ungeklärt.

ANZEIGE

ARZT- UND MEDIZINRECHT

Dr. Marc Christoph Baumgart
Rechtsanwalt

Kurfürstendamm 42
10719 Berlin
Tel. 88 62 49 00
Fax: 88 62 49 02
www.ra-baumgart.de
m.c.baumgart@t-online.de

Die skandalöse Situation vieler pflegebedürftiger Patienten beherrschte immer wieder die Debatte. „Gewalt bei Kindern würde man nie dulden. Bei den Alten vermeidet man das Wort Gewalt. Wir wollen es nicht wissen. Wir wollen vor allem das Ausmaß nicht wissen. Dieses Schweigen ist grausam“, sagte Fussek. Er betonte aber, dass es auch gute Heime gibt – nicht unbedingt die teuersten –, und er berichtete von vielen erschütternden Anrufen engagierter, aber überforderter Pflegekräfte und Angehöriger, aus denen Angst und Verzweiflung spreche. Sein bitteres Resümee: „Die Würde des Menschen ist unantastbar – solange sie nicht zu viel kostet.“

Ärzte sollten „aktiv nachsehen“

Was können Ärzte tun?, fragte Rudat erneut. Wo liegt ihre Verantwortung? Der Übergang zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung ist fließend, meinte de Ridder. Auch im Heim müssen zum Beispiel Diabetiker ärztlich überwacht werden. Dass die Kommunikation und Kooperation zwischen Medizin und Pflege unbedingt verbessert werden muss, wurde an diesem Abend immer wieder hervorgehoben. Angehörige brauchen Anleitung, Unterstützung und Zuwendung, auch die professionell Pflegenden brauchen Supervision. Mehr Hausbesuche wären nötig, auch in den Heimen, und dort wie in den Wohnungen sollte man die Augen offen halten und die Atmosphäre erkunden.

Nicht warten, bis Klagen kommen, sondern „aktiv nachsehen“, riet Thea Jordan, denn „die alten Menschen haben Angst, sich über die Pflege zu beschweren“, weil sie fürchten, damit alles noch schlimmer zu machen. Viel bewirken kann ein Hausarzt, der den Patienten und die Familie seit langem kennt, sagte Köppel, denn er kann die psychosozialen Aspekte auch den Pflegenden vermitteln und so den Pflegebedürftigen aus der Anonymität holen.

Auch langjährige Vertrautheit aber schützt nicht vor Gewalt. „Die Pflege kann zur Plattform für ungeklärte Familiendramen werden. Alte Kränkungen werden dann wieder aktuell“, sagte Gabriele Tammen-Parr von der „Beratungsstelle bei Konflikt und Gewalt in der Pflege älterer Menschen“, kurz „Pflege in Not“ genannt (Telefon 030/69 59 89 89). Dort rufen fast nie Ärzte, aber oft selbstkritische Pflegende, auch Angehörige, an, die vor der eigenen Aggressivität erschrecken. Ärzte sollten sich, meinte die Beraterin, um die überforderten pflegenden Angehörigen kümmern, ihnen Entlastungsmöglichkeiten aufzeigen und sie auch auf „Pflege in Not“ hinweisen.

Vorbild Hospizarbeit

Eine wesentliche Verbesserung würde nur scheinbar etwas kosten, in Wahrheit aber erhebliche Einsparungen trotz besserer Versorgung bringen: Die Wiedereinführung verantwortlicher Heimärzte. Ein Modellversuch, von dem eine solche Heimärztin berichtete, ist offenbar ein voller Erfolg: Die Krankenhauseinweisungen gingen dadurch um 50 Prozent zurück, teilte Köppel mit. Warum die Kassen nicht darauf dringen, die Modell- zur Regelversorgung zu machen, blieb unverständlich.

Noch ein wichtiger Hinweis kam aus dem Auditorium: Die Altenpflege sollte sich mehr an der Hospizarbeit orientieren; das heißt, man muss die Pflegebedürftigen fragen, was sie selbst wünschen (oder dies auf andere Art erkunden). „Vielleicht will jemand gar nicht mehr, und wir lassen ihn nicht sterben“, meinte eine Klinikärztin. Statt seine Schmerzen und andere Beschwerden palliativ zu behandeln, werde ein Mensch, der am Ende seines Lebens angekommen ist, wegen seiner Kachexie in die Klinik gebracht, um eine Magensonde zu bekommen, damit der Bodymass-Index wieder stimmt, sagte de Ridder. – Warum machen Ärzte diesen inhumanen Unsinn mit?

Rosemarie Stein

ANZEIGE

SOZIETÄT DR. REHBORN * RECHTSANWÄLTE
BERLIN - DORTMUND - KÖLN - LEIPZIG - MÜNCHEN

Wir geben bekannt, dass sich Frau Rechtsanwältin Schellenberg am 1. November 2006 unserem Berliner Standort angeschlossen hat. Auf die Zusammenarbeit freuen sich:

Maren Schellenberg
Rechtsanwältin

Dr. med. Christian Jäkel
Rechtsanwalt und Arzt
Fachanwalt für Medizinrecht

Kathrin Möller
Rechtsanwältin

Yvonne Marckhoff
Rechtsanwältin

Wir beraten im ärztlichen und zahnärztlichen Berufs-, Vertragsarzt- und Haftungsrecht, bei Kooperationen und gemeinsamer Berufsausübung einschließlich MVZ sowie im Arzneimittel- und Medizinprodukterecht. Darüber hinaus verteidigen wir Ärzte und Zahnärzte gegen Vorwürfe in Disziplinar- und Strafverfahren. Gern beraten wir Sie auch zu den Chancen und Risiken des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und Gesundheitsreform.

Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin
Tel. 030/88 77 69-0, Fax 030/88 77 69-15
E-Mail: zentrale@rehborn-b.de
www.dr.rehborn.de

Das Leiden lindern – nicht das Sterben verlängern

Sterbenlassen oder immer weiter ums Leben des Patienten kämpfen? Wann muss man das Behandlungsziel ändern – von sinnlos gewordenen Maßnahmen der Lebensverlängerung zur palliativen Versorgung und Sterbebegleitung? Um solche Fragen am Lebensende ging es beim 34. Symposion für Juristen und Ärzte der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin. Bei allen Kontroversen war man sich in einem Punkt einig: Der Wille des Patienten ist oberstes Gesetz, und der Arzt ist verpflichtet, ihn zu ermitteln, was oft eine schwierige Aufgabe ist.

Ein 76-jähriger Patient wird als Notfall mit akutem Bauch eingeliefert. Darmkrebs, Operation ohne künstlichen Ausgang. Intensivstation. Am nächsten Tag bringen Angehörige seine Patientenverfügung: Keine Behandlung bei Krebs. Sie ließen sich überzeugen, dass der Patient bei seiner guten Prognose weiterbehandelt werden sollte. Entlassung in gutem Zustand nach 14 Tagen.

An dieser Fallgeschichte zeigte der Intensivmediziner Walter Schaffartzik (Unfallkrankenhaus Berlin) den Juristen, in welchen Grenzsituationen Ärzte zu entscheiden gezwungen sind. „Auf der Intensivstation muss man sofort behandeln, sonst verschlechtert sich die Prognose." Patientenverfügungen sind oft nicht rechtzeitig zur Hand und sehr oft unbrauchbar, weil mangels schlechter oder ganz fehlender Information und Beratung viel zu unpräzise. Im geschilderten Fall war der Patient offensichtlich nicht über die verbesserten Ergebnisse der heutigen Tumorchirurgie aufgeklärt. Wissensdefizite, Unsicherheiten und veraltete Einstellungen wurden aber auch bei Ärzten festgestellt. Die Rechtsprechung, auf die hier die Juristen immer wieder hinwiesen, hat eigentlich festgelegt, was jetzt gilt: Voluntas aegroti suprema lex, nicht mehr salus aegroti. Der Arzt darf also nicht paternalistisch einfach das tun, was nach seiner Meinung gut für den Patienten ist, ohne seinen Willen zu erfragen oder, wenn er sich nicht äußern kann, seinen schriftlich verfügten oder mutmaßlichen Willen zu ermitteln.

„Die Hilfspflicht des Arztes endet bei der Autonomie des Patienten", sagte der Allgemeinmediziner Ulrich Rendenbach (Universität Leipzig). Das Selbstbestimmungsrecht des Kranken gilt auch in der letzten Lebensphase. Jede ärztliche Behandlung ohne oder gar gegen den Willen des Patienten ist rechtlich strafbare Körperverletzung. Die Verstöße gegen das Selbstbestimmungsrecht Sterbenskranker sind nicht zuletzt deshalb so häufig, weil – wie die Diskussion unter Ärzten und Juristen zeigte – Ärzte oft den Unterschied zwischen verbotener aktiver und erlaubter passiver Sterbehilfe auch nicht besser kennen als Laien.

Vor den katastrophalen Folgen dieses Wissensdefizits warnte der Berliner Kammerpräsident Günther Jonitz: „Sie können ein achtzigjähriges gutes Leben in ein paar Tagen noch zugrunde richten – durch Lebensverlängerung um jeden Preis, die nur noch qualvolle Sterbeverlängerung ist." Die aktive direkte Sterbehilfe als gezielte Lebensverkürzung ist nach dem Strafgesetzbuch (§ 216) strafbare Tötung auf Verlangen. Nach den allermeisten Gesetzentwürfen und Diskussionspapieren zum Thema Sterbehilfe, soll daran auch künftig festgehalten werden, berichtete der Göttinger Medizinrechtler Hans-Ludwig Schreiber. Er ist Mitautor eines Alternativentwurfs des Deutschen Juristentages, wonach der ärztlich assistierte Suizid vom Tötungsverbot ausgenommen werden sollte.

Wann lebenserhaltende Behandlung begrenzen?

„Hauchdünn" nannte Schreiber die Grenze zwischen aktiver und indirekter Sterbehilfe. Sie unterscheiden sich nur durch die Absicht zu töten bei der aktiven Sterbehilfe, während bei der – legalen – indirekten Sterbehilfe ein möglicher vorzeitiger Tod nur hingenommen wird, zum Beispiel, wenn die Qualen eines Sterbenden allein mit hohen Morphindosen zu lindern sind. Als schwierigstes der derzeit mehr unter Juristen als unter Ärzten diskutierten Probleme bezeichnete Schreiber die passive Sterbehilfe. Juristen nennen sie heute nicht mehr gern so, weil der Terminus oft missverstanden wird. Auch hier wird ja der Arzt aktiv, wenn er zum Beispiel das Beatmungsgerät abstellt oder die künstliche Ernährung beendet. Die Juristen sprechen heute lieber von Behandlungsbegrenzung und verstehen darunter das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer lebenserhaltenden Behandlung.

Dies ist der Hauptstreitpunkt in allen Debatten. Schreiber verwies auf die viel zu wenig bekannten, 2004 neu gefassten „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" (Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 19 vom 7.5.04, S. A 1297). Sie lehnen sich eng an die Urteile der obersten Gerichte an und werden von Juristen fast wie ein Gesetz anerkannt. In diesen Grundsätzen wird nun auch klargestellt, dass zur Basisversor-

ANZEIGE

Praxisschilder

unverbindlicher Hausbesuch
in Berlin oder
Sie besuchen unsere ständige Ausstellung
InfoCard Tel. (030) 84 10 90 40
Fax (030) 84 10 90 41
Hindenburgdamm 68, 12203 Berlin-Steglitz

gung Todkranker, die auf jeden Fall aufrechtzuerhalten ist, nicht immer „Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr“ gehören, „da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.“

Kein Hunger, kein Durst: Keine PEG

Schwer Hirngeschädigte zum Beispiel haben weder Hunger noch Durst. Rendenbach zitierte die empörte Frage eines schlecht informierten Arztes: „Wollen Sie etwa, dass ich Ihren Angehörigen verhungern und verdursten lasse?“ Der Bundesgerichtshof hat entschieden, dass ein Patient jederzeit einer lebensverlängernden Maßnahme widersprechen kann, auch wenn er ihr anfangs zugestimmt hat. Eine Magensonde, so Rendenbach, muss also entfernt werden, wenn der Patient dies will, auch wenn er seinen Willen in einer Patientenverfügung im Voraus formuliert hat, sich jetzt nicht mehr äußern kann und nichts dafür spricht, dass er diesen Willen geändert hat.

Die Berliner Rechtsanwältin Eva Diezel wies darauf hin, dass gerade bei der künstlichen Ernährung das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung oft verletzt wird, besonders in Pflegeheimen. Einen der Gründe für die vielen PEGs nannte Rendenbach: Die finanziellen Interessen der Ernährungsindustrie, deren Marketing in den Heimen besonders intensiv ist.

Die meisten Ärzte sind zum „Leben erhalten um jeden Preis“ herangebildet worden. Es fällt ihnen schwer, einen Kranken „natürlich“ sterben zu lassen, auch wenn dies sein ausdrücklicher Wille ist. Rendenbach warnte davor, lebensverlängernde Maßnahmen einzuleiten, ohne diesen Willen vorher zu erkunden, wann immer dies möglich ist. Denn: „Eine einmal eingeleitete medizinische Maßnahme zieht weitere nach sich.“ Die PEG zum Beispiel kann zur Aspiration und zur Pneumonie führen, der Katheter zum Infekt – es entsteht eine „Behandlungs-Kaskade“.

Korrekte Patientenverfügung verbindlich

Bei nicht therapierbarer Grundkrankheit müssen Komplikationen nicht behandelt werden, etwa eine Pneumonie bei schwerer Demenz oder ein Darmverschluss beim apallischen Syndrom, sagte Rendenbach und bezog sich dabei auf die Rechtsprechung. „Kein Arzt kann zu medizinischem Unsinn gezwungen werden.“ Er verwies auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs (vom 13.3.03), wonach bei tödlicher Krankheit eines nicht ansprechbaren, also nicht einwilligungsfähigen Kranken seine Patientenverfügung zu beachten ist. So steht es auch in den zitierten „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“:

„Bei einwilligungsfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind.“

In der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (§ 16,2, Beilage zu BERLINER ÄRZTE Heft 6/2005) wird ebenfalls ausdrücklich auf die Verbindlichkeit der Patientenverfügung hingewiesen:

„Eine Patientenverfügung (Patiententestament) mit Selbstbestimmung im Vorfeld des Todes… ist für den Arzt verbindlich es sei denn, es sind konkrete Anzeichen erkennbar, dass der Wille des Patienten sich geändert haben könnte.“

Schreiber bedauerte, dass die Debatte über ein Sterbehilfegesetz sich zu einseitig auf die Patientenverfügung konzentriert, weil alles andere offenbar zu komplex ist, und sprach von einer „Ausweichbewegung der Politik“. Auch Jonitz kritisierte diese Tendenz: „Ein gesamtgesellschaftliches Problem wird auf die Ebene des Patienten heruntergebrochen.“

Schreiber nannte die Patientenverfügung ein wichtiges, aber nicht das einzige Instrument zur Ermittlung des Patientenwillens. Sie gilt ja nur für den Fall, dass er nicht imstande ist, seinen aktuellen Willen zu artikulieren. Er sieht die Gefahr, dass nun mit dem Patienten überhaupt nicht mehr geredet wird, statt die Patientenverfügung zum Anlass des Gesprächs mit allen Beteiligten zu nehmen.

Wer ist bevollmächtigt?

„Soweit möglich soll der Arzt Erklärungen von Bezugspersonen berücksichtigen“, heißt es in der Berliner Berufsordnung. Vor allem ist zu ermitteln, ob eine Bezugsperson eine Vorsorgevollmacht hat, also vom Patienten ermächtigt wurde, seinen Willen durchzusetzen, wenn er selbst nicht mehr dazu in der Lage ist. Im Streitfall wendet man sich ans Vormundschaftsgericht, besonders, wenn nicht klar ist, ob ein geforderter Behandlungsabbruch dem Willen des Kranken entspricht.

Wenn zum Beispiel Zweifel an der Gültigkeit einer Vorsorgevollmacht oder an der Lauterkeit des Bevollmächtigten bestehen, kann das Gericht einen Betreuer bestellen, sagte Georg Dodegge, Vormundschaftsrichter am Amtsgericht

ANZEIGE

Foto: Jörg Böthling

Brasilien
Nicht ohne den Schamanen
Tuberkulose gilt bei den Kulina-Indianern als magische Krankheit. Deshalb ist dafür der Schamane zuständig. Jetzt zeigt eine deutsche Ärztin den Schamanen und Dorfgesundheitshelfern Methoden einer besseren Früherkennung und Behandlung der weit verbreiteten Infektionskrankheit. Im Kampf gegen die oft tödlichen Durchfallerkrankungen der Kulina hat sie eine einfache Vorsorgemaßnahme entwickelt: eine inzwischen international prämierte Anlage zur Filtrierung des verunreinigten Flusswassers. **Mit Ihrer Spende helfen Sie uns, diesen Menschen ausreichende Behandlung und Gesundheitsvorsorge zu ermöglichen.**

Brot für die Welt
www.brot-fuer-die-welt.de
Postbank Köln
Konto 500 500-500
BLZ 370 100 50
Kennwort: Gerechtigkeit

Essen. Nach seiner Erfahrung wird bisher nur in einer von tausend Patientenverfügungen die Fortführung der Therapie mit allen Mitteln gefordert. Das kann sich rasch ändern, wenn Über- in Unterbehandlung umschlägt, ob nun Sparzwänge dahinterstehen, oder eine veränderte Einstellung durch ein Gesetz gefördert wird, welches das Tötungsverbot aufweicht.

Der Arzt als Sensenmann?

In den Niederlanden bleiben Ärzte straffrei, die ihre schwer leidenden Patienten unter ganz bestimmten Umständen auf ihr Verlangen töten. Die Kriterien legt seit 2002 ein Euthanasiegesetz fest. Der niederländische Jurist Jacob Visser, der es mit erarbeitete, teilte mit, dass seither jährlich auch etwa 900 Kranke ohne ihr ausdrückliches Verlangen durch die aktive Sterbehilfe ihrer Ärzte ihr Leben verloren. „Dokter, maak mij niet dood", zitierte Jonitz das Kärtchen, das viele ältere Holländer bei sich tragen. Der Berliner Kammerpräsident stellte klar: „Der Einzige, der selbst und verbindlich über Verzicht auf medizinische Maßnahmen entscheiden darf, ist der betroffene Patient selbst."

Rationierung – vorsätzliches Vorenthalten sinnvoller medizinischer Leistungen – wird von der Politik unter den Teppich gekehrt, sollte aber endlich offen diskutiert werden. Denn es gibt sie bereits, implizit (etwa durch Personal-Ausdünnung) und explizit. Auch im Vorenthalten der richtigen Versorgung durch eine medizinische Übertherapie kann Rationierung bestehen – gerade in der letzten Lebensphase, sagte Jonitz.

Sein Beispiel: Immer wieder eine neue nebenwirkungsreiche Chemotherapie als „Strohhalm" gegen eine Krebskrankheit im letzten Stadium statt einer rechtzeitigen Änderung des Behandlungsziels: Statt Lebens- oder vielmehr Sterbensverlängerung Leidenslinderung, also wirksame Palliativmedizin, mit Zeit für Zuwendung.

Von „Cure" zu „care"

Die letzte Lebenszeit mit ihrer oft sinnlos fortgeführten Intensivmedizin ist bekanntlich der teuerste Teil der Versorgung. Im Vergleich dazu ist die Palliativmedizin billig (allerdings noch immer unterfinanziert), meinte der Berliner Allgemeinmediziner Achim Rieger, Mitarbeiter von „Home Care". Berlin ist relativ gut dran, denn dieses Projekt der ambulanten Palliativversorgung mit zwei Dutzend beteiligten Praxen wurde zur Regelversorgung, die es anderswo nicht gibt. Hinzu kommen Palliativstationen und verhältnismäßig viele Hospize und Hospizinitiativen. (Siehe BERLINER ÄRZTE Heft 9/2006, S. 3.)

Sterbenskranke haben neuerdings gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung" – immerhin ein Plus der neuesten „Gesundheitsreform". Ist diese Versorgung angemessen, dann können bis zu 78 Prozent der Todkranken zu Hause sterben, sagte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, H. Christof Müller-Busch (Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe). Er zitierte Cicely Saunders, die Begründerin der Hospizbewegung: „Es ist nicht gesund, das Sterben hinauszuziehen."

Zum Wechsel des Behandlungsziels sollte man sich nicht zu spät entschließen: Statt sinnloser, womöglich quälender Versuche zur Lebensverlängerung besser optimale Symptomlinderung und ärztliche Sterbebegleitung („To care, not to cure" ist das Prinzip der Paliativversorgung.) Entscheidend wichtig dabei ist laut Müller-Busch der Respekt vor der Autonomie des Patienten und die Kommunikation mit allen Beteiligten. Offene Gespräche mildern oder lösen viele der medizinrechtlichen Probleme am Ende des Lebens.

Rosemarie Stein

Informationen über alle Möglichkeiten der Palliativversorgung in Berlin bei der „Zentralen Anlaufstelle Hospiz", Telefon 030/40 71 11 13, www.hospiz-aktuell.de

ANZEIGE

SPUREN HINTERLASSEN

Alzheimer Forschung Initiative e.V.
Grabenstr. 5 · 40213 Düsseldorf
www.alzheimer-forschung.de

Dieses mächtige Steingrab hinterließen uns Menschen, die vor rund 3.500 Jahren lebten.

Hinterlassen auch Sie Spuren – z. B. durch ein Vermächtnis für die Alzheimer-Forschung.

Fordern Sie unsere Broschüre zum Thema Testament kostenlos an:

Name

Vorname

Geboren am

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

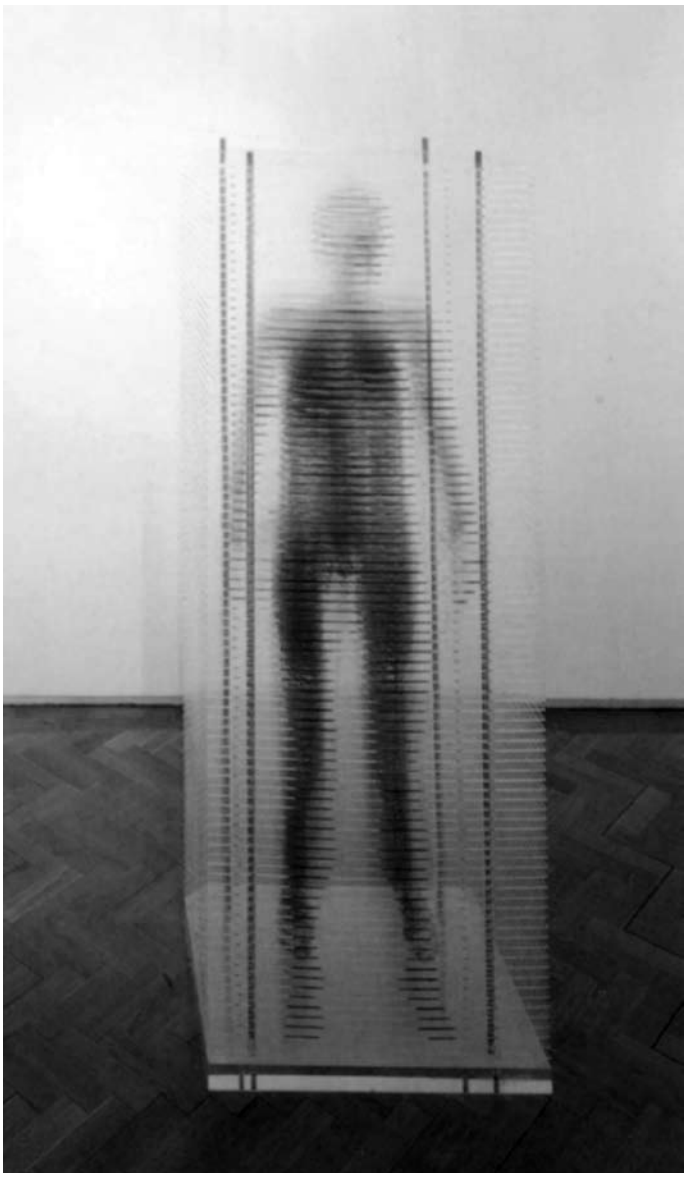
T8

Familienportraits aus dem Kernspintomographen

„Die Wissenschaft liefert die Fakten, der Künstler schafft das Bewusstsein“
Ralf Scherer

Für ihre fast zwei Meter hohen, geisterhaft immateriell wirkenden Plastiken fand die junge englische Künstlerin Marilène Oliver Hilfe beim Nottingham University MRI Research Department. Sie druckte alle 92 Scans der Ganzkörpertomogramme von sich und Angehörigen serigraphisch auf Plexiglasscheiben und montierte sie in regelmäßigen Abständen übereinander. So entstanden die schwebend-transparenten Figuren der Serie „Family Portrait“. Der vertrauliche Name „Mum“ der hier abgebildeten schattenhaften Skulptur wirkt angesichts der völligen Entindividualisierung grotesk.

Die Künstlerin habe die medizinische Bildgebung „poetisch untergraben“. Sie nutze von den „wissenden“ medizinischen Bildern nur „die nebelig-graue Kontur aus der Durchsicht im Widerspruch zur hoch spezialisierten Bildtechnologie und der differenzierten Abbildung der MRT-Scans... Das kulturelle Bild vom Körper steht dem spezialisierten Körperbild der Medizin hier diametral gegenüber“.



Das schreibt Ralf Scherer im Einleitungskapitel des deutsch und englisch gedruckten und reich illustrierten Buches „Diagnose [Kunst]. Die Medizin im Spiegel der zeitgenössischen Kunst“. Faszinierend, was der Medizinprofessor gemeinsam mit der Kunsthistorikerin Anna Lammers hier an Beispielen für die Rezeption und die kreative Transformation der modernen Medizin und Naturwissenschaft durch die bildende Kunst (vorwiegend der letzten zwanzig Jahre) zusammengetragen hat. Die Liste der 57 Künstler reicht von Roy Adzak über Joseph Beuys, Katharina Sieverding oder Rosemarie Trockel bis zu Stephan Willats.

Das Buch, in dem auch noch zwei Essays anderer Kunsthistoriker das Thema umkreisen, gehört zu jenen „Begleitbänden“ zu Ausstellungen, die den Anlass überdauern, vielleicht wichtiger sind als die Ausstellung selbst. (Sie fand im Winter in Ahlen statt; vom 17. Mai bis zum 22. Juli zeigt sie das Museum im Kulturspeicher Würzburg.) Denn viele der 150 Objekte werden in ihrer Reflexion der Medizin erst durch die klugen Kommentare verständlich, zumal für Nichtmediziner. Das gilt vor allem für die gedankenschwere unsinnliche Konzeptkunst.

Mit der Labor-Installation „Hela“ der schottischen Künstlerin Christine Borland zum Beispiel kann man nur etwas anfangen, wenn man weiß, dass dies eine Art Epitaph für die 1951 an Krebs gestorbene junge Afroamerikanerin Henrietta Lacks ist, deren Zelllinie an vielen Orten für die Forschung weiterlebt. Buch und Ausstellung versuchen, „der Medizin im Blickwinkel der künstlerischen Beobachtung, Reflexion und Selbsterfahrung einen Raum der Präsentation zu öffnen“, schreiben die Museumsleiter Burkhard Leismann und Marlene Lauter im Vorwort.

Viele dieser Werke sind genauso abstrakt wie die EEG‘s, EKG‘s oder die – oft computergenerierten – Bilder der modernen Medizin. Aus deren Fundus entwickeln die Künstler Metaphern, um Fragen zu stellen. Nicht wenige dieser Artefakte irritieren. Aber, so Scherer, „Kunst irritiert, solange es sie gibt“.

Burkhard Leismann, Ralf Scherer (Hrsg.): Diagnose [Kunst]. Die Medizin im Spiegel der zeitgenössischen Kunst. Wienand Verlag, Köln 2006, Gebunden 39 Euro.

„Selbstermutigung“

Keins der gewöhnlichen Lebenshilfebücher, die ganze Regale der Buchläden füllen. Was der Berliner Psychiater und Psychotherapeut Dirk Schmoll hier zusammen mit dem Germanisten Thomas Isermann vorlegt, will zwar auch beim Leben helfen, gibt aber nur Anstöße zur Selbsthilfe durch Selbstreflexion, und zwar auf gehobenem Niveau: ein Lesebuch für Patienten und Klienten, denen Kunst und Literatur viel bedeuten.

Die zehn Kapitel tragen Überschriften wie „Armut“, „Schwermut“, „Selbsttäuschung“ „Altern“ oder „Zorn“. Sie sind locker, abwechslungsreich und sogar unterhaltsam geschrieben. „Überdruss“ ist zum Beispiel das Tagebuch eines Fluglotsen und „Konkurrenz“ ein veritables Drei-Personen-Dramolett. Und immer sind Interpretationen von Werken der bildenden Kunst, Literatur oder Philosophie zwanglos eingebaut. Das liest sich gut. Ärgerlich nur, dass der Lektor (oder schreibende Germanist) nicht besser aufgepasst hat. Auf ein und derselben Seite (85) ein Rechtschreibfehler (Launge“ statt „Lounge“) und ein Grammatikschnitzer („Wir sind einem Problem... nicht Herr“) – das ist ein bisschen viel. *R. St.*

Thomas Isermann, Dirk Schmol Selbstermutigung. Sinnliche Impulse durch Kunst und Literatur. Essays zur Lebensführung. Asanger Verlag, Kröning 2006. 330 Seiten, geb. 29,50 Euro

ANZEIGE

Kammerrecht & Werbung im medizinischen Bereich

Was ist verboten, was ist erlaubt?

Wir sagen es Ihnen!

Pro Patient Medien GmbH
Westfälische Strasse 27
10709 Berlin
Tel.: 0049 30 - 8 91 60 77
Fax: 0049 30 - 8 91 97 46
info@propatient-medien.de
www.propatient-medien.de

Ihre persönliche kostenlose Einladung finden Sie als Beilage in dieser Ausgabe.

PRO PATIENT
Medien GmbH

ANZEIGE

GE Healthcare

Ultraschalltechnik der Zukunft

LOGIQ P5

- Scharf
- Leise
- Günstig
- Klein
- Farbig

SONORING
Medizintechnik Jendreyko
www.mtjendreyko.de - email: info@mtjendreyko.de

Sonothek Berlin
Paul-Junius-Str. 70
10369 Berlin
Tel. 030 - 9714030

Partner weltweit führender Hersteller:
GE Healthcare · TOSHIBA · ANALOGIC · Sunlight · SONY · MINDRAY

IMPRESSUM

BERLINER ÄRZTE

5/2007 44. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl. jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichen Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungsaustausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 61,40 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 40,90 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,20 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 01.01.2007.

Die Leipziger Verlagsanstalt GmbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784