

Zweiter Aufguss

Wie 2006 hat der „Tagesspiegel“ auch in den Monaten Juni und Juli dieses Jahres unter dem irreführenden Titel „Klinikführer“ einen Vergleich Berliner Kliniken veröffentlicht. Bedauerlicherweise haben nunmehr alle Berliner Kliniken, auch die Charité, die 2006 noch eine Teilnahme aus methodischen Gründen abgelehnt hatte, sich dem (gesundheits)politischen und medialen Druck gebeugt, und ihre Daten zur Publikation freigegeben.

Die Methodikprobleme sind jedoch keinesfalls gelöst!

Die verwendeten BQS-Indikatoren beziehen sich ausschließlich auf Daten, die von den Krankenhäusern während des stationären Aufenthaltes erhoben werden, weshalb diese Indikatoren eher Auskunft über die so genannte Struktur- und Prozessqualität, weniger jedoch über die Ergebnisqualität geben, denn Langzeitdaten zum Verlauf können in die Datensammlung nicht einfließen. Diese Angaben zur Struktur- und Prozessqualität sind allerdings für das interne Qualitätsmanagement einer Fachabteilung, und nur dafür sind die BQS-Daten gedacht, wichtig und wertvoll.

Zeigen sich dabei in den Krankenhäusern statistische Auffälligkeiten, wird der so genannte strukturierte Dialog in Gang gesetzt. Dieses Verfahren wird über die Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung organisiert, wobei mit Ärzten besetzte Fachgruppen nach einer eingehenden Analyse der spezifischen Situation eines Krankenhauses und in Kenntnis der lokalen Gegebenheiten im Dialog mit den verantwortlichen Abteilungsleitern schließlich entscheiden, ob die Abweichungen plausibel erklärt werden konnten oder ob Handlungsbedarf im Hinblick auf eine notwendige Qualitätsverbesserung besteht.

Ziel des „Klinikführers“ ist es nun, dem potenziellen Kunden/Patient auf individueller



Foto: Klaus Mihatsch

Dr. med. Martina Dombrowski

ist Chefärztin der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am Ev. Waldkrankenhaus Spandau

Ebene eine Entscheidungshilfe dafür zu geben, das beste Krankenhaus in Berlin für bestimmte Eingriffe zu finden. Dies kann mit den publizierten Daten auch weiterhin in keiner Weise erreicht werden! Die vom „Tagesspiegel“ verwendeten, zum Teil hochkomplexen Qualitätsindikatoren sind für diesen Zweck ungeeignet und erschließen sich in ihrer Bedeutung häufig weder den Fachkollegen und schon gar nicht den medizinischen Laien, zu denen wir in diesem Falle auch die verantwortlichen Journalisten zählen möchten. Anders lässt es sich jedenfalls nicht erklären, warum die „Kommentare der Chefärzte“, die häufig wohl von den Marketingabteilungen der Krankenhäuser geschrieben sein dürften, ohne jede Prüfung auf ihre inhaltliche Richtigkeit veröffentlicht werden können. Mit dem so genannten „strukturierten Dialog“ haben diese Kommentare jedenfalls nicht das Geringste zu tun, auch wenn der „Tagesspiegel“ dies suggerieren möchte. Die unkritische Veröffentlichung der „Rohdaten“ ist so mit einem hohen Fehldeutungspotenzial verbunden und birgt die Gefahr verzerrender Qualitätsaussagen in sich.

Die für die Patienten wohl noch anschaulichste Rubrik ist die „Empfehlung der Ärzte“: Leider fehlt auch hier jeglicher Hinweis auf Methodik und statistische Relevanz. Auch kommt es zu erstaunlichen Verzerrungen, wenn zum Beispiel Krankenhäuser mit der vermeintlich „schlechtesten“ Qualität die meisten Empfehlungen erhalten.



Foto: privat

Priv. Doz. Dr. med. Matthias David

ist Oberarzt an der Charité, Campus Virchow und Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

Dies ist nicht gerade eine vertrauensbildende Maßnahme im Arzt-Patienten-Verhältnis. Nutzt das wirklich unseren Patienten im Hinblick auf Transparenz?

Und noch etwas betrachten wir als Mitglieder der Fachgruppe Gynäkologie / Geburtshilfe mit großer Sorge: Mit der krankenhausesbezogenen Veröffentlichung von BQS-Daten in einer Tageszeitung kommt es zu einer Entanonymisierung der Ergebnisse. Das ausdrückliche Ziel des Qualitätssicherungsverfahrens, anonymisiert im Rahmen des strukturierten Dialogs vorurteilsfrei über Versorgungsprobleme zu diskutieren und Maßnahmen zu vereinbaren, wird damit erschwert und behindert.

Wir würden uns wünschen, dass es uns als Ärzteschaft gelingt, verlässliche und relevante Parameter zu entwickeln, die es uns ermöglichen, unsere Patienten seriös über die Versorgungsqualität in unseren Krankenhäusern zu informieren. Die Fachgruppen der BQS auf Bundesebene nehmen sich derzeit dieses Problems an.

Matthias David
M. David



TITELTHEMA.....

**Berlin School of Public Health
Luftschloss oder realistischer Plan?**

Die „Berlin School of Public Health“ sollte ein Vorzeigeprojekt werden. Doch bislang tut man sich trotz vollmundiger Ankündigungen mit einer adäquaten Umsetzung schwer. BERLINER

ÄRZTE zeigt die langwierige Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in der deutschen Hauptstadt und gibt einen Ausblick in die Zukunft.

Von Rosemarie Stein..... 14

MEINUNG.....

Zweiter Aufguss

Von Martina Dombrowski und Matthias David.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

Import von Bettwanzen und ihre mögliche Rolle als Überträger

Informationen des Tropeninstituts Berlin.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Delegierte befassen sich mit der Zukunft des Arztberufes

Bericht von der Delegiertenversammlung am 4. Juli 2007.
Von Sascha Rudat.....24

Kammervorstand weist Kritik an Weiterbildung zurück

Als Sonder-Delegiertenversammlung gedacht wurde die Zusammenkunft der Delegierten am 20. Juni zu einer ersten Aussprache über die Weiterbildung genutzt.
Von Sascha Rudat.....27

Nur die Guten ins Töpfchen!

Mit den Problemen bei der Umsetzung von evidenzbasierter Medizin hat sich eine gemeinsame Tagung des G-BA, des IQWiG und des Bremer „Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht beschäftigt.

Von Rosemarie Stein.....28

Erste Medizinische Fachangestellte besteht Abschlussprüfung

Die erste Auszubildende hat nach der neuen Ausbildungsordnung ihren Abschluss in der Kammer gemacht.

.....31

Das (Nicht)raucherschutzgesetz und die Berliner Krankenhäuser

Über die Umsetzung der neuen Gesetzgebung in den Kliniken der Hauptstadt berichtet BERLINER ÄRZTE hier.

Von Nicolas Schönfeld.....32

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Fortbildungskalender

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin.....22

BUCHBESPRECHUNGEN...

Recht im OP.....35

FEUILLETON.....

Die kranken Skythen

Dass ein Leben als Reiternomadenfürst keineswegs besonders lustig war, zeigt die Ausstellung „Im Zeichen des goldenen Greifen. Königsgräber der Skythen“, bei deren Verwirklichung Mediziner eine große Rolle spielten.

Von Rosemarie Stein.....34

Impressum.....42

Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis BERLINER ÄRZTE 6/2007

Im Vorwort zu dem Artikel „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ wird zu Recht von „kontroversen Diskussionen“ in der Öffentlichkeit gesprochen; die Verunsicherung bei den Praxisinhabern“ wird trotz dieses Artikels und fachgruppenorientierter Informationsveranstaltungen weiter bestehen bleiben. Denn jeder niedergelassene Arzt wird fragen, ob es sich um „Evidenzbasierte Richtlinien“ handelt, das heißt, wo sind in den letzten vier Jahrzehnten Infektionszwischenfälle bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (desinfiziert bzw. sterilisiert) aufgetreten, die es rechtfertigen, dass neben den vielen bisherigen Prüfungen nunmehr „der Prozess auch validiert“ werden muss. Wer legt die Verfahren zur Validierung fest: Die Industrie (u.a. Hersteller von Sterilisatoren sowie von Reinigungs- und Desinfektionsgeräten) in ihren DIN-Ausschüssen, die dann als so genannte Normen (eine „Norm“ eines eingetragenen Vereins, dem Deutschen Institut für Normung) herausgegeben werden. Hierzu hat das Bundesverwaltungsgericht 1987 festgestellt: Die Normenausschüsse des DIN sind so zusammengesetzt, dass ihnen der für Ihre Ausgabe benötigte Sachverstand zu Gebote steht. Daneben gehören Ihnen aber auch Vertreter bestimmter Branchen und Unternehmen an, die deren Interessenstandpunkte einbringen. Andererseits darf aber auch nicht verkannt werden, dass es sich dabei

zumindest auch um Vereinbarungen interessierter Kreise handelt, die eine bestimmte Einflussnahme auf das Marktgeschehen bezwecken. „Den Anforderungen, die etwa an die Neutralität und Unvoreingenommenheit gerichtlicher Sachverständiger zu stellen sind, genügen sie deswegen nicht.“ Wo ist denn die „evidence“, dass durch die neue Industrie-Validierung das Ergebnis, das heißt das zertifizierte Produkt einen Qualitätssprung nach vorn gemacht hat, beispielsweise verbunden mit weniger Wundinfektion. Was sicher erreicht wurde und wird: die Kosten sind für eine Validierung von Sterilisations- und Desinfektionsgeräten immens, bis zu 30.000 Euro pro Jahr. Zudem hat die Industrie in ihren „Normen“ eine jährliche Revalidierung festgelegt, so dass die Einnahmequellen aus den ärztlichen Praxen nicht versiegen.

(...)

Was machen der Verordnungsgeber und die ihm zuarbeitende Institution, das Robert Koch-Institut? Der Begriff Validierung wird eingeführt, ohne dezidiert anzugeben, wie validiert werden soll. Diese Definitionslücke wird jetzt von der Industrie mit ihrem Validierungsprozess ausgefüllt. Die immensen Kosten, die dem Anwender daraus entstehen, waren dem Gesetzgeber bei der Verabschiedung der Verordnung sicherlich nicht klar. Es gibt viele Beispiele, wie ärztliche Praxen

durch Verordnungen belastet werden. Nun spricht man über Zertifizierungen von Praxen. Bislang ist in zertifizierten Krankenhäusern nicht nachgewiesen worden, dass die Versorgungsqualität für Patienten sich verbessert hat.

Europa und damit auch Deutschland ist durch europäische Richtlinien auf dem besten Weg, durch Verordnungen und deren Überwachung durch neu entstandene Behörden die Praxen und Krankenhäuser so finanziell zu belasten, dass für die eigentliche Untersuchung, Diagnostik und Therapie von Patienten die Mittel reduziert werden müssen – aufgrund der Deckelung des Gesundheitsetats. Das Sicherheitsdenken – koste es was es wolle – greift um sich, aus Angst vor juristischen Auseinandersetzungen. Aber Entscheidungen von Gerichten fordern gar nicht die absolute Sicherheit. Vor kurzem wurde in einem Urteil eines Oberlandesgerichts im Zusammenhang mit einer Klage eines Patienten mit einer Wundinfektion nach einem operativen Eingriff festgestellt, dass es kein Nullinfektionsrisiko gibt, entscheidend ist Zuverlässigkeit des Personals – durch kein Qualitätsmanagement zu erfassen –, die bisherige und einfache bewährte Überprüfung von Sterilisatoren und Desinfektionsgeräten hat in der Vergangenheit bei der Aufbereitung von Medizinprodukten eher gut funktioniert – zum Wohle des Patienten.

(...)

Was bedeutet denn Qualitätsmanagement in der Krankenhaushygiene? Für mich bedeutet dies primär Patienten vor Infektionen zu schützen, also Ergebnisqualität. Qualität und Qualitätsmanagement sind daher kein Wert an sich, sondern dienen dem Ziel der Risikominimierung. Die Hauptschwierigkeit sehe ich nun darin, dass es bei uns in Deutschland keine sachliche und vor allem öffentliche Diskussion darüber gibt, welche Risiken in welcher Höhe wir bereit sind zu akzeptieren. Dabei ergibt sich die schizophrene Situation, dass im öffentlichen Bereich vielfach Risiko Null, koste es was es wolle, gefordert wird und im persönlichen Bereich viele Menschen extrem hohe Risiken eingehen. Wir sollten uns ehrlicherweise auch eingestehen, dass nicht unbegrenzt finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Von daher müssen wir die Diskussion führen, wie groß Risiken sind, um wie viel wir die Risiken mit definierten Maßnahmen minimieren können und vor allem, ob die Maßnahmen zur Risikominimierung angemessen und verhältnismäßig sind. Dies gilt für viele Bereiche und eben auch für die Krankenhaushygiene.

(...)

Prof. Dr. med. Henning Rüden
Direktor des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin

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

Ruhestand

Ärztammer dankt Professor Michael Obladen

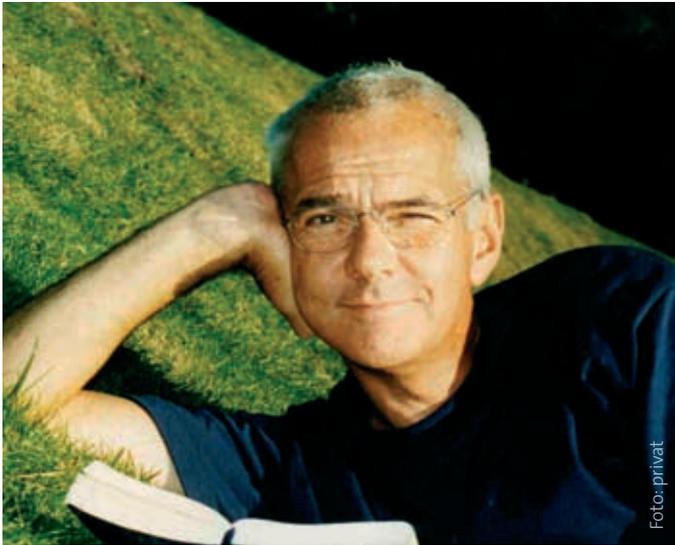


Foto: privat

Professor Dr. med. Michael Obladen (s. Foto) ist in den Ruhestand gegangen. Mit der Ärztekammer Berlin ist der bekannte Neonatologe seit vielen Jahren eng verbunden. Neben seinen vielfältigen wissenschaftlichen Aktivitäten in bundesweiten Gremien übernahm Obladen 1986 die Organisation und Betreuung Neonatalerhebung in Berlin.

Anfangs über Drittmittel finanziert, musste er schon kurze Zeit später die Ressourcen der eigenen Klinik (Abteilung für Neonatologie an der Universitäts-Kinderklinik der Freien Universität Berlin) nutzen, um die Kontinuität der Erhebung zu sichern. 1994 wandte er sich an die Ärztekammer Berlin, da die Fortführung der Maßnahme zur Qualitätssicherung bei der Behandlung von Neugeborenen durch das Universitätsklinikum Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt Universität zu Berlin nicht mehr gewährleistet werden konnte. Die Ärztekammer Berlin übernahm auf Anregung von Obladen ab 1994 die Organisation und die

Durchführung der Neonatalerhebung selbst und berief die Neonatalkommission ein.

Als Vorsitzender der Kommission führte Obladen die „Einzelgespräche in der Neonatologie“ ein – Gespräche der Neonatalkommission mit den einzelnen neonatologischen Abteilungen – zur konkreten Bewertung ihrer statistischen Ergebnisse. Dabei erhält jede Klinik ein von ihm erstelltes Profil ihrer Stärken und Schwächen als Grundlage für die Gespräche, in denen die Stärken auf ihre Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen geprüft, die Schwächen analysiert und Lösungen gemeinsam erörtert werden.

Obladen – und damit Berlin – waren mit dieser einzigartigen, sehr effektiven und konkreten Qualitätsarbeit ihrer Zeit voraus: Von keiner Berliner Klinik wurde in all den Jahren die freiwillige Teilnahme an den „Einzelgesprächen in der Neonatologie“, einem Vorläufer des strukturierten Dialogs, abgelehnt – ein ganz persönlicher Erfolg!

Mit seinem ruhigen und ausgeglichene Wesen und seiner fachlich hohen Kompetenz hat Michael Obladen – seit 1995 Direktor der Klinik für Neonatologie, Universitätsmedizin Charité, Campus Virchow – diese spezielle Qualitätsarbeit der Neonatologie in Berlin geprägt und zum Erfolg geführt. Die von ihm maßgeblich geprägte Neutralität dieser Treffen hat die offene und konstruktive Sicht auf die Ergebnisse möglich gemacht und damit die Diskussion über notwendige Vergleiche und Veränderungen – ein Benchmarking im besten Sinne. Die Ärztekammer Berlin bedankt

sich für die verfasste Berliner Ärzteschaft bei Professor Obladen für sein herausragendes Engagement, das der Qualitätssicherung in der Neonatologie in Berlin eine ganz besonderen Note verliehen und sich nachweislich positiv auf die Ergebnisse und damit auf die Behandlung von Neugeborenen ausgewirkt hat.

Christa Markl-Vieto Estrada
Qualitätsmanagement der
Ärztammer Berlin

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der
Ärztammer Berlin

ANZEIGE

Wir haben die Lösung...

Bei Kramp fzuständen von
Magen, Darm +Gallenwegen

Belladonnysaf®

Bürger

Pflanzliches Spasmolytikum



Belladonnysaf® Bürger Lösung
Zusammensetzung: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 1 ml Lösung enthält Presssaff aus frischen Belladonnablättern (1:3,3 - 3,5; Ethanol) 1 ml, eingestellt auf 0,5 mg Alkaloide, berechnet als Hyoscyamin. Weiterer Bestandteil: Ethanol. Anwendungsgebiete: Spasmen und kolkartige Schmerzen im Bereich des Gastrointestinaltraktes und der Gallenwege.
Gegenanzeigen: Tachykardie, Arrhythmien, Prostataadenom mit Resthambildung, Engwinkelglaukom, akutes Lungenödem, mechanische Verschlüsse im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Megakolon. Im letzten Drittel der Schwangerschaft und während der Geburt darf das Arzneimittel nicht angewendet werden. Eine Anwendung des Arzneimittels in der Stillzeit darf nur auf ausdrückliche Anweisung des Arztes erfolgen. Wechselwirkungen: Die gleichzeitige Gabe von Belladonnysaf und trizyklischen Antidepressiva, bestimmten Antiparkinsonmitteln und Chinidin kann die anticholinerge Wirkung verstärken. Warnhinweise: Enthält 22 Vol.-% Alkohol.


Johannes Bürger Ysartfabrik GmbH Bad Harzburg
Herzog-Julius-Straße 83 Tel. 0 53 22 - 44 44 Fax 78 02 29

Informationen zur Meldepflicht bei Aviärer Influenza

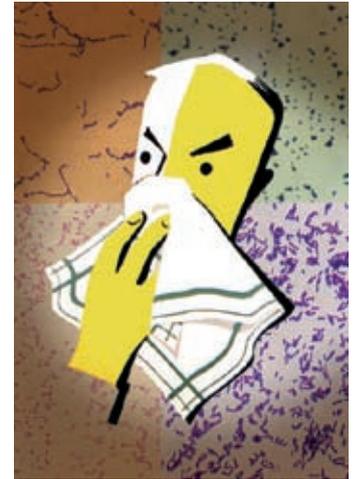
Wie die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz mitteilt, ist die „Verordnung über die Meldepflicht bei Aviärer Influenza beim Menschen“ (Aviäre-Influenza-Meldepflicht-Verordnung-AIMPV), am 22. Mai in Kraft getreten. Mit Blick auf eine mögliche Influenza-Pandemie sind demzufolge vielfältige Vorsorgemaßnahmen nötig und teilweise bereits umgesetzt worden. Nach WHO-Definition befinden wir uns derzeit in der 3. von insgesamt 6 Phasen, die den Ablauf von einer Pandemie zur nächsten gliedern. Gegenwärtig besteht das Ziel darin, neue Virus-Subtypen beim Menschen schnell nachzuweisen und zu charakterisieren, welchem durch die bestehende Meldepflicht nach § 7 Infektionsschutzgesetz für Labore bei Nachweis von Influenzaviren bereits entsprochen wird. Darüber hinaus

muss es außerdem Ziel sein, den Öffentlichen Gesundheitsdienst schnell über Verdachts- und Erkrankungsfälle von aviärer Influenza (Vogelgrippe) beim Menschen – auch ohne vorliegenden Labornachweis – zu informieren, damit Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung ergriffen und so weitere Infektionsfälle verhindert werden können.

Dieser Intention folgt die oben genannte Verordnung mit der Schaffung einer eng gefassten Meldepflicht für Ärztinnen und Ärzte. Im § 1 der Verordnung wird bestimmt, dass die Meldepflicht nach § 6 Infektionsschutzgesetz ausgedehnt wird auf den Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie den Tod eines Menschen an Aviärer Influenza. Dabei ist der Krankheitsverdacht dem zuständigen Gesundheitsamt nur dann zu melden, wenn klinisches Bild und epidemiolo-

gischer Zusammenhang den Verdacht begründen. In der Falldefinition des Robert-Koch-Institutes (www.rki.de> Infektionskrankheiten A-Z> Influenza>Falldefinition, Management und Meldung von humanen Fällen) wird als klinisches Bild das Auftreten von Fieber, akutem Krankheitsbeginn und Husten/Atemnot beschrieben.

Der epidemiologische Zusammenhang ist gegeben, wenn innerhalb von 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn Kontakt mit Vogelgrippe-kranken Tieren bzw. mit deren Ausscheidungen bestand. Reiseanamnestisch ist zu erfragen, ob sich die erkrankte Person in einem Gebiet aufgehalten hat, in dem Fälle von aviärer Influenza bei Vögeln nachgewiesen wurden (siehe Seite der Weltorganisation für Tiergesundheit www.oie.int).



Eine berufliche Exposition ist bei Laborarbeit mit Influenza-A-Proben vorstellbar. Wird der Kontakt zu Personen angegeben, die an aviärer Influenza erkrankt sind, so kann ebenfalls von einem epidemiologischen Zusammenhang ausgegangen werden. Mit dieser Verordnung ist eine Lücke in der Überwachung des inter pandemischen Influenza-Geschehens geschlossen worden.

A
N
Z
E
I
G
E

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 Steingraber**

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

Charity

Sportangebot für Kinder im Rollstuhl

Ein Training für Kinder und Jugendliche im Rollstuhl bietet der Pfeffersport im Pfefferwerk e.V. an. Ziel ist es, bei Sport und Spiel die Mobilität der behinderten Kinder zu verbessern und ihnen damit eine größere Eigenständigkeit zu ermöglichen und ihr Selbstvertrauen zu stärken. Die Einordnung in eine Gemeinschaft in gleicher Weise Betroffener soll anspornen und das soziale Verhalten fördern. Das Angebot wird unterstützt vom Rotary Club, wie Professor Dr.

med. Werner Schlungbaum mitteilte. Die Rotary Clubs Berlin-Kurfürstendamm und Berlin-Adlershof halfen dem Projekt mit einer Starthilfe von 10.000 Euro für die Anschaffung eines Rollstuhlübungsparcours mit schiefer Ebene,

Stufen, Wippen und Federbrett sowie verschiedener Sportgeräte und kindgerechter Übungsrollstühle.

Die Clubs möchten das Angebot gerne bekannter machen. Das Rollstuhltraining findet jeden Dienstag zwischen 16.30 und 18.00 Uhr in der Sporthalle Wilsstr. 49, 10405 Berlin statt.

Der Monatsbeitrag beträgt 8,50 Euro.

Ansprechpartner ist René Baldauf, Tel. 030/96 51 31 93.

Das Training wird von als Fachübungsleitern für Rehabilitations-Rollstuhlsport ausgebildetem Personal durchgeführt. Eine Übungsleiterin ist auch Sozialpädagogin.



ANZEIGE



80. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie mit Fortbildungsakademie

– 100 Jahre DGN –

12. – 15. September
2007

ICC Berlin



Kongresspräsident

Professor Dr. Karl M. Einhäupl

Wissenschaftliches Sekretariat

PD Dr. Stephan A. Brandt

Neurologische Klinik

Charité – Universitätsmedizin

Charitéplatz 1

10117 Berlin

Tel: 030 / 450 560 111

E-Mail: stephan.brandt@charite.de

Information

AKM Congress Service GmbH

Hauptstraße 18

79576 Weil am Rhein

Tel: 0 76 21 / 98 33-0

Fax: 0 76 21 / 7 87 14

E-Mail: info@akmcongress.com

Antidepressiva

Schnellerer Wirkungseintritt?

In einem Editorial wird diskutiert, ob die Wirkung von Antidepressiva – entgegen der konventionellen Einschätzung von 6 Wochen – nicht doch schneller eintritt. Ergebnisse von 2 Metaanalysen zeigen, dass circa bei der Hälfte der Patienten bereits nach 2 Wochen eine 60 %-ige Besserung eintritt (alle Antidepressiva) bzw. 30 % der therapeutischen Wirkung bereits in der ersten Woche zu be-

obachten ist (nur SSRI). Die konventionelle Einschätzung sollte daher überdacht und gezielte Studien in Angriff genommen werden (mögliche Klassenunterschiede, schnellere Besserung nur einzelner Symptome, nur bei speziellen Patientengruppen verifizierbar?). Es ist nach Ansicht des Autors noch zu früh, die klinische Praxis zu ändern und Patienten dadurch zu enttäuschen, dass sich deren Symptome nicht so schnell wie erhofft bessern sollten.

Quelle: Brit. med. J. 2007; 334: 911

Natriumphosphathaltige Abführmittel

Nephrokalzinose

Die AkdÄ informiert über einen 74-jährigen Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, der zur Vorbereitung einer Koloskopie ein natriumphosphathaltiges Abführmittel erhält. Vier Wochen nach Einnahme stieg das Serumkreatinin von 1,5 mg/dl auf 3,4 mg/dl und in einer Nierenbiopsie wird eine Nephrokalzinose nachgewiesen. Aus der Literatur ist das Auf-

treten von akutem Nierenversagen und dauerhafter Dialysepflichtigkeit nach der Gabe dieser Arzneimittel bekannt (in D z.B. Fleet® Phospho-soda). Die AkdÄ moniert zu Recht die ungenaue Angabe „Kontraindikation Niereninsuffizienz“ in der Fachinformation ohne Angabe des Schweregrades und empfiehlt erhöhte Vorsicht bei Risikogruppen (Patienten mit Elektrolytstörungen, ältere und verwirrte Patienten).

Quelle: Dt. Ärztebl. 2007; 104(18): C 1072

Anmerkung: Alternativen könnten Lösungen zum Einnehmen sein, die außer Natriumphosphat noch andere Elektrolyte oder Macrogol enthalten (zum Beispiel Darmspülpulver Bernburg®, Delcopen-Drinklösung®, Endofalk®), bedingt auch diagnostische Klistiere.

Verschreibungsfehler

Tipps aus der Praxis

Das Ausstellen von Rezepten im Praxisalltag kann fehlerträchtig sein und aus Unachtsamkeit zu schwerwiegenden Fehlern zum Schaden des Patienten führen. In einem Beitrag eines Kollegen wird empfohlen

- Rezepte nicht mehr in der laufenden Sprechstunde auszustellen, sondern in Ruhe in einer Pause mit Überprüfung der Richtigkeit, insbesondere bei kritischen Arzneistoffgruppen wie Gerinnungshemmer, nicht-steroidale Antiphlogistika, Kortikoide, Antibiotika, Antidepressiva, Zytostatika. Die Patienten hätten sich nach einiger Zeit daran gewöhnt, zweimal die Praxis aufsuchen zu müssen.

- Erstellen eines immer aktuellen Ordnungsplanes mit genauer Erklärung neuer Therapieschemata sowie Mitgabe eines Verordnungszettels.
- Arzthelferinnen dürfen nur bekannte Arzneimittel auf ein Rezept übertragen. Bei neuen Mitteln erfolgt eine besondere Information des Arztes.
- Das Führen eines „Fehlerbuches“, Voraussetzung: „fehlerfreundliche Kultur“ in der Praxis mit der Einschätzung, dass Fehler normal sind und offengelegt werden müssen, um die Ursache zu erkennen.
- Apotheker einzubinden, z.B. Absprache einer Information der Praxis bei Auffälligkeiten.

Quelle: Münch-med.Wschr.2007; 149: 54; Dt. Ärztebl. 2007; 104(20): 107

Anmerkung: Inwieweit diese Vorschläge eines Praktikers für alle Praxen gelten können, bleibt offen. Hilfreich kann ein Blick in das Internet sein, in dem unter www.jeder-fehler-zaehlt.de anonym über Fehler in Hausarztpraxen diskutiert werden kann und Tipps zur Vermeidung angeboten werden (80 % der zugesandten Fehler waren Prozessfehler und keine Kenntnis- oder Fertigungsfehler).

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

ANZEIGE



KORTE
RECHTSANWÄLTE

Prof. Dr. Niels Korte
Marian Lamprecht

Absage durch Hochschule oder ZVS?
– Klagen Sie einen Studienplatz ein!

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei liegt direkt an der Humboldt-Universität. Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle – wir werden bundesweit für Sie tätig.

24-Stunden-Hotline: 030-226 79 226
www.studienplatzklagen.com

Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte

www.anwalt.info
kanzlei@anwalt.info

ANZEIGE

MEYER-KÖRING v. DANWITZ PRIVAT

DR. REINER SCHÄFER-GÖLZ

FACHANWALT FÜR MEDIZINRECHT

- Beratung und Vertretung von Ärztinnen und Ärzten vor und in der Niederlassung bei Gründung, Auseinandersetzung und Verkauf von Praxen, bei Eingehung von Kooperationen (insbesondere Berufsausübungs- und Organisationsgemeinschaften) sowie Gründung von Medizinischen Versorgungszentren
- Vertragsarztrecht, insbesondere Zulassung, Vergütung, Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Vertretung von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern in Haftpflichtprozessen
- ärztliches Berufs- und Strafrecht
- ärztliches Wettbewerbsrecht, Heilmittelwerberecht

Kronenstraße 3 ■ 10117 Berlin ■ Telefon: 030 206298-6
E-Mail: schaefer-goelz@mkvdp.de ■ www.mkvdp.de

Import von Bettwanzen und ihre mögliche Rolle als Überträger

Die globalisierungsbedingte Zunahme im Reiseverkehr und Handel bewirkt weltweit eine Zunahme von neuen und wiederkehrenden vektorassoziierten Erkrankungen. Zahlreiche Parasiten, Bakterien und Viren werden direkt beim Blutsaugen von Gliedertieren (Zecken, Insekten oder Milben) auf den Menschen oder auf andere Reservoirwirte übertragen, oder werden passiv mit dem Kot oder infolge Regurgitation ausgeschieden. Da die Ektoparasiten zu den wechselwarmen Tieren gehören, haben Umweltveränderungen sowohl einen großen Einfluss auf ihre Entwicklung, Lebensweise und Verbreitung als auch auf die von ihnen übertragenen Pathogene.



Bis in die 40er Jahre des vorigen Jahrhunderts hatten Ektoparasiten wie die Bettwanzen weltweit eine Bedeutung als Hygieneschädlinge. Aufgrund der verbesserten Hygiene und des großflächigen Einsatzes von Pestiziden wurden die Bettwanzen in den Industrienationen weitgehend eingedämmt und nahmen in Europa, Amerika und Australien eine untergeordnete Rolle als Schädlinge ein. In den nicht industrialisierten Ländern blieben die Bettwanzen jedoch weiterhin stark verbreitet.

Im Institut für Tropenmedizin Berlin haben sich innerhalb der letzten Jahre zunehmend Patienten mit Cimicosis (Bettwanzeninfestationen) vorgestellt. Im Jahr 2000 wurden 32 Bettwanzen nachgewiesen, im Jahr 2006 124 Fälle von importierten Bettwanzen registriert.

Bei sensiblen erwachsenen Patienten und häufig bei Kindern wird infolge von Bettwanzenstichen die Bildung stark juckender bisweilen auch schmerzhafter Quaddeln oder Papeln beobachtet, die sich durch Kratzen bakteriell superinfizieren. Neben diesen allergischen Hautreaktionen kann insbesondere bei länger andauernden Stichbelästigungen eine allergische Rhinitis auftreten. Allergisches Asthma und allergischer Fließschnupfen als Reaktion auf Bettwanzenstiche und Bettwanzenkot sind dokumentiert.

Morphologie der Stichreaktionen variieren von kleinen petechialen Blutungen (meist

beim ersten Befall) bis zu urtikariellen Papeln und Blasenbildung, die Tage persistieren können.

Typische Hautreaktionen treten nach Bettwanzenstichen jedoch nur bei einem Teil der betroffenen Personen auf, sodass ein Import von Bettwanzen anfangs nicht immer gleich wahrgenommen wird. Die aus dem Urlaub importierten Bettwanzen können sich ungehindert in den Wohnungen weiter entwickeln und vermehren.

Bettwanzen verstecken sich tagsüber in Ritzen, Löchern, Matratzen, Steckdosen oder Kabelschächten und suchen den Menschen nur kurzzeitig zum Blutsaugen auf. Adulte Wanzen können Kälte und wochenlanges Hungern (bis zu 9 Monaten) ertragen.

Bettwanzen können auch eine Rolle als passive Keimüberträger einnehmen. In Bettwanzen wurden bisher 28 verschiedene Krankheitserreger entdeckt, darunter auch Hepatitis B-Viren. Laborversuche haben bewiesen, dass Hepatitis-B-Viren bis zu 6 Wochen nach einer Fütterung mit infiziertem Blut im Kot der Bettwanzen nachgewiesen werden können.

Bisher sind jedoch aufgrund fehlender Daten weder das mögliche Vektorpotential der in Deutschland vorkommenden bzw. importierten Bettwanzen, noch die umweltrelevanten Voraussetzungen für eine Etablierung möglicher Erreger bekannt. Auch die Dauer einer potenziellen Infektiosität der Wanzen in unseren Breitengraden ist zu unklar. Daher sollte bei nachgewiesener Cimicosis eine schnellstmögliche Befallskontrolle im privaten Umfeld der Patienten und ggf. eine professionelle Bekämpfungsmaßnahme erwogen werden, um das Risiko einer Weiterverbreitung der Wanzen und eine mögliche passive Übertragung von Krankheitserregern durch die Wanzen zu minimieren bzw. auszuschalten.

Dr. rer. nat. Karolin Bauer-Dubau
Camilla Rothe, Ärztin
Institut für Tropenmedizin
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin
www.charite.de/tropeninstitut

Ultraschall erleben: SONOLINE Center Berlin

- Termine ganz in Ihrer Nähe
- Neu- und Gebrauchtssysteme
- 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

Prävention

Landesgesundheitskonferenz setzt auf Prävention bei Kindern

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) rückt Kinder bis sechs Jahre in den Fokus ihrer Arbeit. Das ist das Ergebnis der vierten Landesgesundheitskonferenz, die Mitte Juni tagte und unter dem Motto „Prävention in Berlin“ stand. Die Arbeitsgruppen der LGK, an denen auch drei Vertreter der Ärztekammer Berlin teilnahmen, einigten sich auf Gesundheitsziele für Kinder im Alter bis zu sechs Jahren mit den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Sprachförderung in den Lebenswelten Familie, Stadtteil und Kindertagesstätte. Die Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Katrin Lompscher (Linkspartei), wertete die erstmalige Einigung der wesentlichen Akteure im Berliner Gesundheitswesen auf gemeinsame Ziele als Erfolg.

Vereinbart wurde beispielsweise das Ziel, innerhalb von vier Jahren den Anteil normalgewichtiger Kinder von 81 auf 83 Prozent und den Anteil von Kindern mit einer guten sprachlichen Entwicklung von 71 auf 75 Prozent zu steigern. Dabei soll der Blick besonders auf Kinder aus sozialschwachen Familien und Migrantenfamilien gelegt werden, da diese besonders häufig körperliche und sprachliche Defizite aufwiesen, wie aus dem aktuellen Gesundheitsbericht hervorgeht. Im Fokus sind dabei so genannte Sozialräume (kleinere Einheiten in den Bezirken) mit besonders großem Problempotenzial. Als größte Herausforderung wurde ausgemacht, die Problemfamilien mit den Präventionsangeboten überhaupt zu erreichen.

Zu den Akteuren in der LGK gehören neben den Senatsverwaltungen für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

sowie Bildung, Wissenschaft und Forschung unter anderem eine Reihe von Krankenkassen, verschiedene Bezirksämter, die Berliner Krankenhausgesellschaft, die Selbsthilfberatungsstelle SEKIS, der Landessportbund, der Caritasverband, Gesundheit Berlin e.V., die Industrie- und Handelskammer Berlin, die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer Berlin.

Die Vielzahl an Akteuren in drei Arbeitsgruppen machte das Formulieren gemeinsamer Ziele nach Aussage von Beteiligten nicht einfach. Schließlich gelang jedoch neben der Festlegung der Ziele auch die Erstellung eines Maßnahmenkataloges, der zur Erreichung dieser Ziele dienen soll. Laut ihrer Zielsetzung ist die LGK lediglich ein beratendes Gremium, das Empfehlungen für die jeweils zuständigen Entscheidungsträger erarbeitet. Die Umsetzung soll durch die Mitglieder der LGK in Eigenregie erfolgen – eine Verpflichtung, spezifische Projekte zu finanzieren besteht jedoch nicht. Dieser Punkt stieß teilweise auf Kritik.

Hinterfragt wurde im öffentlichen Teil der LGK auch die Diskrepanz zwischen dem Anspruch der politischen Ebene und der Wirklichkeit. Bemängelt wurden beispielsweise die massiven Einschnitte im öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Einen Punkt, den die Ärztekammer Berlin in der Vergangenheit immer wieder aufgegriffen hatte.

Die LGK will sich auf ihrem nächsten Treffen im Herbst mit der Formulierung eines weiteren Gesundheitsziels, der Herstellung der Transparenz über die erreichten Ziele der Evaluation der Maßnahmen sowie mit der Anpassung der Strukturen an die neuen Aufgaben beschäftigen.

Veranstaltungen

Deutscher Ärztekongress tagt

Zum zweiten Mal tagt der Deutsche Ärztekongress zusammen mit dem Charité-Fortbildungsforum. Vom 10. bis 12. September finden in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Berlin zahlreiche Seminare auf dem Campus Virchow-Klinikum statt. Das umfangreiche Programm bietet den Teilnehmern die Möglichkeit, sich über aktuelle und klinisch relevante Ergebnisse und Trends zu informieren. Als Beispiel aus dem Programm sei das Therapie-Symposium der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) in Kooperation mit der ÄKB und der KV Berlin genannt, das am 12. September unter der Leitung von Wolf-Dieter Ludwig stattfindet.

Weitere Informationen: www.deutscher-aerztekongress.de

Ausbildung

Prüfungstermine für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte

Die nächste Zwischenprüfung für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte führt die Ärztekammer Berlin am 30. Oktober 2007 in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg) durch. Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. **Anmeldeschluss ist der 15. September 2007.**

Die Winter-Abschlussprüfungen 2007/2008 für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte finden zu folgenden Terminen statt:

Schriftliche Prüfung:
11./12. Dezember 2007

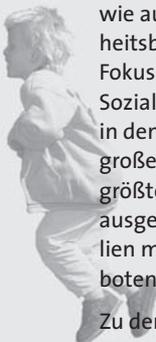
Praktische Übungen:
21. Januar 2008 bis
31. Januar 2008

Auch die Abschlussprüfungen werden in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg) abgenommen. Ärzte werden gebeten, ihre Azubis bis spätestens zum 30. September 2007 mit allen erforderlichen

Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, Berichtsheft (schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder die schriftliche Bestätigung des Ausbilders, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit, gegebenenfalls Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung.

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden zu den gleichen Terminen statt. Die formlosen Anträge müssen allerdings mit den erforderlichen Unterlagen: Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, Befürwortung der Schule, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit, Berichtsheft (schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder die schriftliche Bestätigung des Ausbilders, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, schon bis zum 15. September 2007 eingereicht werden.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Rufnummer 030/40 80 6-26 26.



Neue Rubrik

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet



Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Aus der Abteilung VI für Neurologie und Psychiatrie ist eine zweite Abteilung hervorgegangen: Die

Abteilung VI A für Neurologie mit dem Leitenden Arzt Dr. Martin Haase, Flottillenarzt. Dr. Haase war bereits von 2000 bis 2004 als neuropsychiatrischer Oberarzt im Bundeswehrkrankenhaus tätig.

Vivantes Klinikum Spandau

Dr. Thomas Papadopoulos wird ab Mitte August die Leitung des Fachbereichs Pathologie – Region Nord übernehmen.

Ehemals kommissarischer Leiter des Instituts für Pathologie der Universität Erlangen/Nürnberg löst Papadopoulos Jörg Linke ab, der Vivantes auf eigenen Wunsch verlassen hat.

Vivantes Klinikum Neukölln

Dr. Anton Carl Mayr, Direktor der Klinik für Innere Medizin – Hämatologie und Onkologie wird zum

1. September die Klinikleitung an Priv.-Doz. Dr. Maike de Wit weitergeben und in den Ruhestand verabschiedet werden. Frau de Wit war zuvor als Oberärztin an der 2. Medizinischen Klinik für Onkologie und Hämatologie der Universität Eppendorf in Hamburg tätig.

Vivantes Wenckebach Klinikum

Zum 1. September wird Dr. Rüdiger Trabant, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik –

Gerontopsychiatrie in die Freizeitphase der Altersteilzeit einsteigen. Dr. Bruno Steinacher, ehemals stellvertretender Geschäftsführer und Oberarzt der psychiatrischen Abteilung der Klinik im Theodor-Wenzel-Werk, wird seine Nachfolge antreten.

Helios Klinikum Berlin Buch

Privatdozent Dr. Joachim Ernst Wildberger, bisher stellvertretender Direktor der Klinik für Radiologische

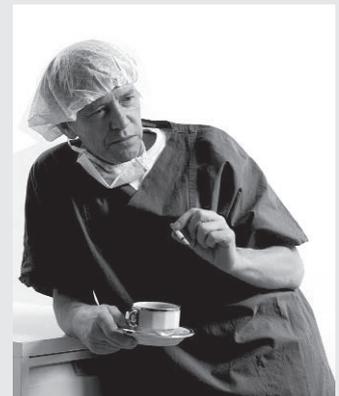
Diagnostik am Universitätsklinikum Aachen, ist neuer Chefarzt des Instituts für Röntgendiagnostik. Wildberger ist Nachfolger von Dr. Heinz Marciniak, der nach 20-jähriger Tätigkeit als Chefarzt altersbedingt ausscheidet.

Vivantes Klinikum Hellersdorf

Frau Dr. Margarita Metzger, bisher Oberärztin und stellvertretende Chefarztin der Klinik für Anästhesie,

Intensivmedizin und Schmerztherapie, trat zum 1. Juli die Nachfolge von Chefarzt Prof. Dr. Hans-Detlef Stober an, der vorzeitig in den Ruhestand verabschiedet wurde.

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



„Alltägliche Ärgernisse“ gesucht

BERLINER ÄRZTE möchte in einer monatlichen Rubrik die täglichen externen Beschränkungen, die Sie in Ihrer Arbeit als Arzt behindern, vorstellen. Dabei soll es möglichst nicht um einmalige Ereignisse, sondern um wiederkehrende Einschränkungen gehen, die viele Ihrer Kolleginnen und Kollegen teilen.

Ziel dieser Rubrik ist es, in Zeiten, in denen Ärzte und ihre Arbeit immer häufiger verunglimpft werden, die vielfältigen äußeren Einschränkungen einer guten Patientenversorgung zu dokumentieren, zu sammeln und für die politische Arbeit der Kammer zu nutzen.

Bitte senden Sie Ihre Erlebnisse unter dem Stichwort „Ärgernis“ ausschließlich elektronisch unter Angabe des Namens und Ihrer Fachrichtung an presse@aekb.de. Der Umfang sollte maximal 2.000 Zeichen (inklusive Leerzeichen) betragen.

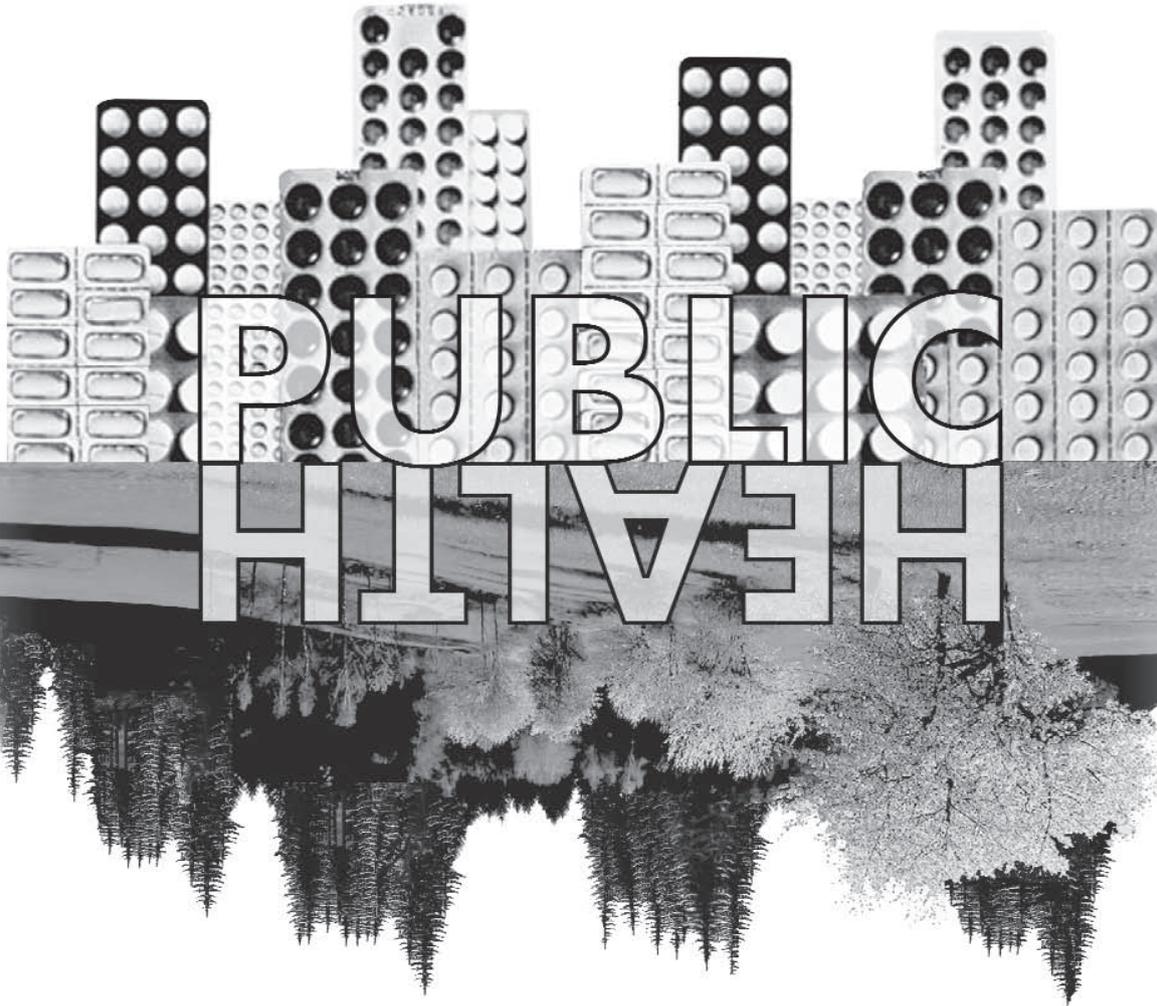
Ehrung

Gedenktafel für erste Berliner Ärztinnen

Mit 1000 Euro hat die Ärztekammer Berlin die Errichtung einer Gedenktafel für die ersten beiden Berliner Ärztinnen unterstützt. Die Erinnerung an Emilie Lehmus (1841-1932) und Franziska Tiburtius (1843-1927) ist am Haus Alte Schönhauser Allee 23/24 zu finden. Dort eröffneten die beiden Medizinerinnen, die ihre Ausbildung in Zürich absolviert hatten, als erste Frauen in Deutschland 1877 eine Praxis. Sie führten die „Poliklinik weiblicher Ärzte für Frauen und Kinder“ über 25 Jahre fachlich und sozial engagiert - trotz zahlreicher Schwierigkeiten und Anfeindungen von männlichen Kollegen. Die beiden hatten in der Schweiz studiert, da dies Frauen zur damaligen Zeit in Deutschland nicht erlaubt war. Sie durften zwar praktizieren, mussten sich aber als „Dr. med. in Zürich“ ausweisen, da sie keine deutsche Approbation hatten. Erst ab 1908 durften Frauen an preußischen Universitäten studieren, ab 1914 konnten sie die Approbation erhalten.

„Berlin School of Public Health“: Luftschloss oder realistischer Plan?

Von Rosemarie Stein



Warum tut Berlin sich so schwer mit den Gesundheitswissenschaften? Ausgerechnet die Stadt, von der schon vor fast einem Jahrhundert starke sozialhygienische Impulse ausgingen, lässt sich von anderen Universitätsstädten in der akademischen Etablierung von Public Health überflügeln. Und das, obwohl man hier die überall verstreuten wissenschaftlichen und praktischen Kompetenzen nur bündeln müsste – und obwohl die Ärzteschaft seit Beginn der Diskussion dahinter steht: Die Ärztekammer Berlin propagierte schon vor etwa anderthalb Jahrzehnten eine „Berliner Hochschule für Gesundheit“ als Ort der Forschung und Lehre für Public Health; ganz ohne überflüssige Konkurrenzängste, die woanders eine weniger selbstbewusste Ärzteschaft von der Kooperation mit anderen Fächern zurückschrecken lässt.

Die Kammer nimmt jetzt zwei Berliner Ereignisse dieses Jahres zum Anlass, ihr großes Interesse an den Gesundheitswissenschaften publizistisch zu bekräftigen: Die Gründung einer „Berlin School of Public Health“, die diesen Namen erst noch verdienen muss, und eine deutsch-französische Tagung zum Thema, die einen Blick über den lokalen Tellerrand ermöglichte.

Deutsch-französisches Engagement für »Public Health«

»Vielleicht können wir die Entwicklung beschleunigen«

Die Charité und die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften waren Partner des ehrwürdigen, schon seit 1530 bestehenden Collège de France bei dessen zweitem Auslandscolloquium. Am Gendarmenmarkt diskutierte man über Themen aus dem Bereich Public Health und speziell Prävention. Wir greifen hier nur ein paar Punkte heraus, die für die Entwicklung in Berlin von Interesse sind und geben Ihnen einige Hintergrundinformationen.

Wie stellt man die oft irrational erscheinende Gesundheitspolitik auf eine vernünftige, möglichst wissenschaftlich untermauerte Grundlage? Was muss geschehen, damit die medizinische Versorgung auch in Zukunft bezahlbar bleibt? Wie bringt man die Leute dazu, die Ergebnisse der Präventionsforschung im täglichen Leben zu beherzigen? Welches Gewicht haben die vielen verschiedenen Faktoren, die Gesundheit und Krankheit beeinflussen? – Das waren nur einige der Probleme, die auf dem französischen Colloquium diskutiert wurden. Die Arbeit an den Lösungen kann nicht von den Ärzten allein geschultert werden. Die Medizin braucht Entlastung und Unterstützung durch andere Gesundheitswissenschaften, die zusammen den multidisziplinären Lehr- und Forschungsbereich Public Health bilden.

Was ist eigentlich Public Health?

Die Nazis hatten die avantgardistische deutsche Sozialhygiene teils zur Rassenhygiene pervertiert, teils in die Emigration getrieben. Als wir sie übern Großen Teich zurückholten, hieß die Sozialhygie-

ne zusammen mit der klassischen Hygiene nun „Public Health“. Die Definition der WHO scheint immer noch die beste:

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

Während der Hauptgegenstand der Medizin die Krankheit des Individuums ist, geht es Public Health um die Gesundheit der Bevölkerung oder bestimmter Gruppen, zum Beispiel Fabrikarbeiter oder Mutter und Kind.

Die französische clarté der WHO-Definition fehlte dem Titel und dem Programm der französisch-deutschen Tagung „Die Zukunft der Prävention und von Public Health“. Deren Kernaufgabe ist ja die Prävention. Es gibt Überschneidungen mit der Medizin, für die aber Prävention leider oft ein Stiefkind ist, reduziert auf Früherkennung.

Unter das Dach von Public Health gehört aber noch eine Fülle anderer Fächer. Neben der klassischen Seuchenhygiene, Sozialhygiene und Präventionsforschung unter biologischen, psychologischen und soziologischen Aspekten zählen dazu die von vielen Ärzten nicht gerade geliebten Disziplinen Epidemiologie und Biostatistik, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemforschung, Krankenhausmanagement und Versorgungsforschung.

Aber auch Ingenieure, Architekten und Städteplaner können viel zu Public Health beitragen, wie dieses Colloquium zeigte.

Entwicklungshilfe für Deutschland

Vor allem wegen dieser Multidisziplinarität habe das Collège de France, das selbst durch die Kooperation von Wissenschaftlern vieler Fachgebiete gekennzeichnet ist, das Thema Public Health für dieses Auslandscolloquium gewählt, sagte das Collègemitglied Pierre Rosanvallon. Und auf die Frage, warum denn das Treffen ausgerechnet in Berlin stattfindet, wo Public Health gerade erst reanimiert wurde, meinte Collège-Administrateur Pierre Corvol, von Anfang an habe sich seine Institution vorzugsweise mit Forschungsgebieten befasst, die an den Universitäten noch nicht etabliert waren. Es sei ja auch besonders reizvoll, sich mit etwas zu beschäftigen, das noch im Werden ist. „Vielleicht können wir in Deutschland mehr Interesse für Public Health wecken und die Entwicklung beschleunigen“, sagte Corvol. (Die Hygienebewegung ging Anfang des 19. Jahrhunderts von Frankreich aus, liest man in medizinhistorischen Kompendien.)

Wie wichtig solche „Entwicklungshilfe“ wäre, betonten auch die deutschen Mitveranstalter. Günther Stock, Präsident der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, beklagte, dass Public Health und ihre Forschungsergebnisse in Deutschland noch immer nicht die nötige Aufmerksamkeit und die entsprechende Finanzierung erfahre. In der Prävention zum Beispiel gebe es viel Gutgemeintes und zu wenig wissenschaftlich Fundiertes. Statt einer gesundheitspolitischen Diskussion hätten wir nur eine Kostendebatte. Das gesamte Versorgungssystem, einst auf die akuten Krankheiten ausgerichtet, müsse neu in den Blick genommen und so umgestellt



werden, dass es den nun dominierenden chronischen Krankheiten gerecht werde.

Charité-Chef
Detlef Ganten

„... mit der Wissenschaft der Welt messen“

Das ist eine Aufgabe für das Public Health-Fach Gesundheitssystemforschung. Eine verwandte Disziplin, die Versorgungsforschung, untersucht, wie weit indizierte medizinische Leistungen, die als evidenzbasierter Standard gelten, den Patienten tatsächlich auch zugute kommen – ein gesundheitswissenschaftliches Arbeitsfeld, das dem Charité-Chef Detlef Ganten besonders am Herzen liegt: „Wie bringt man die medizinischen Fortschritte unters Volk?“ Für die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse habe man bisher viel zu wenig getan. Jede Menge Arbeit also für die Versorgungsforschung und andere Gesundheitswissenschaften. „Wir sprechen hier von einer Wissenschaft, die sich mit der Wissenschaft der Welt messen muss“, sagte Ganten.

Damit es einmal dazu kommt, müssen zunächst die nötigen Rahmenbedingungen geschaffen, also feste Strukturen aufgebaut werden. Man braucht sich ja nicht unbedingt gleich mit Amerika zu messen. Dort gibt es neben den Schools of Medicine, den Medizinischen Fakultäten, oft gleichrangige Schools of Public Health mit großem Fächerspektrum und einem umfangreichen Lehrkörper. Auch Europa hat gut ausgebaute Schools of Public Health. Die älteste und berühmteste dürfte die School of Hygiene and Tropical Medicine in London sein. In Frankreich gibt es immerhin vier dieser gesundheitswissenschaftlichen Institutionen, wie Corvol mitteilte.

Wie die Hygieniker an ihrer Naivität scheiterten

Public Health ist ein Kind der Aufklärung – aber auch der Industrialisierung und Urbanisierung sowie des Militäres. Marcel Prousts Vater publizierte über Armeehygiene, berichtete das Pariser Collège-Mitglied Anne Fagot-Largeault in einem historischen Abriss. Anfangs wurde Public Health von der klassischen Seuchenhygiene bestimmt, obwohl man noch keine Krankheitskeime kannte, sondern von ungesunden „Miasmen“ sprach. Auch wusste man schon etwas über die Lungen schädigenden Staub in den Manufakturen. Und später analysierte man nicht mehr allein die natürlichen, sondern auch die sozialen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit.

Schon der internationale Hygienekongress 1878 in Paris beschäftigte sich zum Beispiel mit Arbeitersiedlungen und mit der hohen Säuglingssterblichkeit. Man stellte fest, dass von tausend Kindern, die von ihren Müttern aufgezogen wurden, „nur“ 190 sehr früh starben, von tausend „Ammenkindern“ aber 900, teilte Anne Fagot-Largeault mit. Sie wies auch auf ein ungelöstes Problem hin: „Die Hygieniker waren naiv genug zu glauben, man könne ihre Erkenntnisse ohne Schwierigkeiten in Gesetze und diese in gesundheitliches Wohlbefinden umsetzen.“ Das funktioniere bis heute nicht, Stichwort Rauchen. Zum Niedergang der alten Hygiene habe nicht zuletzt die diktatorische Attitüde ihrer Vertreter geführt, die repressive Maßnahmen bis zur totalen Kontrolle forderten. Außerdem habe die öffentliche Hygiene durch die Eindämmung der Infektionskrankheiten und die Entwicklung der persönlichen Hygiene an Bedeutung verloren.

Heute befasst Public Health sich gleichermaßen mit den Verhältnissen (der natürlichen und sozialen Umwelt) wie mit dem Verhalten. Dass beides eng zusammenhängt, zeigte Arnaud

Basdevant (Paris) am Beispiel Adipositas. Sie entstand im gesellschaftlichen Kontext: und nur so kann man mit Erfolg dagegen vorgehen. Das heißt, neben medizinischen sind politische Maßnahmen erforderlich – nicht nur gesundheitspolitische. In Frankreich wurden beispielsweise die Süßwarenautomaten auf den Schulhöfen abmontiert – gegen erheblichen Widerstand der einschlägigen Hersteller.

Gesundheitsgefährdender Lobbyismus

Dass wirtschaftliche Interessen häufige gesundheitliche Risikofaktoren sind (auch dies ein Public Health-Thema), zeigt sich auch am ebenfalls beim Kongress erwähnten Verhalten der Arzneimittelindustrie, die oft die erwünschten Wirkungen ihrer Produkte übertreibt und die unerwünschten herunterspielt; ebenso am Einfluss der Zigarettenlobby, der zeitweise tief in die Wissenschafts- und die Politikszene hineinreichte, gerade in Deutschland. Das veranlasste einen der französischen Forscher zu der kritischen Frage, warum die eindeutigen wissenschaftlichen Ergebnisse zum Thema Rauchen in Deutschland erst mit so großer Verzögerung zu politischen Konsequenzen führten.

„Die Lobbies sind zu stark, und Public Health gibt es bei uns erst seit fünfzehn Jahren wieder“, sagte die bisher einzige Lehrstuhlinhaberin der – dank der Charité – gerade gegründeten „Berlin School of Public Health“, Ulrike Maschewsky-Schneider, in der Diskussion. Public Health, vielfach noch immer als Spezialfach verkannt, findet in Berlin jedoch engagierte Vorkämpfer, wie das französisch-deutsche Colloquium zeigte.

Selber Druck machen – wie Virchow!

„Wir müssen Druck ausüben auf die Politik – die nur auf Druck von Interessengruppen reagiert“, sagte Paul Unschuld (Horst Görtz-Institut, Charité),



Ulrike Maschewsky-Schneider

der lange Jahre in den USA Public Health gelehrt hat. Aufgabe der Politik sei es, den akademischen Rahmen für

Public Health genau wie für die Individualmedizin zu schaffen, damit die Aufgaben der Gesundheitswissenschaften erfüllt werden könnten: Diejenigen Gesundheitsprobleme zu identifizieren, von denen die gesamte Bevölkerung oder einzelne Gruppen betroffen sind und die für die Gesellschaft eine Last bedeuten sowie an der Lösung dieser Probleme zu arbeiten, sagte Unschuld. Für die engen Beziehungen von Public Health und Individualmedizin nannte er ein pulmonologisches Beispiel: Kein Münchner Busfahrer erlebe seine

Rente. Die internationalen Verflechtungen von Public Health thematisierte Carsten Mantel (International Health Programm am Institut für Tropenmedizin der Charité). Die Globalisierung betrifft auch das veränderte Krankheitspektrum. In der Dritten Welt gewinnen die chronischen Leiden gegenüber den Infektionskrankheiten ebenfalls an Boden. Frühere Pandemien wie die Tuberkulose werden zu Epidemien, und zwar zu Krankheiten der Armut, sagte Mantel. Die Folgen des Klimawandels wie Hitze und Luftverschmutzung, Bodenaustrocknung (Brandenburg!) und Überschwemmungen, Nahrungs- und Süßwassermangel werden Gesundheitsrisiken überall auf der Welt mit sich bringen, wobei Afrika am meisten leiden wird.

„Insel-Lösungen“ kann es nicht geben, gemeinsame Probleme lassen sich nur gemeinsam lösen, sagte Mantel. Ihm schwebt daher eine „Berlin School of Global Public Health“ vor. Zum Schluss erinnerte er an Rudolf Virchow, der lebenslang Arzt und Politiker war, und wünschte sich „auch bei den Medizinern eine lebhaft politische Diskussion“.

Rosemarie Stein

»Berlin School of Public Health« Lange Vergangenheit, bescheidene Gegenwart, glänzende Zukunft?

Von der TU verstoßen, wurde Public Health, schon klinisch tot, in der Charité mühsam reanimiert und auf den ehrgeizigen neuen Namen „Berlin School of Public Health“ getauft. Ist er ein wirksames Stärkungsmittel oder nur ein Placebo? Das ist auch für Ärzte interessant, denn von den Gesundheitswissenschaften profitieren, aktiv oder passiv, nicht zuletzt Mediziner. BERLINER ÄRZTE schildert hier Entstehungsgeschichte, Gegenwart und Zukunftschancen von Public Health in Berlin.

Wie legendär der Ruf der Charité in der weiten Welt noch immer ist, zeigt diese wahre Geschichte: Sobald die Nachricht von einer „Berlin School of Public Health“ an der Charité nach China gelangt war, wollte eine Delegation eigens nach Berlin reisen, um sie kennen zu lernen. Und da gab es sie noch gar nicht. Ihr Gründungsdirektor Ralph Brennecke erzählte dies im Januar bei der Gründungsfeier.

Dort sprach auch der Berner Ordinarius für Gesundheitsforschung Thomas Abel, ein Mann mit Überblick (Leitungsgremium der Swiss School of Public Health, Chefredaktion des International Journal of Public Health). Der sagte mit leichter Ironie: „Berlin School of Public Health – das klingt in der Tat großartig. Dieser Klang ist vielleicht sogar ein Wettbewerbsvorteil.“ Klingende Absichtserklärungen gab's bei dieser Feier in Fülle ebenso beim deutsch-französischen Public Health-Colloquium:

„Eines der wichtigsten Projekte der Charité“

„Das Potenzial für Public Health in Berlin ist einmalig – das muss man zum Strahlen bringen. Nicht nur an den Universitäten, auch an den Fachhochschulen gibt es Studiengänge, die wir unter das Dach der Berlin School of Public Health holen wollen.“ (Berlins Wissenschafts-Staatssekretär Husung.) „Dies ist eines der wichtigsten Projekte der Charité. Wir werden die einschlägi-

gen Fächer ausbauen, eng miteinander verzahnen und alle Ressourcen zusammenführen.“ (Charité-Dekan Paul) „Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit wird reiche Früchte auch für die Medizin tragen. Wir werden in unserem Gesundheitssystem nur vorankommen, wenn wir Gesundheit verstehen und nicht nur Krankheit.“ (Rudolf Tauber, Fakultätsrat, damals FU-Vizepräsident) „Unsere Zukunftsvision ist eine international bedeutsame School of Public Health.“ (Gründungsdirektor Ralph Brennecke) „Wir werden mit Sicherheit keine kleine School of Public Health bleiben. Wir müssen alle Verantwortlichen davon überzeugen, dass die Förderung dieser Institution notwendig ist und nachhaltig sein muss.“ (Ulrike Maschewsky-Schneider, bislang einzige Professorin, jetzt im Vorstand der Berlin School of Public Health.)





Charité-Dekan Martin Paul

Nachdem Public Health in Berlin als hoffnungsloser Fall fast aufgegeben war, klingt das alles viel versprechend. Die TU, von Sparzwängen geknebelt wie die Charité, hatte mit der Rückentwicklung zur TH beginnen müssen, stieß also möglichst alles ab, was wenig mit Technik zu tun hat. Zwar befasst sie sich weiter mit Gesundheitsfragen, aber im neuen „Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG)“. Ihr Institut für Gesundheitswissenschaften wurde aufgelöst, die beiden Ergänzungsstudiengänge Public Health und Epidemiologie eingestellt.

Public Health-Experten werden gebraucht!

Sie waren zwar erst ein Anfang für ein so multidisziplinäres Gebiet wie die Gesundheitswissenschaften, aber sehr erfolgreich, denn Public Health wird gebraucht. Ulrike Maschewsky-Schneider, seit 1996 dabei: „Unsere Absolventen sitzen überall im Gesundheitswesen, in Kassen und Verbänden, in Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen, in den Verwaltungen großer Krankenhäuser, in der Gesundheitspolitik.“ Alle fanden gleich eine Stellung, wer berufsbegleitend studiert hatte, verbesserte seine Position. Diese Experten sind gesucht in Medizin und Gesundheitswesen, man ist froh, Dilettantismus durch Kompetenz ersetzen zu können. Und nun?

Die TU hatte sich verpflichtet, Public Health mindestens bis 2009 fortzuführen. Sie brach den Hochschulvertrag, und das wurde teuer. Die Charité forderte von ihr die Mittel, die sie für Public Health hätte aufwenden müssen, für die Übernahme der einzigen verbliebenen Professur und die beiden Studiengänge, die TU weigerte sich. Eine verwickelte Sache. Das dauerte und dauerte – bis Hans-Gerhard Husung, Staatssekretär beim Forschungssenator, „den Gordischen Knoten durchschlug“, wie Brennecke sagte, und beide Seiten zum finanziellen Kompromiss brachte. Dieses

Sommersemester konnte die Lehre wieder aufgenommen werden – in der Charité, im wesentlichen mit denselben Lehrbeauftragten aus verschiedenen wissenschaftlichen Institutionen wie vorher an der TU, die außerdem Mitglieder der School of Public Health sind.

Ulrike Maschewsky-Schneider und ihr kleiner Stab – vier wissenschaftliche Mitarbeiter-Stellen, zwei Sekretariatsstellen – arbeiten unter erschwerten Bedingungen: Der Unterricht findet im Lehrgebäude des Campus Virchow statt, sie selber sitzen, sehr abgelegen, in einem alten Ärztesohnhaus des früheren amerikanischen Hospitals in Dahlem – so gut versteckt, dass man sie bei einem Besuch kaum findet. Die Studierenden sind mit großem Eifer bei der Sache. Im Sommersemester hatten 27 Public Health und fünf Epidemiologie gewählt. Fast alle hatten schon Berufserfahrung. Etwa ein Drittel sind Mediziner oder Pharmazeuten, ein Drittel Sozialwissenschaftler und Ökonomen, der Rest kommt aus Biologie, Mathematik oder auch Pflege und Physiotherapie.

Aller Anfang ist schwer – Ausbau stufenweise

Der Stufenplan zur Entwicklung der School of Public Health, der jetzt erst in detail erarbeitet wird, sieht in groben Zügen so aus:

Die erste Stufe ist genommen: Transfer der überarbeiteten beiden Studiengänge in die Charité, wo die Berlin School of Public Health eines der Zentren ist. Ende Juni hat der Zentrumsrat den ehrenamtlichen Gründungsdirektor durch einen neu gewählten Vorstand abgelöst, dazu gehören: Studiengangsleiterin Maschewsky-Schneider, die neue Direktorin des kooperierenden Instituts für Tropenmedizin, Gundel Harms-Zwingenberger, und qua Amt der Prorektor für Studium und Lehre, Manfred Gross.

In der zweiten Ausbaustufe sollen die beiden von der TU übernommenen Studiengänge durch die gesundheits-

wissenschaftlichen Postgraduiertenstudiengänge zunächst nur der Charité ergänzt werden: Consumers Health Care, Science in Nursery, International Health (im Institut für Tropenmedizin) sowie Health and Society (International Gender Studies), alle mit Master-Abschluss. Die beiden letzteren, die Gesundheitssysteme im internationalen Kontext entwickeln, haben schon frühzeitig Interesse an einem Zusammenschluss unterm Dach der Berlin School of Public Health gezeigt. „Angedacht“ ist ein gemeinsames Grundstudium nach internationalem Standard und die Flexibilisierung des Schwerpunktstudiums durch Austausch von Bausteinen (Modulen).

Auf der dritten Stufe soll sich das Dach der School of Public Health nach Möglichkeit über alle einschlägigen Studiengänge der Stadt breiten, und das sind mehr als man denkt: 16, seit 2003 in der Arbeitsgemeinschaft „Gesundheitsstudiengänge Berlin“ schon vereint. Ohne jene der TU, die ja gerade ihr eigenes Zentrum (das ZiG) gegründet hat, sind das: an der FU „Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“, an der Technischen Fachhochschule „Clinical Trial Management“, an der Fachhochschule für Wirtschaft „Health Care Management“ – alles Weiterbildungsstudiengänge mit Master-Abschluss. Hinzu kommen einige grundlegende Studiengänge, vorwiegend im Pflege-Management, an der Alice Salomon-Fachhochschule und der Ev. Fachhochschule.

Bologna kommt nach Berlin

Geplant und dringend notwendig für eine School of Public Health ist jedenfalls eine Ausdifferenzierung und Erweiterung des Angebots an Fächern, damit man sich zum Beispiel auf Versorgungs-

forschung, Prävention oder Biostatistik spezialisieren kann. Eine Kooperation mit solchen Disziplinen, die an der Charité für die Ärzteausbildung schon vorhanden sind, wird angestrebt. Da die Bologna-Qualitätskriterien und die Modularisierung im Bereich Public Health schon weithin gelten, sind gemeinsames Grundstudium und harmonisierte Module nicht mehr utopisch. Interessant für Mediziner, die während des Studiums merken, dass sie eigentlich doch nicht Arzt werden wollen: Die Charité ist im Begriff, in den Bologna-Prozess auch für die ärztliche Ausbildung einzutreten. Wie Dekan Martin Paul uns bestätigte, wird hier demnächst das zweistufige Medizinstudium mit dem ersten Abschluss Bachelor of basic medical science eingeführt. Danach könnte man zum Beispiel

Public Health

Befasst sich mit den Bedingungen für Gesundheit und Ursachen von Krankheit, soweit sie in der natürlichen, technischen und sozialen Umwelt der Menschen begründet liegen. Public Health entwickelt und evaluiert Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, der qualitätsgesicherten Gesundheitsversorgung und der Unterstützung von Patienten und Patientinnen in der Krankheitsbewältigung. Es untersucht die Leistungen des Gesundheitssystems und die Möglichkeiten, diese politisch und ökonomisch zu steuern. Zielgrößen des Forschens und Handelns in den Gesundheitswissenschaften sind die Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung insgesamt sowie besonders vulnerabler oder benachteiligter Bevölkerungsgruppen.

(Quelle: Berlin School of Public Health)

an der Berlin School of Public Health weiterstudieren, und das wäre dann ein normales Studium und nicht, wie heute, eine teure kurz bevor. Wir haben in München angerufen – wo man eine „Munich School of Public Health“ ansteuert – und erfahren, dass das jetzige Public Health-Aufbaustudium (bisher nur für Universitätsabsolventen) schon im Wintersemester zum ganz normalen Studium nach dem Bachelor-Examen (auch an Fachhochschulen abzulegen) wird.

Wann wird Berlin Bielefeld überflügeln?

Noch ein paar Blicke über den Berliner Gartenzaun: Wieder andere Besonderheiten bietet Hannover. Public Health, dort im Zentrum für öffentliche Gesundheitspflege der Medizinischen Hochschule angesiedelt, ist einerseits stark wissenschaftlich orientiert (am Dr. of Public Health), andererseits sind einzelne Kurse für Patientenvertreter geöffnet, was sich bewährt hat.

Die einzige wirkliche School of Public Health Deutschlands, eine veritable Fakultät für Gesundheitswissenschaften mit jetzt zehn Lehrstühlen und zwei Juniorprofessuren sowie Lehrstühlen und verschiedenen Studiengängen, die zum Bachelor, Master oder Doctor of Public Health führen, wurde schon 1994 an der Universität Bielefeld gegründet. Ob Berlin es eines Tages schaffen wird, Bielefeld zu überrunden? Der feste Wille allein (so er denn da sein sollte) reicht da nicht, es müssen auch Lehrstühle her. Woher nehmen und nicht stehlen?

Charité-Chef Ganten weiß Rat. Wie er uns mitteilte, wird die Charité Lehrstühle, die durch Wegfall fusionsbedingter Doppelungen verfügbar werden, um widmen, auch für die Berlin School of Public Health. Überdies solle sie in die Mitte der Stadt umziehen, wohin sie gehöre.

Reanimiert – aber auch intensiv gepflegt?

Aber all dies zieht sich in die Länge. Bis jetzt ist noch nicht einmal der zweite Lehrstuhl (neben dem von der TU übernommen) ausgeschrieben, zu dem die Charité sich verpflichtet hat. In einem Gespräch mit dem Dekan erfuhr BERLINER ÄRZTE, dies solle erst im September oder Oktober geschehen – also ein dreiviertel Jahr nach der Gründungsfeier. Dann erst können Berufungsverhandlungen beginnen, aber Paul erwartet, dass sie innerhalb eines halben Jahres zum Ziel führen. (Habilitierte junge Public Health-Experten gibt es genügend, weiß Ulrike Maschewsky-Schneider.)

Und wann ist mit dem Umzug in die Stadtmitte zu rechnen? (Man denkt insgeheim an das schöne historische Haus in der Dorotheenstraße mit dem Robert Koch-Saal, aber das gehört ja zu den „Außenliegenschaften“, die die Charité abstoßen soll oder muss.) Paul spricht von „spätestens 2010“ und der Unterbringung im geplanten Neubau für die Vorklinik. Aber ist das ein angemessener Ort für eine gesundheitswissenschaftliche Fakultät? Als Zwischenlösung stellt der Dekan die Möglichkeit in Aussicht, sie räumlich mit dem Institut für Tropenmedizin auf dem Westend-Gelände zusammenzulegen, dessen neue Leiterin Gundel Harms-Zwingenberger schon unter dem Aspekt der Public Health-Kompetenz berufen worden und dessen Studiengang International Health kooperationsbereit sei. Aber der Spandauer Damm liegt auch nicht gerade zentral. Public Health ist für Berlin erst einmal gerettet. Aber wie weiter? Trotz des bescheidenen Status quo der offenbar zögerlichen Entwicklung bleibt Dekan Paul bei seiner Aussage, dies sei „eines der wichtigsten Projekte der Charité“. Er betont auch die Notwendigkeit, in Deutschland nach dem Vorbild vor allem der USA Schools of Public Health parallel und ergänzend

Fortsetzung auf S. 21

Was die „Berlin School of Public Health“ schon heute bietet – auch Medizinern

Für die beiden weiterbildenden Masterstudiengänge werden vorerst (bis Bologna greift) nur Bewerber zugelassen, die ein erstes berufsqualifizierendes Studium abgeschlossen haben, möglichst in einem medizinischen, sozial- oder naturwissenschaftlichen Fach. Möglich ist ein Vollzeitstudium über ein Jahr oder ein (berufsbegleitendes) Teilzeitstudium über zwei Jahre. Beide Studiengänge – Public Health und Epidemiologie – sind nach dem European Credit Transfer System (ECTS) in Modulen gegliedert, die zusammen mit der Masterarbeit 60 ECTS erbringen. Davon können bis zu 30 in anderen gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen erlangt und auf Antrag transferiert werden. – Zulassung nur zum Wintersemester, Bewerbungen jeweils bis zum 15.7.

Der Master of Public Health

...bereitet die Absolventen vor auf:

- Aufgaben in Planung, Management und Umsetzung von Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung und Prävention,
- die Erforschung, Entwicklung und Evaluation gesundheitswissenschaftlicher Programme und Konzepte,
- die Übernahme von Leitungspositionen zur politischen und ökonomischen Steuerung des Gesundheitssystems.

Der Studiengang besteht aus

1. dem Grundlagenstudium mit vier Modulen (soziale und medizinische Determinanten von Gesundheit und Krankheit, Forschungsmethoden, Gesundheitssysteme),
2. dem Schwerpunktstudium mit gleichfalls vier Modulen. Dabei kann man zwischen den Schwerpunkten Gesundheitsförderung, Management im Gesundheitswesen sowie Epidemiologie und Biostatistik wählen;
3. dem Projektstudium in gesundheitswissenschaftlichen Praxisfeldern und einer wissenschaftlichen Masterarbeit.

Der Master of Science in Epidemiologie

...ist das vorerst einzige spezielle Public Health-Kernfach, das die Berlin School of Public Health zum Studium anbietet. Die Zielgruppe: Wissenschaftler verschiedener Fachrichtungen, die eine hohe analytisch-methodische Kompetenz brauchen, weil sie zum Beispiel

- in der epidemiologischen Forschung und Lehre tätig sind oder sein werden,
- in klinischen oder pharmazeutischen Einrichtungen oder in Behörden arbeiten und vertiefte epidemiologische Kenntnisse erwerben möchten,
- sozialwissenschaftlich tätig sind und das Feld ihrer beruflichen Möglichkeiten erweitern wollen.

Da es sich um Weiterbildung handelt, sind die Gebühren relativ hoch; für jeden der beiden Weiterbildungs-Studiengänge insgesamt 7200 Euro, pro ECTS 120 Euro, für Externe 150 Euro.

Kontakt: Nina Adelberger,
Fabeckstraße 60-62, Haus 652,
14195 Berlin. Telefon 030 84 45 12 88,
Fax: 030 84 45 12 90, E-Mail: bsph@charite, www.charite.de//bsph



zu den Schools of Medicine, den Medizinischen Fakultäten, zu entwickeln. Nur: Die Charité wurde zu einem rigiden Sparkurs gezwungen. „Wir müssen uns das aus den Rippen schneiden!“ Er wird ungehalten, wenn man fragt, warum alles so langsam geht.

Public Health für Berlin – ein unendliche Geschichte

Um unsere Ungeduld verständlich zu machen, ist eine kleine Rückblende auf die schier unendliche Geschichte der versuchten Reimplantation von Public Health in Berlin notwendig*:

1984

„More Schools of Public Health – a Worldwide Need“ hieß ein Vortrag, den Milton I. Roemer, Professor an der School of Public Health der University of California, in Berlin hielt, und zwar auf einer Expertentagung der Deutschen Stiftung für Internationale Entwicklung.

1986

wurde der Sozialwissenschaftler Bernhard Badura an die TU Berlin berufen und sammelte alsbald eine Schar gesundheitswissenschaftlich Interessierter um sich. Es bildete sich eine Initiativgruppe unter Beteiligung der Ärztekammer Berlin mit dem Ziel, Public Health auch in Deutschland, vor allem in Berlin, akademisch zu verankern. Badura ging aber wegen mangelnder Unterstützung in Berlin 1991 nach Bielefeld, wo schon 1989 der erste gesundheitswissenschaftliche Aufbaustudiengang existierte, und baute ihn mit aus zur 1994 gegründeten ersten gesundheitswissenschaftlichen Fakultät der Bundesrepublik.

1987

äußerte sich der Leiter des US-Public Health Service, der Surgeon General Charles E. Koop, in Berlin erstaunt darüber, dass die Bundesrepublik ohne eine

einzigste School of Public Health auszukommen glaubte. Für eine Gründung bot er Berlin sogar amerikanische Unterstützung an – ohne Resonanz.

1989

kam es in Berlin zu einer rot-grünen Koalitionsvereinbarung, die auch den Plan einer „Hochschule für Gesundheit“ umfasste – ohne Folgen. Im selben Jahr wurde immerhin das Konzept eines Ergänzungsstudiengangs Public Health an der TU abgesegnet. Und vor allem geschah etwas noch nie Dagewesenes:

Allen Kultus- und Wissenschaftsministerien der Länder teilte der Bundesminister für Forschung und Technologie mit, er wolle Public Health-Forschung fördern – aber nur an solchen Universitäten, an denen die jeweilige Landesregierung feste Strukturen dafür schaffen, also Kontinuität gewährleisten würde; auch durch Einrichtung gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge. Die wiederum erhielten vom damaligen Ministerium für Bildung und Wissenschaft ihre Anschubförderung – auch in Berlin. Dort fand ein Treffen aller an Public Health interessierten deutschen Institutionen statt, bei dem sich die Universitäten auf eine gemeinsame Linie für die Studiengänge einigten und Zusammenarbeit beschlossen. In Berlin gelang es der damaligen FU-Vizepräsidentin für die Medizin, Irene Guggenmoos-Holzmann, gegen große Widerstände auch die Medizin in die Public Health-Forschung und -Lehre einzubinden.

1992

begann die finanzielle Förderung der Forschungsverbände, zu denen das Bundesforschungsministerium Wissenschaftler, ganze Disziplinen und sogar Institutionen zusammenzwang – auch in Berlin. Hier wurde im selben Jahr an der TU der Modellstudiengang Gesundheitswissenschaften tatsächlich eröffnet.

1993

wurde, ebenfalls an der TU Berlin, das Institut für Gesundheitswissenschaften gegründet. Als Leiter beider Institutionen konnte ein erfahrener Mediziner und Gesundheitswissenschaftler gewonnen werden: Georges Fülgraff, früherer Präsident des Bundesgesundheitsamtes in Berlin, dann Gesundheitsstaatssekretär in Bonn. Berlin hatte damals also sehr gute Chancen, zu einem Public Health-Zentrum zu werden. Die Forschung ging voran, ein zweiter Studiengang (Epidemiologie) konnte eingerichtet werden, schließlich gab es drei Professuren. Aber nachdem der Haupt-Promotor von Public Health, Kanzler Podewils, die TU verlassen hatte, schien man dort allmählich das Interesse zu verlieren. So scheiterten zum Beispiel die Berufungsverhandlungen mit einem Spitzen-Experten, dem Sozialmediziner Friedrich Wilhelm Schwartz. Er blieb in Hannover.

Wann können die Chinesen kommen?

Der Rest ist bekannt. Public Health ist für Berlin zwar gerettet, scheint sich aber, von außen betrachtet, noch immer im Zustand der *vita minima* zu befinden, gemessen an den hoch fliegenden Plänen, die schon allein im Namen „Berlin School of Public Health“ der Charité stecken. Erinnern wir uns an die eingangs erzählte Geschichte von den Chinesen, die eine weite Reise auf sich nehmen wollten, um sie zu besichtigen, als sie noch gar nicht existierte. Wie viele Jahre wird es wohl dauern, ehe man sie guten Gewissens hierher einladen kann, in eine international renommierte, multidisziplinäre gesundheitswissenschaftliche Lehr- und Forschungsstätte? Eine School of Public Health, die diesen Namen verdient – und den der Charité. Die hat schließlich einen Ruf zu verlieren.

Rosemarie Stein

* Die Entwicklung vor 1994 ist ausführlich und mit vielen Quellenangaben dargestellt im Sonderheft „Gesundheitswissenschaften/Public Health“ der TU-Forschungszeitschrift „Forschung aktuell“, Jg 11 Nr. 45-47, September 1994.

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 bekundet 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 Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
<ul style="list-style-type: none"> Semesterbegleitende Fortbildungsreihe 14-tägig dienstags; NEU: jeweils 19:00 – 20:30 Uhr (aktuell Sommerpause) 	Interdisziplinäre Fortbildungsreihe der Ärztekammer Berlin Die Veranstaltungstermine und -themen der Interdisziplinären Fortbildungsreihe des Wintersemesters 2007/2008 werden frühzeitig an dieser Stelle bekanntgegeben.	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
<ul style="list-style-type: none"> Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags; 20:00 – 21:30 Uhr 	Fachspezifische Fortbildungsreihe Innere Medizin, Schwerpunktthema im Wintersemester 2007/2008: Geriatrie Die Veranstaltungstermine und -themen der Fortbildungsreihe des Wintersemesters 2007/2008 werden frühzeitig an dieser Stelle bekanntgegeben.	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
<ul style="list-style-type: none"> 27.08. – 01.09.2007 08.10. – 13.10.2007 26.11. – 01.12.2007 	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	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
<ul style="list-style-type: none"> Kursteil A1: 03.09. – 12.09.2007 Kursteil A2: 12.09. – 21.09.2007 Kursteil B1: 05.11. – 14.11.2007 Kursteil B2: 14.11. – 23.11.2007 	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Interessenten können die Kursteile einzeln buchen oder aber die Kursteile zu je dreiwöchigen Kursen A und B zusammenfügen. Gebühren: Kursteile A1 bzw. A2 und B1 bzw. B2 separat: je 440 €; Kursteile A1 und A2 bzw. B1 und B2 jeweils gemeinsam: 880 €	
<ul style="list-style-type: none"> Kursteil 1: 06. – 08.09.2007 Kursteil 2: 27. – 29.09.2007 (jeweils Donnerstag ab 15 Uhr, Freitag ganztätig, Samstag in der 1. Woche: 9-18 Uhr, Samstag in der 2. Woche: 9-14 Uhr) 	Qualitätsbeauftragter in der Hämotherapie (40 Stunden-Kurs) (Weiteres s. Textkasten auf S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 (Inhalte) Tel.: 40806-1202 (Anmeldung) E-Mail: fobi-zert@aekb.de Gebühr: 700 €	40 P
<ul style="list-style-type: none"> 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 auf S. 23)	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
<ul style="list-style-type: none"> 10.10.2007 19:30 – 21:30 Uhr 	Moderierte Vortrags- / Fortbildungsveranstaltung der Arzt-Apotheker-Kooperation Berlin: „Läuse, Flöhe, Würmer & Co. – Herausforderungen für Ärzte und Apotheker“	Bitte beachten: Langenbeck-Virchow-Haus / Großer Hörsaal Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P

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

Fortbildungsangebot: Qualitätsbeauftragter in der Hämotherapie

(40-Stunden-Kurs)

Die Bundesärztekammer hat gemäß den §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (TFG) eine Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) erlassen.

Nach dieser Richtlinie müssen sowohl Einrichtungen, in denen Blut und Blutbestandteile gewonnen werden (Spendeeinrichtungen) als auch Einrichtungen, in denen Blutprodukte angewendet werden (Einrichtungen der Krankenversorgung) Qualitätssicherungssysteme betreiben. Einrichtungen mit Anwendung von Blutkomponenten und/oder Plasmaderivaten für die Behandlung von Hämostasestörungen (außer Fibrinkleber) müssen im Benehmen mit der zuständigen Ärztekammer einen ärztlichen Ansprechpartner zur Überwachung des Qualitätssicherungssystems (Qualitätsbeauftragter) benennen.

Voraussetzung für die Tätigkeit als Qualitätsbeauftragter ist die Approbation als Arzt und eine mindestens dreijährige ärztliche Tätigkeit sowie eine der folgenden Qualifikationen:

- Erfüllung der Voraussetzung für die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ oder
- 40 Stunden theoretische, von einer Ärztekammer anerkannte Fortbildung „Qualitätsbeauftragter Hämotherapie“

Wer zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinie als Qualitätsbeauftragter tätig ist, darf diese Tätigkeit weiter ausüben unter der Bedingung, dass eine der genannten Qualifikationen innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie nachgewiesen wird.

Die Ärztekammer Berlin und die Landesärztekammer Brandenburg werden die qualifizierende Fortbildung „Qualitätsbeauftragter Hämotherapie“ künftig im Wechsel anbieten. Nachfolgend finden Sie das nächste bevorstehende Kursangebot.

Kursangebot der Ärztekammer Berlin:

Teil I: 06.09. – 08.09.2007
 Teil II: 27.09. – 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)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Teilnehmergebühr: 700,- €

Information: Telefon: 030 40806-1400 (Inhalte)
 030 40806-1202 (Anmeldung)
 E-Mail: fobi-zert@aekb.de

Anmeldeschluss: 20.07.2007

Wissenschaftliche Gesamtleitung: Dr. med. Elke Gossrau (Berlin)

Der jeweils vollständige Besuch der jeweiligen Kursangebote ist mit 40 Fortbildungspunkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

Forschen, Lehren, Heilen, Helfen

Charité Fortbildungsforum / Deutscher Ärztekongress
 in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und der
 Ärztekammer Berlin

10. – 12. September 2007 in Berlin

Veranstaltungsort:

Charité – Universitätsmedizin Campus Virchow-Klinikum,
 Lehrgebäude, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Nähere Informationen/ Programm unter:
www.deutscher-aerztekongress.de

Der Kongress ist mit Fortbildungspunkten der
 Ärztekammer Berlin anerkannt.

ANZEIGENSCHLUSS

September-Ausgabe: 07.08.2007
 Oktober-Ausgabe: 04.09.2007

Delegierte befassen sich mit Zukunft des Arztberufes

Bericht von der Delegiertenversammlung am 4. Juli 2007

Mit nicht weniger als der Zukunft der ärztlichen Profession hat sich ein Referat der stellvertretenden Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer, Regina Klakow-Franck, auf der Delegiertenversammlung am 4. Juli beschäftigt. In einer eindrucksvollen Präsentation stellte sie die Herausforderungen an den Arztberuf und die Möglichkeiten zur Delegation ärztlicher Leistungen dar. Die Ärztekammer Berlin befasste sich damit bereits ein knappes Jahr vor dem Ärztetag 2008 in Ulm mit dieser folgenreichen Problematik, die dort einer der Haupttagesordnungspunkte sein wird. Daneben beschäftigten sich die Delegierten erneut mit dem Thema Weiterbildung, nachdem die von der Fraktion Gesundheit beantragte Sonderdelegiertenversammlung mangels Delegierter am 20. Juni nur zu einer ersten Aussprache genutzt worden war (lesen Sie dazu Seite 27).

Von Sascha Rudat

Auf großes Interesse der Delegierten stieß der Vortrag der stellvertretenden Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer, Regina Klakow-Franck, zum Thema „Delegation ärztlicher Leistungen“ an nichtärztliche Heilberufe. Klakow-Franck erläuterte zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen und Grenzen für die Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen. Kernpunkt war, dass bei der Delegation die Letztverantwortung immer beim Arzt bleibe. Die Rechtslage zur Erweiterung von Delegation an nichtärztliches Personal sieht folgendes vor:

- Ärztliche Gesamtverantwortung für die Patientenbehandlung
- Nachvollziehbarkeit der persönlichen Verantwortlichkeit des Arztes
- Gewährleistung des Facharztstandards
- Ausführliche Patientenaufklärung über die Art der Aufgabenteilung
- Ausschluss von Organisations- und Übernahmeverschulden
- Gewährleistung von Versicherungsschutz

Die politisch gewollte Stärkung nicht-ärztlicher Heilberufe (beispielsweise in der Koalitionsvereinbarung) stelle die ärztliche Profession vor neue Herausforderungen. Schlüsselfragen seien dabei:

- Ist die therapeutische Gesamtverantwortung teilbar (Prozess- und Ergebnisverantwortung)?
- Geht es um die Delegation oder Substitution ärztlicher Leistungen? (Laut Klakow-Franck wird zunehmend Letzteres propagiert)
- Wer steuert die Behandlung/Versorgung?
- Soll eine neue nichtärztliche Versorgungsebene eingezogen werden?

An dieser Stelle müsse sich die Ärzteschaft die Frage stellen, wohin sie wolle. „Die Klärung der eigenen Rolle ist die Voraussetzung einer Standortbestimmung gegenüber nichtärztlichen Gesundheitsberufen“, erläuterte Klakow-Franck. Der Arztberuf spiele sich im Augenblick in einem Spannungsfeld ab, das sich unter anderem aus politisch vorangetriebener Deregulierung, Wirtschaftlichkeitsdruck im Gesundheitswesen, gewandeltem Versorgungsbedarf (Stichwort: Immer mehr ältere, multimorbide Patienten) sowie einer komplexen modernen Medizin zusammensetze. Ärzte fühlen sich nach Aussage von Klakow-Franck dadurch zunehmend unter Druck gesetzt. Sie hätten den Eindruck, dass der Einfluss auf die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit sinke.

Die Bundesärztekammer will deshalb die Professionsentwicklung systema-



tisch und selbstbestimmt betreiben, unter anderem durch das Curriculum „Ärztliche Führung“. Zu einer kontinuierlichen professionellen Weiterentwicklung gehören demnach neben Sach- und Methodenkompetenz immer stärker auch Sozial- und Selbstkompetenz. Ärzte müssten wieder „vom Getriebenen zum Gestalter“ werden, betonte Klakow-Franck. Bei der Aufrechterhaltung ärztlicher Identität gehe es nicht um Besitzstandswahrung, sondern um einen Kollektivnutzen für die Gesellschaft.

In der anschließenden Diskussion stellte Harald Mau (Allianz) die Frage, wer Vorteile davon hätte, wenn bestimmte ärztliche Tätigkeiten zunehmend von nichtärztlichem Personal übernommen würden. Er glaube, dass die Vorstellung dahinter stünde, die medizinische Versorgung würde dadurch billiger. Dieses Problem sei aus der zunehmenden Kommerzialisierung erwachsen. Klakow-Franck erläuterte den Spagat zwischen Medizin und Management, der aus ihrer Sicht überwindbar sei. Kluge Unternehmen hätten erkannt, dass gerade die Patientenorientierung wichtig sei, um die „Kundenwerbung“ zu erhöhen. Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) teilte diese optimistische Darstellung nicht. Er empfinde den wirtschaftlichen Wettbewerb im Gesundheitswesen wesentlich stärker, der sich zunehmend negativ auf die ärztliche Tätigkeit auswirke.

Von Insellösungen zum zentralen System

Zur Information der Delegierten über die Umsetzung neuer Serviceleistungen der Kammer hatten der Kaufmännische Leiter Frank Rosenkranz und der Leiter Weiterbildung/Ärztliche Stelle, Michael Peglau, zwei Präsentationen vorbereitet. Wie Rosenkranz detailliert erläuterte, gab es Ende 2005 wegen Änderungen an der Weiterbildungsordnung (WbO) dringenden Handlungsbedarf für ein neues elektronisches Bearbeitungssystem. Anstatt eine weitere neue Einzellösung zu implantieren, entschloss man sich, die sehr verschachtelte, historisch gewachsene IT-Systemlandschaft der Kammer schrittweise zu einem zentralen System zusammenzuführen. Die Entscheidung für das so genannte ERP-System (Enterprise Resource Planning) namens Navision fiel Anfang 2006. Ziel ist es, bis Ende 2009 alle IT-Prozesse der Kammer in einem zentralen System zu vereinen, um eine solide Basis für kommende Anforderungen zu haben und hinsichtlich der Systempflege unabhängig von externen Einzelpersonen durch eine Standardsoftware zu sein. Rosenkranz stellte die einzelnen Schritte der Implementierung des neuen Systems von April 2006 bis heute im Detail dar. Dazu gehörten unter anderem die Einführung der Online-Antragsstellung von WB-Anerkennungen und –Befugnissen, die elektronische Seminar-Raum-Verwaltung, die Einführung von Telearbeitsplätzen sowie die Schaffung eines so genannten Service-Ticket-Systems für externe Anfragen.

Neues System erhöht Erreichbarkeit

In die Details der Servicedienstleistungen der Kammer führte Michael Peglau ein. Zunächst erklärte er das neue Service-Ticket-System: Die Kammer ist unter drei Hotlines erreichbar (siehe Kasten). Für jeden Anrufer/in legen die Service-Mitarbeiterinnen ein so genanntes Ticket am Computer an – sofern es sich dabei um ein Kammermitglied handelt, wird das Ticket mit dessen Daten

verknüpft. So ist sichergestellt, dass jeder Anruf erfasst wird. In dem elektronischen Formular wird die Anfrage genau festgehalten. Lassen sich die Fragen des Anrufers sofort beantworten, wird das Ticket anschließend abgeschlossen. Ist dies nicht möglich, wird das Ticket an die spezialisierte Sachbearbeiterin weitergeleitet. Diese übernimmt die Beantwortung – per Mail oder telefonisch – innerhalb von drei Werktagen. Danach wird das Ticket abgeschlossen.

Wie Peglau weiter ausführte, wurden in der Zeit vom 1. bis 29. Juni dieses Jahres 1620 Tickets angelegt und beantwortet. Im Schnitt waren es 130 Anrufer pro Tag. Die sofortige Erreichbarkeit der Kammer lag dabei nachweisbar bei 95 Prozent. „Das ist international ein Spitzenwert, auf den wir stolz sind“, unterstrich Peglau. Hinzu kamen in diesem Zeitraum 449 Anfragen per E-Mail.

Vizepräsident Elmar Wille (Allianz) fügte hinzu: „Wir erreichen das Ende dessen, was technisch machbar ist.“ Man werde bei der Flut der Anträge nicht um eine Erhöhung der Mitarbeiterzahl herumkommen. Er schwor die Delegierten darauf ein, dies zu berücksichtigen. „Ich will dann bei der Haushaltsdebatte nicht hören, dass wir sparen müssen“, sagte er mit Blickrichtung Fraktion Gesundheit.

Service-Nummern der ÄKB

Telefon: 030/40806-1111, -1112, -1113

E-Mail: service@aekb.de

Fax: 030/40806-551111

Persönliche Beratungsgespräche nach Vereinbarung

Probleme außerhalb der Kammer

Trotz dieser faktenreichen Darstellung erklärte beispielsweise Stefan Hochfeld (Fraktion Gesundheit), dies entspreche nicht seiner Wahrnehmung. Er wünschte sich zudem bei der WB-Antragsstellung eine regelmäßige Stellungnahme zum Sachstand durch die Kammer. Peglau verwies darauf, dass das Vorgehen der Kammer ein gängiges und rechtskonformes Verwaltungsverfahren sei und hob hervor, dass innerhalb eines Jahres 2209 Anträge auf WB-Anerkennung vollständig bearbeitet worden seien. Dies sei ein historischer Rekord. Er fügte hinzu, dass auch nur WB-Befugnis-Anträge für Fächer bearbeitet werden können, die nach der aktuellen WbO gültig sind. Beim Internisten ohne Schwerpunkt sei dies gegenwärtig nicht möglich. Derartige Anträge würden aber trotzdem pro forma abgearbeitet.

Kammergeschäftsführer Gerhard Andersen verwies auf die Homepage der Fraktion Gesundheit, wonach die Unzufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte in den

ANZEIGE



NAUMANN ZU GRÜNBERG
Rechtsanwälte

Studienplatzklage

- ↳ bundesweit
- ↳ erfahrene Spezialisten
- ↳ auch über Rechtsschutzversicherung

www.uni-recht.de

20148 Hamburg * Rothenbaumchaussee 38 * ☎ (040) 413 087 50

Kliniken wachse, da sich die Arbeitsbedingungen dort nicht verbessert hätten. Dies betreffe besonders die Weiterbildung, die fast nirgends stattfindet, und schon gar nicht strukturiert, wie es dem Recht der Weiterzubildenden entspreche. Dort lägen die eigentlichen Probleme in der Weiterbildung, hob Andersen hervor, welche aber primär die Kammer nicht lösen könne, schon gar nicht löse man sie, in dem man öffentlich Verwaltungskräfte der Kammer dafür verantwortlich mache. Der Geschäftsführer bat deshalb die Kritiker, sich vor Ort von der Funktionstüchtigkeit der Arbeitseinheit in der Kammer zu überzeugen.

Schnelle Umsetzung der Muster-WbO

Konsens herrschte unter den Delegierten, dass die auf dem Deutschen Ärztetag in Münster beschlossene Muster-Weiterbildungsordnung (MWbO) baldmöglichst in der Berliner WbO umgesetzt werden soll. Danach soll der Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt wieder eingeführt werden. Die Problematik Innere Medizin und Allgemeine Medizin hatte in der Vergangenheit immer wieder für heftige Diskussionen unter den Delegierten gesorgt. Die Delegiertenversammlung beschloss nun, den Antrag an den Vorstand zu überweisen, wonach dieser aufgefordert wird, dafür Sorge zu tragen, dass die Weiterbildungsstellen der Kammer unverzüglich einen durchführbaren Zeitplan für die Neuregelungen vorlegen. Ziel soll es danach sein, der Delegiertenversammlung am 19. September einen beschlussreifen Text für eine novellierte WbO vorzulegen.

Die Delegierten verabschiedeten dazu auch zwei Resolutionen, wonach einerseits auf die dringende Umsetzung der MWbO hingewiesen wird. Mit der zweiten Resolution unterstützt das Ärztee- parlament nachhaltig alle Bemühungen für eine bedarfsgerechte, umfassende, hoch qualifizierte und angemessen ver-

gütete Weiterbildung der Allgemeinmedizin.

Gesundheitskarte abgelehnt

Mit einer Resolution gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des damit notwendigen elektronischen Arztausweises in seiner aktuellen Form schließt sich die Berliner Delegiertenversammlung den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages in Münster an. Das Ärztee- parlament hob hervor, dass eine Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des Arztausweises

nicht zu Lasten des Arzt-Patienten-Verhältnisses gehen dürfe. Es müsse vor jeder Entscheidung eine klare rechtliche Bewertung sowie eine belastbare transparente Kostenrechnung für die Ärzte vorliegen (siehe Kasten).

Einigkeit herrschte unter den Delegierten bei vier weiteren Beschlüssen. So wurde der Tätigkeitsbericht 2006 verabschiedet sowie im Bereich Medizinische Fachangestellte die Auslagen- und Entschädigungsregelungen neu gefasst. Daneben wurde der Beirat für die Fortbildungszertifizierung neu besetzt, wobei es zwei personelle Ergänzungen gab. *srd*

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin beschließt folgende Resolution:

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin begrüßt die Beschlüsse des 110. Deutschen Ärztetages 2007 in Münster zur „Elektronischen Gesundheitskarte“.

Sie bestätigt ausdrücklich auch die Position der Ärztekammer Berlin wie sie aus diversen Stellungnahmen u. a. in der Kammerzeitschrift Berliner Ärzte hervorgeht.

Begründung:

Schon weit vor der jetzt in vielen Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen geäußerten Kritik und Ablehnung zur Einführung der e-Card hatte die Berliner Ärzteschaft auf die eigentlichen Kernpunkte hingewiesen.

Eine Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der damit notwendigen elektronische Arztausweis darf nicht zu Lasten des Arzt-Patientenverhältnisses gehen. Es muss vor jeder Entscheidung eine klare rechtliche Bewertung sowie eine belastbare transparente Kostenrechnung für die Ärzte vorliegen.

Die Berliner Ärzteschaft verschließt sich nicht neuen Technologien. Dennoch, es sind die Bedürfnisse der Patienten und Ärzte um die es geht, (Weiter-) entwicklungen sind unabdingbar, aber sie müssen aufbauen auf täglichen Erfahrungen in Klinik und Praxis. Dort müssen Ziele definiert und Wege aufgezeigt und auch neue gegangen werden. Von oben verordneter, überhastet durchgedrückter so genannter Fortschritt hilft nicht, schadet nur.

Eine Weiterentwicklung unter Berücksichtigung der genannten Resolutionen und Stellungnahmen findet durchaus die grundsätzliche Zustimmung der Berliner Ärzteschaft.

Kammervorstand weist Kritik an Weiterbildung zurück

Eigentlich hätte es am 20. Juni eine Sondersitzung der Delegiertenversammlung werden sollen. Diese war von der Fraktion Gesundheit unter dem vieldeutigen Titel „Weiterbildungsproblematik in Berlin“ beantragt worden. Doch zur Beschlussfähigkeit fehlten schließlich drei Delegierte. So nutzen der Vorstand, die anwesenden Delegierten und die Mitglieder der Weiterbildungsgremien die Zusammenkunft für eine Besprechung zum Thema Weiterbildung.

Von Sascha Rudat

Wie sich herausstellte, ging es bei dem Antrag der Fraktion Gesundheit um vermeintliche Probleme bei der Erreichbarkeit der Kammer und der Bearbeitung von Weiterbildungsanträgen. Dazu hatte die Fraktion Gesundheit zwei Tage vor der Versammlung vom Kammervorstand eine Stellungnahme beantragt. Diese lag dann pünktlich zur Sitzung vor. So wurde in dem Papier der Fraktion Gesundheit kritisiert, dass die telefonische Kontaktaufnahme mit der Kammer praktisch unmöglich sei. Der Vorstand wies dies zurück. Seit dem 2. April sei die Erreichbarkeit der Arbeitseinheit Weiterbildung/Ärztliche Stelle nachweislich in der Zeit von 9.00 bis 17.00 Uhr sowie freitags bis 14.00 Uhr sichergestellt. Die elektronische Erfassung habe ergeben, „dass von durchschnittlich 100 Anrufern am Tag etwa 5 Anrufer nicht sofort eine Mitarbeiterin erreichen können“. Die zentrale Service Nummer lautet 40806-1111. Inzwischen sind noch die Nummern -1112 und -1113 hinzugekommen. Dadurch wird die Erreichbarkeit weiter verbessert.

Weitere Kritikpunkte waren, dass schriftliche Anfragen nicht beantwortet und Anträge nicht bearbeitet würden. Beides wies der Vorstand entschieden zurück. Jede Anfrage werde bearbeitet. Dies sei dokumentiert. Gegenteiliges sei dem Vorstand nicht bekannt.

Falsch sei auch, dass Anträge nicht bearbeitet würden. Zwischen dem Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) und der Umstellung auf das elektronische Verfahren zur Beantragung der

Anerkennungen am 13. April 2006 und dem 12. April 2007 wurden über 2000 Anträge auf Anerkennung vollständig bearbeitet. Dies ist ein historischer Höchststand. Im gleichen Zeitraum wurden 319 Anträge auf Befugnis zur Leitung der Weiterbildung vollständig bearbeitet. Auch dieses Antragsverfahren wurde im Mai dieses Jahres online umgestellt.

Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) wies darauf hin, dass der Bereich Weiterbildung im vergangenen Jahr „vier Großbaustellen“ zu bewältigen gehabt habe, wozu die Einführung der neuen WBO sowie die Umstellung auf das Online-Verfahren gehörten. Man müsse den hauptamtlichen Mitarbeitern auch die Gelegenheit geben, all dies umzusetzen.

Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) betonte, dass „der Service für Kammermitglieder super sein muss“. Dazu gehöre auch in wesentlichem Maße die Erreichbarkeit der Kammer. Dem stimmten Jonitz und andere Vorstandsmitglieder zu.

Kritik an der Sondersitzung gab es von Thomas Zoller (Marburger Bund). Er bemängelte, dass aus der Einladung zur Delegiertenversammlung nicht hervorgegangen sei, worum es an diesem Abend konkret gehen solle. „Ich halte das Vorgehen für völlig ineffektiv. Ich hätte mich gerne sinnvoll vorbereitet“, kritisierte er die Ankündigung der Fraktion Gesundheit.

Der zweite Punkt, der im Bereich Weiterbildung zur Sprache kam, war die Um-

setzung der auf dem Deutschen Ärztetag in Münster beschlossenen neuen Musterweiterbildungsordnung. Diese sieht die Wiedereinführung eines Internisten ohne Schwerpunkt vor. Delegierte wie Stefan Hochfeld (Fraktion Gesundheit) bemängelten den gegenwärtigen „unsäglichen Zustand“ im Bereich Innere Medizin und Allgemeine Medizin. „Eine ganze Reihe von Kollegen finden sich in der aktuellen Weiterbildungsordnung nicht wieder“, betonte er. Es herrschte Konsens unter den Anwesenden, dass schnell etwas geschehen müsse. „Wir müssen die Innere Medizin wieder in der Weiterbildung unterbringen, und bei der Allgemeinmedizin müssen wir Obacht geben, dass sie wirklich stattfindet“, erklärte Kammerpräsident Jonitz. Der stellvertretende Vorsitzende des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses, Michael Berliner, berichtete, dass es in den WB-Ausschüssen 1A (Innere Medizin) und 1B (Allgemeinmedizin) „unüberbrückbare Gegensätze“ zu diesem Thema gebe. Rüdiger Brand (Fraktion Gesundheit) forderte deshalb: „Wenn die betroffenen Gremien nicht zu einem Entschluss kommen, muss die DV beschließen.“ Man war sich einig, die Wiedereinführung des Internisten ohne Schwerpunkt so schnell wie möglich umzusetzen. Auf der Delegiertenversammlung am 4. Juli sollten die entsprechenden Anträge eingebracht werden, um auf der DV am 19. September zu einem Beschluss zu kommen. Lesen Sie dazu den Bericht auf Seite 24. *srd*

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

A
N
Z
E
I
G
E

Nur die Guten ins Töpfchen!

Immense Probleme beim Bewerten medizinischer Leistungen

Not lehrt denken. Wer hätte sich vor einem Jahrzehnt vorstellen können, dass die Forderung nach evidenzbasierter Medizin so bald gesetzlich verankert wird? Falls nicht Papier bleibt, was jetzt im Sozialgesetzbuch V steht, könnten Kassenpatienten in Zukunft besser behandelt werden als Privatversicherte, nämlich streng am nachgewiesenen Nutzen orientiert, soweit nur irgend möglich. Die Zukunft hat schon begonnen – aber welche Schwierigkeiten und Widerstände bei jeder einzelnen Leistungsbewertung zu überwinden sind, soll das Ideal einer patientengerechten evidenzbasierten Medizin Wirklichkeit werden, das zeigte eine außergewöhnliche Tagung in Berlin. Veranstalter waren der Gemeinsame Bundesausschuss, das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“ und das Bremer Universitäts-„Institut für Gesundheits- und Medizinrecht“. Wir lassen hier die juristischen Aspekte weitgehend beiseite und greifen nur einige Probleme der Bewertung medizinischer Leistungen heraus.

Den Anteil nutzloser, falsch angewandter oder nicht indizierter Mittel und Methoden schätzen Insider auf 20 bis sogar 50 Prozent. Soviel Unnützes ist aber den 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherten nicht zumutbar, wenn sie wegen solcher Verschwendung der immer knapperen Mittel womöglich auf Notwendiges bald verzichten müssen. Deshalb hat bekanntlich der „Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen (G-BA)“ den gesetzlichen Auftrag, zu entscheiden, was Kassenleistung sein kann und was nicht.

„Die Interessen, die hier gegeneinander kämpfen, sind immens“, sagte der unparteiische G-BA-Vorsitzende Rainer Hess. Und bei unterschiedlicher Bewertung im G-BA (dem ohne Stimmrecht auch Patientenvertreter angehören) gibt es noch nicht einmal ein Konfliktlösungsinstrument. Überhaupt scheint im Bewertungsverfahren noch vieles ungeklärt, wie die Diskussionen zeigten. Als Entscheidungsgrundlage fordert der G-BA vom „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) wissenschaftliche Gutachten an. Wie Hess hervorhob, ist das IQWiG zwar eine vom G-BA gegründete Stiftung und wird in dessen Auftrag tätig; es erarbeitet seine Bewertungen aber unabhängig und streng wissenschaftlich. IQWiG-Leiter Peter Sawicki, schon frühzeitig ein

Anhänger der evidenzbasierten Medizin, bekannte allerdings, anfangs die vielerlei außermedizinischen, besonders juristischen Einflüsse unterschätzt zu haben, denen die wissenschaftlichen Bewertungen ausgesetzt sind.

Den Empfehlungen des IQWiG muss der G-BA nicht automatisch folgen, sagte Hess, sondern er hat sie vorher auf Plausibilität zu prüfen. Dass sie evidenzbasiert sein müssen, haben auch die Juristen sehr schnell verinnerlicht. Hess zitierte aus der „Bibel“ des Gemeinsamen Bundesausschusses, seiner Verfahrensordnung, dass der Nutzenbewertung möglichst sogar „Unterlagen der Evidenzstufe 1“ zugrunde liegen sollen; das sind meist unanfechtbare randomisierte und kontrollierte Studien oder daraus abgeleitete Leitlinien.

Bloß „eminentbasiert“?

Die Wirklichkeit sieht anders aus. Selbst Leitlinien (die das IQWiG ebenfalls zu bewerten hat) basieren oft nur auf dem Konsens von Experten, klagte Hess. (Man nennt sie dann gern ironisch „eminentbasiert“). Er zitierte den Tübinger Biometriker Konrad Selbmann, der nur den kleinsten Teil der zahllosen Leitlinien als evidenzbasiert gelten lässt. Selbmann betrachtet sogar die besseren eher als „Wellenlinie“ mit Teilevidenz

und rät, sich selektiv an die sicheren „Hügel“ zu halten und die „Täler“ nicht als Empfehlung zu betrachten.

Wieweit darf man die Ansprüche an Evidenz senken?, fragte Hess. Einer der fünf zu bewertenden Leistungsbereiche, die Heilmittel, machen da besondere Probleme, weil es kaum Studien gibt. Die Hippotherapie zum Beispiel musste der G-BA negativ beurteilen, denn auch eine ganz niedrig angesetzte Evidenzschwelle konnten die Therapiepferde nicht überspringen.

In der G-BA-„Bibel“ heißt es auch, die evidenzbasierten Unterlagen zum Nachweis des Nutzens einer medizinischen Methode sollten sich auf Endpunkte wie Mortalität, Morbidität oder Lebensqualität des Patienten stützen – also nicht



Dr. Rainer Hess

schon die Änderung von Surrogatparametern unbesehen als Nutzen bewerten. Zwei gegensätzliche Beispiele brachte Sawicki: Hohen Blutdruck zu senken ist nachweislich von Nutzen, Extrasystolen zu behandeln erwies sich als schädlich: Es starben mehr Patienten.

„Wirksamkeit“ ist nicht gleich „Nutzen“

Zahlreiche Probleme stellen sich bei der Bewertung von Arzneimitteln: wegen der Vielzahl zu beachtender Paragraphen, wegen der oft enormen Risiken und wegen der energisch vertretenen Herstellerinteressen. Oft wird ein wirksames

Foto: G-BA

Medikament automatisch als nützlich betrachtet. „Wirksamkeit“, „Nutzen“: Bei der Definition solcher Begriffe sind sich vor allem die Juristen uneinig, wie die Vorträge und Diskussionen zeigten. Die klarste Definition von Nutzen kam von Dieter Hart (Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Univ. Bremen): „Nutzen ist das Ergebnis einer bewertenden Abwägung zwischen positiven und negativen Effekten unter Alltagsbedingungen im Hinblick auf die Indikation.“ Also Nutzen unter den ganz normalen Umständen der Versorgung mit den zahlreichen, auf den Patienten wirkenden Einflüssen – nicht bloß Wirksamkeit bei der artifiziellen Versuchsanordnung einer Studie.

Dass Arzneimittelstudien dennoch gar nicht wissenschaftlich genug sein können, zeigte Hess am Beispiel der Cox 2-Hemmer: Nur in den methodisch strengsten Studien wurden die schweren Nebenwirkungen erkannt. Viele neue Wirkstoffe, die als innovativ propagiert werden, „können zum Zeitpunkt der Marktzulassung derzeit nicht hinsichtlich ihres medizinischen Stellenwertes beurteilt werden“, konstatierte Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Denn erstens gibt es meist keine aussagekräftigen klinischen Studien, die eine neue Substanz mit der geltenden Standardtherapie vergleichen. Und zweitens lässt sich nicht der Nutzen gegen die Risiken unter Alltagsbedingungen abwägen, selbst wenn völlig einwandfreie randomisierte Studien vorliegen sollten. (Sie sind aber sehr manipulationsanfällig.) In der Regel laufen sie nämlich zu kurz und mit realitätsferner Patientenselektion.

Neue Arzneimittel selten besser

Gerade in Ludwigs eigenem Fach, der Onkologie, sind die Ergebnisse von Arzneimittelstudien oft nur auf wenige Patienten übertragbar. Ohnehin, so meinte er, ist ein echter Nutzen neuer Medikamente selten. Dennoch werden Arzneimittel mit unklarem Nutzen ungeachtet der meist (bis zum Dreifachen) höheren Kosten verordnet, darunter viele „Me Too“-Präparate. Der erfahrene

Patientenglaube: Je teurer, desto besser

Mit scharfem Blick, nach Kennerweise seh' ich zunächst mal nach dem Preise, und bei genauerer Betrachtung steigt mit dem Preise auch die Achtung.

(Aus Wilhelm Buschs „Maler Klecksel“, zitiert von Wolf-Dieter Ludwig).

Charité-Kliniker (Campus Berlin-Buch) hat beobachtet, dass die Hersteller sie den Krankenhäusern gleich mit der passenden Argumentations-CD liefern – „und deren Argumente werden von den Fachgesellschaften oft eins zu eins übernommen“. So ist der Druck auf die verordnenden Ärzte in den Praxen enorm.

Nicht nur auf sie:

Ludwig beklagte den „ungebrochenen Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf alle Bereiche des Gesundheitswesens“, seit geraumer Zeit auch direkt auf die Patienten, zum Beispiel über die Selbsthilfegruppen. So werden Ärzte und Patienten über den wirklichen Nutzen von Medikamenten getäuscht. „Es ist Aufgabe des Arztes, den Patienten zu sagen, was wir wissen und was wir nicht wissen. Die Unsicherheit ist größer als Ärzte meinen“, sagte Ludwig. Zum Zeitpunkt der Zulassung kann man wenig über den Effekt und kaum etwas über die Sicherheit sagen. Wie Hess mitteilte, wird deshalb in den meisten Ländern bereits mit der Zulassung über die Erstattungspflicht der Krankenkassen entschieden.

Statt der von der Industrie bezahlten so genannten Anwendungsstudien (oft nur ein Marketinginstrument) forderte Ludwig nach der Zulassung unabhängig finanzierte „langfristige Beobachtungsstudien mit exakter Dokumentation der Risiken neuer Arzneimittel“. Bei besonderen Medikamenten mit hohen Jahres-Therapiekosten und hohem Risikopotenzial hält er auch die Etablierung von – unabhängigen – Registern für wertvoll. Auch befürwortet er zeitlich begrenzte Genehmigungen sowie eine wirksamere Kontrolle der Arzneimittelwerbung, beides auf europäischer Ebene schon beschlossen.

Der Goldstandard von klinischer- und Versorgungsforschung sind zwar randomisierte und kontrollierte Studien. Selbst der Lübecker Epidemiologe Heiner Raspe akzeptierte aber, wenn sie nicht möglich ist, auch niedrigrangige Studiendesigns. Er zitierte das so genannte „Nikolaus-Urteil“ des Bundesverfassungsgerichts vom 6.12.2005: Das Gericht fordert „für andere Behandlungsmethoden“, die einzelne Kranke in verzweifelter Lage wählen, das Versprechen einer „auf Indizien gestützten, nicht ganz fern liegenden Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf“ und weist auf die kontrollierte Anwendungsbeobachtung hin. Raspe machte ausdrücklich klar, dass solche sehr schwachen Nachweisversuche nur in Notsituationen tolerabel sind. Die Nikolaus-Entscheidung rechtfertigt also nicht den Off-label-use in weniger bedrohlichen Lagen.

Wirtschaftlich ist nur, was dem Patienten nützt

„Erst wenn die medizinische Notwendigkeit, die Eignung fürs Behandlungsziel, Wirksamkeit und Qualität einer Leistung gesichert ist, kann man die Kostenfrage

ANZEIGE

Praxisschilder

Neueit-jetzt auch mit SOLARBELEUCHTUNG

keine Kabel-weitgehend wartungsfrei



infocard@infocard-berlin.de

Klaus Delloch
Praktischer Arzt
Hausärztliche Versorgung

Telefon 84 10 90 40

Sprechzeiten				
Mo	Di	Mi	Do	Fr
9-12	9-12	-	9-12	9-12
16-18	16-18	-	16-18	-

Schnelldienst
unverbindlicher Hausbesuch
in Berlin

InfoCard

Tel. (030) 84 10 90 40
Fax (030) 84 10 90 41



Foto: AkdÄ

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig

aufwerfen“, mahnte Friedrich Wilhelm Schwartz, Gesundheitssystemforscher an der Universität Hannover und lange Jahre maßgebendes Mitglied des Gesundheits-Sachverständigenrats. Und er betonte, dass der Wirtschaftlichkeitsbegriff des Sozialgesetzbuches über das Minimalprinzip hinausgeht. Also keine Billigmedizin für Kassenpatienten! Gefordert werden vielmehr die Optimierung der Wirksamkeit und die Minimierung des Schens. Allerdings – das ist neu im Gesetz – müssen die Kosten der Versichertengemeinschaft zumutbar sein. Und bei der Kosten-Nutzen-Bewertung gelten die Grundsätze der Evidenzbasierten Medizin. Deshalb ist der Nutzen in möglichst guten Studien zu prüfen, selbst wenn es immer unsicher bleibt, ob die Ergebnisse auf den Versorgungsalltag zu übertragen sind. Also besser Alltagsstudien machen? „Da tauschen wir eine Unsicherheit gegen die andere“, meinte Schwartz.

In der Diskussion erinnerte Klaus-Dieter Kossow, Vorsitzender des Hausärzteverbandes, an die ärztliche Versorgungsrealität: Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nannte er eine „reine Geldverbrauchs-kontrolle“. Ob ein Vertragsarzt durch exzellente ambulante Behandlung zum Beispiel Krankenhauseinweisungen verhindern kann, also enorme Kosten einspart, spielt keine Rolle. Schwartz bestätigte das: „Eine Prüfung des ärztlichen Behandlungserfolgs findet nicht statt.“

Streit um „Zusatznutzen“ ...

Lange wurde auf dieser Tagung über das Thema Zusatznutzen diskutiert. Wieviel besser muss eine neues Mittel oder Verfahren sein, um als Kassenleistung zugelassen zu werden, auch wenn es unverhältnismäßig viel teurer ist? Darüber gab es schon viele Rechtsstreitigkeiten mit unterschiedlichem Ausgang. Wo liegt die Grenze, wie hoch muss der Zusatznutzen sein, um die Mehrkosten zu rechtfertigen? Im Fall des Atorvastatin (Sortis) wurde negativ entschieden, bei den kurz wirkenden Insulinaloga desgleichen. Clopidogrel wurde nur für bestimmte Patienten als ein der ASS überlegenes „Blutverdünnungsmittel“ beurteilt. Immer wieder wird um den „Grenznutzen“ erbittert prozessiert, wenn der G-BA aus den IQWiG-Gutachten Konsequenzen zieht und die Erstattungspflicht verneint. Unterliegt der Hersteller, dann wird sein Präparat in der Regel billiger, sagte Hess, zumindest für Kassen, die einen Rabatt aushandeln.

„Sie werden ein Verfahren zur Erheblichkeitsabgrenzung entwickeln müssen“, meinte der Medizinrechtler Dieter Hart zum Streitpunkt Zusatznutzen. Was aber soll geschehen, wenn wegen des Mangels an validen Daten eine Überlegenheit des einen Verfahrens oder Medikaments über ein anderes weder zu bejahen noch zu verneinen ist? Dies wurde in dem Abschlussbericht festgestellt, den das IQWiG vor kurzem vor dieser Diskussionstagung vorgelegt hatte. Dabei ging es um die Frage, ob Patienten mit schwerer aplastischer Anämie durch Stammzellen nichtverwandter Spender besser zu helfen ist als mit Immundepressiva.

... oft unentschieden

„Eine verlässliche Bewertung der Transplantation von Stammzellen nichtverwandter Spender ist derzeit nicht möglich“, heißt es in diesem Gutachten. Denn hinreichend gesicherte Daten aus Studien, die beide Therapien vergleichen, gibt es nicht. Das IQWiG schlägt vor, den Patienten diese Stammzellen nur im Rahmen klinischer Studien zu implantieren. Um solche Studien überhaupt zustande zu bringen, sollte ein Krankheitsregister aufgebaut werden. „Wir wissen es nicht“, das bekannten Ärzte während dieser Diskussion immer wieder. Und immer wieder hörte man den Ruf nach guten unabhängigen Studien. Die evidenzbasierte Medizin ist im Gesundheitswesen angekommen. Zumindest als Forderung.

Rosemarie Stein

ANZEIGE



Foto: Christoph Puschner

Äthiopien: Zwei statt einer

In einem Gebiet, in dem die Ernährung nicht das ganze Jahr gesichert ist, werden alle Hände in der Landwirtschaft gebraucht, und im Haushalt ebenso. Aber selbst dann gibt es manchmal kaum etwas zu essen. Die Mekane Yesus-Kirche, der einheimische Partner von „Brot für die Welt“, kämpft auf allen Ebenen gegen den Hunger. So z.B. bei den Konso. Durch den Bau von Kanälen und verbesserte Anbaumethoden sind dort inzwischen zwei Ernten möglich. Das reicht für die Grundernährung, und mit Glück kann noch etwas auf dem Markt verkauft werden. Der Bau von Schulen im Projektgebiet gibt den Kindern eine Chance auf Bildung.

Mit Ihrer Spende unterstützen Sie unser Engagement gegen Hunger und Armut.

Bitte senden Sie mir folgende Infos über die Arbeit von „Brot für die Welt“ kostenlos zu

- Allgemeine Unterlagen über die Aktion
- Quartalsnachrichten „Der Ferne Nächste“
- E-Mail-Newsletter

Name

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

Postbank Köln
500 500-500
Postfach 10 11 42
70010 Stuttgart

**Brot
für die Welt**
www.brot-fuer-die-welt.de

Erste Medizinische Fachangestellte besteht Abschlussprüfung

Jenny Kühn hat als Erste die Abschlussprüfung zur Medizinischen Fachangestellten in Berlin bestanden. Sie machte damit als erste Auszubildende von der Möglichkeit Gebrauch, die Prüfung nach der neuen Ausbildungsordnung zu absolvieren. Jenny Kühn kam mit der neuen Struktur und dem geänderten Ablauf, insbesondere des praktischen Teils der Prüfung, gut zurecht, was auch durch die Benotung für diesen Prüfungsteil mit „gut“ reflektiert wird. Zu ihrem Erfolg trug sicher auch bei, dass sie in ihrer Ausbildungsstätte bei Dr. med. Dieter-Hagen Mahlo ein geeignetes Umfeld gefunden hatte. Zudem setzten die Mitglieder des Prüfungsausschusses, Dipl.-Med. Petra Walsinger, Studienrätin Ulrike Seegelken und Birgit Kühnel, die geänderten Prüfungsmodalitäten mit überdurchschnittlichem Engagement in der Vorbereitung und professionellem Geschick in der Prüfung um.

Am 1. August 2006 ist die Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten in Kraft treten. Diese Verordnung löst die Verordnung über die Ausbildung zum/zur Arzthelfer/Arzthelferin ab. Die neue Ausbildungsverordnung erfasst alle Ausbildungsverhältnisse, die am 1. August 2006 oder später begonnen haben. Berufsausbildungsverhältnisse, die bei Inkrafttreten der neuen Ausbildungsverordnung bestehen, also alte Ausbildungsverhältnisse zum/zur Arzthelfer/Arzthelferin, können unter Anrechnung der bisher zurückgelegten Ausbildungszeit nach den Vorschriften der neuen Ausbildungsordnung fortgesetzt werden, wenn dies zwischen den Beteiligten des Ausbildungsverhältnisses vereinbart und der Ärztekammer angezeigt wird. Im Übrigen werden bestehende Ausbildungsverhältnisse nach der Arzthelferinnen-Ausbildungsverordnung fortgesetzt. Die Ärztekammer wird für eine Übergangszeit die Arzthelferinnen-Prüfung sowie die Prüfung zur Medizinischen Fachangestellten parallel anbieten.

Die Ausbildungsinhalte nach der neuen Ausbildungsordnung, repräsentiert im Ausbildungsrahmenplan, werden neu

gewichtet und quantitativ und qualitativ erweitert. Das Ausbildungsberufsbild wurde modernisiert und den wachsenden Anforderungen angepasst. So bekommen zum Beispiel die Bereiche Kommunikation, Prävention, Notfallmanagement und Patientenorientierung einen höheren Stellenwert. Doch bleiben Behandlungsassistent (bisher: Medizin) und Betriebsorganisation und -verwaltung (bisher: Verwaltung) zentrale Prüfungsbestandteile.

Allerdings hat sich etwas Entscheidendes an der Bestehensregel geändert:

Praktische und schriftliche Prüfung werden je zu 50% gewertet. Zum Bestehen der Prüfung insgesamt muss der praktische Teil der Abschlussprüfung mindestens mit „ausreichend“ bewertet worden sein, nicht wie bisher mit mindestens „mangelhaft“.



Jenny Kühn bei der Abschlussprüfung zur Medizinischen Fachangestellten.

Foto: S. Rudat

ANZEIGE

Moina Beyer-Jupe
Rechtsanwältin

Tätigkeitsschwerpunkte
· Arztrecht
· Vertragsarztrecht
· Arzthaftungsrecht



Claudio Jupe
Rechtsanwalt & Notar

Tätigkeitsschwerpunkte
· Arbeitsrecht
· Praxisverträge
· Gewerbemietrecht

10625 Berlin-Charlottenburg · Goethestraße 47 · Telefon: 0 30-3 18 61 00 · Fax: 0 30-3 13 53 13 · Internet: www.beyer-jupe.de

Die Struktur und der Ablauf der Abschlussprüfung unterscheiden sich ebenfalls. Die schriftliche Prüfung gliedert sich weiterhin in drei Bereiche (Behandlungsassistenz, Praxisorganisation und -verwaltung sowie Wirtschafts- und Sozialkunde) und wird in programmierter Form durchgeführt. Den MC-Fragen werden jedoch Situationskomplexe vorangestellt und die einzelnen Fragen stehen inhaltlich zueinander in einem Zusammenhang. Der praktische Teil der Prüfung wird als Einzelprüfung abgenommen und dauert insgesamt 75 Minuten inklusive Fachgespräch. Nach einer Vorbereitungszeit von 15 Minuten, in der

sich der Prüfling mit einer schriftlich ausgearbeiteten, komplexen und praxisnahen Prüfungsaufgabe befasst, erfolgt anschließend innerhalb von 45 Minuten die selbstständige Präsentation durch den Prüfling. Zur schriftlichen Fallbeschreibung gehört ein ebenfalls im Vorfeld schriftlich ausgearbeitetes Anforderungsprofil, so dass eine größere Einheitlichkeit in der Bewertung vorausgesetzt werden kann.

Die neuen Prüfungsanforderungen signalisieren die lang ersehnte Aufwertung der Ausbildung, an deren Ende Medizinische Fachangestellte stehen, die zu selbstständigem Planen und Handeln im

betrieblichen Gesamtzusammenhang in der Lage sind. Es ist unumgänglich, dass im Rahmen der dualen Berufsausbildung in allen beteiligten Ausbildungsstätten, wie Praxen, Krankenhäusern, Berufsschulen und beim Bildungsträger der so genannten Überbetrieblichen Ausbildung auf dieses Ziel gemeinsam hingearbeitet wird. Nur so werden die notwendigen Voraussetzungen für die Auszubildenden geschaffen, die sie zu diesen anspruchsvollen Prüfungsleistungen befähigen.

Ärztammer Berlin
Medizinische Fachangestellte

Das (Nicht)raucherschutzgesetz und die Berliner Krankenhäuser

Im vergangenen Sommer hatte es den Anschein, als würde das Land Berlin den Nichtraucherschutz in seinen Krankenhäusern ganz besonders ernst nehmen. Nachdem kurz zuvor in Bremen ein entsprechendes Gesetz in Kraft getreten war, beschloss das Abgeordnetenhaus in seiner letzten Plenarsitzung vor den Wahlen, dass „die Berliner Krankenhäuser in Anlehnung an das Bremer Beispiel rauchfrei werden“ sollten (siehe BERLINER ÄRZTE 10/2006, S. 9).

Von Nicolas Schönfeld

Im Zuge der folgenden bundesweiten Diskussion hatte die neue Berliner Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Katrin Lompscher (Linkspartei), zunächst ermutigende Aussagen zugunsten eines umfassenden Nichtraucherschutzgesetzes getroffen.

Als die Gesundheitsverwaltung im Mai den Sachverständigen schließlich den ersten Gesetzentwurf zur schriftlichen Anhörung vorlegte, enthielt das Papier jedoch eine unerwartete Fülle von Ausnahmeregelungen, darunter auch für alle Krankenhäuser: „...in besonders ausgewiesenen Räumen in Gesundheitseinrichtungen, insbesondere in der Psychiatrie und der Palliativversorgung, für Patientinnen oder Patienten, denen die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte das Rauchen aus therapeutischen Gründen

erlauben“. Am Schluss des § 4 kam die zweite Überraschung: „Gesundheitsgefahren und Belästigungen durch Passivrauchen sind bei allen Ausnahmeregelungen auszuschließen.“

Nur eine Woche zuvor hatte das Deutsche Krebsforschungszentrum in der mündlichen Anhörung des Entwurfs eines Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens im Bundestag klargestellt, dass auch noch so aufwändige raumlufttechnische Anlagen keinen ausreichenden Schutz für die Beschäftigten gewährleisten können, vor allem wenn sie Raucherräume betreten müssen. Angesichts des Fehlens von Schwellenwerten für die Vielzahl Krebs erregender Substanzen, insbesondere im Nebstrom des Tabakrauchs, bietet eine bloße Schadstoffreduktion keinerlei Sicherheit.

Prompt erhielt die Gesundheitsverwaltung die entsprechenden und teilweise scharf formulierten Einsprüche. Die Abwägung zwischen Zugeständnissen an die Situation psychiatrischer oder todkranker Patienten und dem Gesundheitsschutz hatte längst in anderen europäischen Ländern stattgefunden, auch wenn Bremen 2006 noch ebensolche Ausnahmen in seinen Krankenhäusern zugelassen hatte. Was aber in zahlreichen Staaten längst praktizierter Krankenhausstandard ist, nämlich ausnahmslose bzw. erheblich restriktivere Regelungen, sollte in Berlin bzw. Deutschland nicht möglich sein? Schon in der Anhörung im Deutschen Bundestag hatten die Bundesärztekammer als auch das Deutsche Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser darauf hingewiesen, dass für psychiatrische und Palliativpatienten bereits erfolgreiche Betreuungslösungen gefunden wurden, die den Gesundheitsschutz für andere Beteiligte nicht verletzen.

Hinter den Kulissen entschuldigte sich das zuständige Referat „Berlin Qualmfrei“ bei den Experten geradezu mit Ausnahmeforderungen anderer mitzeichnender Referate, die dem Vernehmen nach juristische Gründe vorgaben. Nur wenige Tage später erklärte hingegen der zuständige Staatssekretär Dr. Benjamin Hoff (Linkspartei) anlässlich des Weltnichtrauchertags am 31. Mai den Journalisten, Ausnahmeregelungen werde es nur im Konfliktfall mit Grund-

rechten geben und nannte als Beispiel den Justizvollzug. Obwohl damit weder ein Grund für Raucherräume in Krankenhäusern noch in Gaststätten vorgelegen hätte, beschloss der Senat am 12. Juni den Gesetzentwurf mit unverändert langer Ausnahmenliste, nachdem sich die engagierte gesundheitspolitische Sprecherin der SPD, Stefanie Winde, in der eigenen Fraktion und vor allem beim Regierenden Bürgermeister Klaus Wowereit nicht hatte durchsetzen können. Einzig das Wort „Belästigung“ im Zusammenhang mit Passivrauch hatte man im Gesetzentwurf gestrichen. Die Unvereinbarkeit zwischen Ausnahmeregelungen und der gleichzeitigen Vorgabe zum Ausschluss jedweder Gesundheitsgefahren war dabei offenbar weder im Senat noch in den Fraktio-

nen verstanden worden, obwohl Sachverständige explizit darauf hingewiesen hatten. Möglicherweise wollte man das Problem aber auch nur stillschweigend auf die Ordnungsämter der Bezirke abwälzen, die ab dem 1.7.2008 mit der Überprüfung der Gesetzesvorgaben beginnen sollen. Doch noch kann der widersprüchliche Gesetzentwurf im parlamentarischen Verfahren geändert werden. Zum einen haben die Bündnisgrünen bereits mit einer mündlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Abgeordnetenhauses und damit dem offenen Schlagabtausch in Gegenwart der Presse gedroht, zum anderen scheinen Gesundheitspolitiker beider Regierungsfraktionen nicht aufgegeben zu haben. Käme es dennoch zur Verabschiedung des Gesetzes mit den besagten Ausnahmeregelungen, dürf-

ten sich die Berliner Krankenhäuser wohl mehrheitlich pragmatisch verhalten und auf die sichere Seite stellen. Wenn selbst teure raumluftechnische Anlagen in Raucherräumen keine Garantie zum Ausschluss einer Gesundheitsgefährdung bieten, ist notfalls die Alternative abgelegener Rauchgelegenheiten außerhalb der Krankenhausgebäude nicht nur sauberer, sondern auch kostensparender. Zudem haben einige Berliner Krankenhäuser den Weg zur Rauchfreiheit in Verbindung mit innen- und außenwirksamen Maßnahmen zur Prävention und Entwöhnung bereits erfolgreich beschritten.

Verfasser:

Dr. med. Nicolas Schönfeld
E-Mail: schoenfeld.berlin@t-online.de

ANZEIGE

In Zusammenarbeit mit der **Bundesärztekammer** und der **Ärztekammer Berlin**

10. – 12. September 2007

Kongressleitung: Prof. Dr. R. Gotzen,
Prof. Dr. M. Paul, Prof. Dr. W. A. Scherbaum

Partner: Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., KV Berlin,
Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Charité Fortbildungsforum



Deutscher Ärztekongress

Veranstaltungsort: Charité - Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow Klinikum / Lehrgebäude, Augustenburger Platz

Kongress Themen: Klinische Pharmakotherapie • Rheumatologie • Neurologie • Onkologie • Häufige pneumologisch-internistische Fragen • Diagnostik peripherer Lungenrundherde • Chronisch entzündliche Darmerkrankungen • Hepatologie • Pankreaskrankheiten • Kardio-vaskuläre Krankheitsbilder • Kardiologie in Klinik und Praxis • Hypertonie und Arteriosklerose • Atherothrombose • Interdisziplinäres antithrombotisches Management • Urologie • Gynäkologie • Allergie-Update • Geriatriches Assessment • Aktuelle Schmerztherapie • Neurologisch-psychiatrischer Untersuchungskurs • Affektive Störungen • Geriatriche Notfälle • Impfen • Infektionskrankheiten • Enterale Ernährung • Endokrinologie, Diabetes und Ernährungsmedizin • Diabetesmanagement • Allgemeinmedizin • Therapie-Symposium der AkdÄ • Rückenschmerzen • Soziale Phobie • Suchtmedizin • Ozontherapie • Praxisabgabe • Chance Niederlassung • Chancen im Ausland – Rückkehr nach Deutschland • Neue Chancen für die ärztliche Berufsausübung • Vertragsärztliche Tätigkeit (KV-Forum) • Arzthaftung – Behandlungsfehler • Informationsmanagement und Kommunikation im Arzt-Alltag

Quickinform: Nephrologie • Lyse beim Myokardinfarkt • Schmerz

Kurse: Praxisorientierte Sonographie Refresherkurse • Langzeit-EKG • Lungenfunktionskurs • Diagnostik der tiefen Extremitätenvenenthrombose • Reanimations-Update • Pädiatrische Notfallsituationen • Raucherentwöhnung (Zertifizierter Kurs zur Patientenschulung)

Weitere Veranstaltungen: 40. Deutscher zahnärztlicher Fortbildungskongress, 36. Pflegefachtagung (DRK-Schwesternschaft), 15. Physiotherapie Forum (ZVK), MTA-Fortbildung (dvta), Fortbildung für die medizinische Fachangestellte (VMF), Arzt-Patienten-Foren

Zertifizierte Fortbildung

Stand: Mai 2007 (Änderungen vorbehalten)

Veranstalter: Charité - Universitätsmedizin Berlin • Kongressgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V.
MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e. V.

Organisation / Auskunft: MedCongress GmbH • Telefon: 0711/72 07 12 – 0 • www.deutscher-aerztekongress.de

Die kranken Skythen

Bei 2500 hörten die Archäologen auf zu zählen. Mit mindestens so vielen winzigen Pantheren war jeder der beiden Mäntel des skythischen Fürstenpaares besetzt; der des Herrschers mit Figürchen aus massivem Gold, der seiner graziilen Gattin mit Pantherchen aus leichtem Goldblech. Aber auch der 1,70 große „König“ (von „basileis“ spricht Herodot, der im 5. Jahrhundert v. Chr. ausführlich über die Skythen berichtete) hat den goldschweren Umhang und den 1,8 kg wiegenden goldenen Halsreif kaum zu Lebzeiten getragen:

Der Reiternomadenfürst konnte in seinen letzten Jahren nicht mehr auf dem Rücken der Pferde durch die Steppe jagen. Der Schwerkranke muss schreckliche Schmerzen gehabt haben: Überall im Skelett fortgeschrittene Knochenmetastasen, deren Art und Verteilung für ein Prostatakarzinom als Primärtumor sprechen, meinen die Paläopathologen. Die Verdachtsdiagnose erhärtete ein positiver PSA-Test. Der Skythenfürst starb im Alter von 50 bis 55 Jahren.

Das war Ende des 7. Jahrhunderts v. Chr., wie eine dendrochronologische Untersuchung der mächtigen Lärchenbalken ergab, aus denen der doppelte Blockbau des Grabes bestand; gut erhalten, sogar noch mit Resten des Wandbehangs aus rotem Filz und des schwarzen Filzteppichs, auf dem das deutsch-russische Archäologenteam die Skelette des Fürstenpaares vor wenigen Jahren vorfand, umgeben von 9300 Objekten, davon 5600 aus Gold – Meisterwerke skythischer Tierstilkunst.

Über die umfassende Skythenausstellung konnte man anderswo genug lesen. Hier sei nur ein bemerkenswerter Aspekt hervorgehoben; die fruchtbare nicht nur internationale, sondern auch interdisziplinäre Zusammenarbeit von Archäologen, Naturwissenschaftlern und Medizinern bei der Erforschung des Lebens und Sterbens der Skythen und bei dieser faszinierenden Ausstellung, die auch die Forschungsmethoden selbst thematisiert.

Populär ist sie trotzdem; Gold lockt immer Besucher an. Aber „Gold haben wir häufiger“, sagte Winfried Menghin, der scheidende Direktor des Museums für Vor- und Frühgeschichte, das zusammen mit dem Deutschen Archäologischen Institut diese außergewöhnliche Ausstellung organisierte; „aber Holz und Textilien aus dieser Zeit, das ist selten“. Fast noch mehr als die kunstvollen Goldschmiedearbeiten überraschen in der Tat die (zum Teil eiskonservierten) farbig gemusterten Stoffreste, mit Tierfiguren verzierten Lederflaschen und Zirbelholz-Sargdeckel und die tätowierten Mumien in voller Bekleidung aus der Altaj-Region.

Aber „die schönsten Skythen kommen aus Tuva“, witzelte Hermann Parzinger, Präsident des Deutschen Archäologischen Instituts (und von 2008 an der Stiftung Preußischer Kulturbesitz). Er war es, der zusammen mit einem russischen Kollegen seit 2001 im „Tal der Könige“ von Aržan im südsibirischen Tuva die sensationelle Ausgrabung des unberührten Fürstengrabs („Aržan 2“) an unerwarteter Stelle einer großen Grabanlage („Kurgan“) leitete. Schön sind sie wirklich, der Fürst und seine Frau, wie sie da als Figuren im rekonstruierten Festputz nebeneinander stehen.

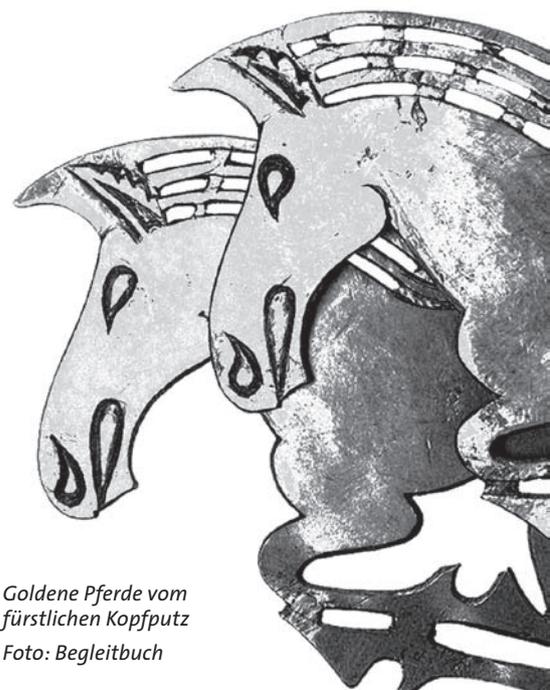
Aber zurück zum medizinischen Befund. Der ergab sich aus sorgfältigen paläopathologischen Untersuchungen (genau beschrieben in einem Kapitel des sehr instruktiven und üppig illustrierten Begleitbuchs, das im Prestel-Verlag erschien). Die Fürstin, etwa 20 Jahre jünger als ihr Mann, hatte unter anderem, wie er, eine Entzündung der tiefen Beinvenen und der Kieferhöhlen sowie Parodontopathien gehabt. Aber „keine Befunde“, die mit der Todesursache in Zusammenhang gebracht werden können“. Also erwürgt? Nach Herodot wurden bei den Skythen Witwe und Hofstaat samt Pferden erschlagen oder erwürgt und zusammen mit dem Herrscher bestattet. Im Grab 22 desselben Kurgans zeugen vier Löcher im Kopf einer etwa zwanzigjährigen Frau davon, dass sie mit einem

Streitpickel erschlagen wurde – nach einem offenbar schweren Leben. Als Kind litt sie unter Mangelernährung, worauf „Mangellinien“ im Zahnschmelz hinweisen. Spuren einer ausgeprägten Muskelsehnenzerrung deuten auf Überlastung der großen Brustmuskeln hin. (Eine arme Wasserträgerin?)

Im Grab 24 ein kräftig gebauter Mann, offensichtlich in den Fünfigern mit einer Streitaxt erschlagen (riesiges Loch im Schädel, mit denselben Überlastungsspuren, ferner mit multiplen Knochenbrüchen, die auf einen zehn bis 15 Jahre vor seinem Tod passierten schweren Reitunfall schließen lassen, sowie einer teils schweren chronischen Arthrose, die auf das Unfalltrauma und auf ständiges Reiten zurückzuführen sind. Er hatte ein katastrophales Gebiss – die Skythen aßen viel Fleisch und wenig Kohlenhydrate, was schon in der hippokratischen Schrift „Über Lüfte, Gewässer und Örtlichkeiten“ steht: „Sie essen gekochtes Fleisch, trinken Pferdemilch und knabbern Hippake, das ist Pferdekäse.“ Und zur typisch skythischen Arthrose: „Infolge des Reitens werden sie von rheumatischen Beschwerden befallen, da sie mit ihren Beinen immer über den Pferden hängen...“

Rosemarie Stein

„Im Zeichen des Goldenen Greifen. Königsgräber der Skythen.“
Martin Gropius-Bau, bis 1. Oktober,
täglich 10 bis 20 Uhr.



Goldene Pferde vom fürstlichen Kopfputz
Foto: Begleitbuch

Rechtsratgeber mit starker Praxisrelevanz

Jörg Heberer, Oliver Butzmann, Peter Hüttel:
Recht im OP. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2007.
186 Seiten, brosch., ab 29,95 Euro.

„Recht im OP“ ist der Titel des Buchs des Fachanwalts für Medizinrecht Dr. jur. Jörg Heberer, das in der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft Berlin im Januar dieses Jahres erschienen ist. Dr. Jörg Heberer ist als Sohn des früheren Münchner Ordinarius für Chirurgie, Professor Dr. Georg Heberer, zweifellos „familiär vorbelastet“. Als Fachanwalt ist er mit den Spezifika des Arztberufs und des Medizinrechts seit mehr als 25 Jahren bestens vertraut, als Justiziar verschiedener Berufsverbände bewertet er regelmäßig die medizinrechtlich relevanten Auswirkungen nationaler und europäischer gesundheitspolitischer und gesundheitsrechtlicher Vorgaben. Zusammen mit seinen Kollegen, den Münchener Fachanwälten Oliver Butzmann (Medizinrecht) und Peter Hüttel (Medizin- und Arbeitsrecht) hat Dr. Heberer ein Handbuch erstellt, das sich ausschließlich mit den Rechtsfragen befasst, die im Zusammenhang mit der stationären Behandlung stehen. Rechtsbesonderheiten kassenärztlich oder niedergelassen tätiger Ärzte werden in diesem

Buch bewusst nicht behandelt. So konnte es gelingen, dass auf insgesamt 186 Seiten eine Übersicht über das breite Spektrum relevanter Rechtsvorschriften geboten wird, die das Krankenhaus betreffen und nicht nur den Operationssaal. Die Autoren haben das Buch in 16 Kapitel gegliedert; im ersten Kapitel werden die krankenhausspezifischen Rechtsgrundlagen ambulanter und stationärer Behandlung einschließlich differenter Vertragsgestaltungsformen beleuchtet. Kapitel zwei und drei beschäftigen sich mit der Schädigung von Patienten einmal unter Darstellung der zivilrechtlichen Besonderheiten und einmal unter strafrechtlicher Betrachtung. In Kapitel vier werden die Themenfelder Aufklärung und Einwilligung systematisch dargestellt. Ein Exkurs zur Patientenverfügung rundet dieses Kapitel ab. Das fünfte Kapitel ist gänzlich der Dokumentation gewidmet. Im sechsten Kapitel geht der Autor auf „besondere Situationen“ ein. Hierbei wird die Behandlung von Notfällen und das sinnvolle Management bei Behandlungsfehlern erläutert. Die Kapitel sieben bis zehn beleuchten Arbeitsrecht, Tarifrecht, Arbeitsschutz und Mutterschutz sowie die aus dem Arbeitsrecht begründete Haftung des Arbeitnehmers und des Ar-

beitgebers. Im Kapitel elf wird auf Rechtsfragen für das nichtärztliche OP-Personal eingegangen. Im nachfolgenden Kapitel wird unter der Überschrift „Umgang mit natürlichen und künstlichen Körperteilen“ zunächst der Begriff „Sache“ zivilrechtlich definiert. In der Folge werden das Transplantationsgesetz sowie das Gewebegesetz und die Regelungen bei der Verwendung von Blutprodukten erläutert. Die Strahlenschutz- und Röntgenverordnung, das Medizinproduktegesetz, die Medizinprodukte-Betreiberverordnung und die Hygienerichtlinie werden in den Kapiteln dreizehn bis fünfzehn behandelt.

Insgesamt ist den Autoren gelungen, eine von Nicht-Juristen oft als trocken und schwer verständlich angesehene Materie in gut lesbarer Form zu präsentieren. Aufgelockert durch zahlreiche Praxistipps und Beispielfälle lässt sich das Handbuch einerseits gut lesen und lässt sich die Praxisrelevanz deutlich werden.

Fazit: Die rechtlich relevanten Themen für die operativ tätigen Fachbereiche sind im Handbuch „Recht im OP“ in gut verständlicher Form dargestellt. Das Buch bietet die Möglichkeit der schnellen Orientierung und ist trotz der Konzentration auf den Krankenhausbereich nicht nur für Operateure gut zu gebrauchen.

Dr. med. Werner Wyrwich

**WIR WÜNSCHEN UNSEREN
 KUNDEN EINEN ERHOLSAMEN
 SOMMERURLAUB**

2007

**DANACH KÜMMERN
 WIR UNS UM DEN ULTRASCHALL**

 **SONORING**
 Medizintechnik Jendreyko

Sonothek Berlin
 Paul-Junius-Str. 70
 10369 Berlin
 Tel. 030 - 9714030
 www.mtjendreyko.de - email: info@mtjendreyko.de



SONORING®

Die Nummer 1 im Ultraschall



BERLINER  ÄRZTE

8/2007 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 veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungs austausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.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