Weiterbildung quo vadis

Bei der Formulierung und Verabschiedung zahlreicher Gesetze zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, meist aus der Not des Mangels geboren, ist ein wesentlicher Akteur nicht ausreichend, um nicht zu sagen überhaupt nicht, bedacht worden, die/der Ärztin/Arzt in Weiterbildung.

Aus einer Umfrage beim Lehrkörper medizinischer Fakultäten, bei Medizinstudierenden des letzten Studienjahres und niedergelassenen Ärzten zum Ausbildungsziel Arzt ergaben sich 15 Thesen mit Zustimmungsraten von 90 Prozent. Einige möchte ich zitieren, weil sie auch Grundlage der Weiterbildung im Gebiet, Schwerpunkt und Zusatzweiterbildung sind, wobei ich Ausbildung durch Weiterbildung ersetzt habe:

- In Weiterbildungsplänen sollen operational definierte Lernziele für die gesamte Weiterbildung festgelegt werden.
- Zweckmäßigkeit und Erfolg des Weiterbildungsziels müssen der ständigen Evaluation und periodischen Revision unterliegen.
- Durch die Weiterbildung soll der Arzt bestimmte Kenntnisse, Fähigkeiten, Haltungen und Fertigkeiten erwerben.
- Seine Weiterbildung soll das Erkennen, Behandeln und Verhüten von Erkrankungen praxisorientiert zum zentralen Inhalt machen.
- Seine Weiterbildung soll sich an Fragen der praktischen Gesundheitsbetreuung der Bevölkerung orientieren.

(Die Ausbildung zum Arzt ist die Aufgabe von Hochschulen und wird durch die Bundesländer finanziert.)

Bettenabbau in den Krankenhäusern, Verkürzung der Liegezeiten, Verlagerung der Behandlung von Patienten vom stationären in den ambulanten Bereich und



Dr. med. Wolfram Singendonk

ist niedergelassener Kinder- und Jugendarzt und Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

nicht zuletzt der medizinische Fortschritt haben zu einschneidenden Veränderungen der Versorgungsstrukturen geführt.

Die Privatisierung von Krankenhäusern bis hin zur Entwicklung von Klinikkonzernen, Medizinischen Versorgungszentren (teilweise an Kliniken gebunden), Angebote von Krankenkassen zur Integrierten Versorgung sind Versuche, die Versorgung zu verbessern. Aber man wird den Verdacht nicht los, dass es in erster Linie Versuche sind, die Kosten der Gesundheitsversorgung zu minimieren.

Die ärztliche Weiterbildung ist in den Versorgungsstrukturen nicht vorgesehen, Finanzierungsmöglichkeiten werden nicht einmal diskutiert, exemplarisch dafür stehen DRGs, Kosten werden nur nach Facharztstandard übernommen.

Ärzte in Weiterbildung sind in die Krankenversorgung eingebunden, Weiterbildung ist Nebenprodukt der Arbeit, die Qualität ist abhängig vom persönlichen Einsatz der Weiterbilder und Weiterzubildenden.

Die neue Weiterbildungsordnung entspricht inhaltlich den oben genannten Thesen, sie fordert eine strukturierte Weiterbildung nach schriftlich festgelegtem Programm. Der zur Weiterbildung befugte und der in Weiterbildung befindliche Arzt beurteilen mindestens einmal im Jahr den Stand der Weiterbildung.

Dies fördert die Transparenz in der Weiterbildung für alle Beteiligten. Dem Weiterbilder im Hinblick auf seine Möglichkeiten, dem Weiterzubildenden im Bezug auf die Inhalte der Weiterbildung und nicht zuletzt der Ärztekammer im Hinblick auf die Überprüfbarkeit der Dokumentation.

Soweit so gut, leider ist die Realität eine andere.

- Es sollte Aufgabe der wissenschaftlichen Gesellschaften und der ärztlichen Berufsverbände sein, kontinuierlich die Weiterbildungsinhalte und Möglichkeiten der Konkretisierung kritisch zu hinterfragen, auch um eine Weiterbildung in angemessener Zeit zu ermöglichen.
- Eine umfassende ärztliche Weiterbildung nach den Mindestanforderungen der Weiterbildungsinhalte kann in vielen Gebieten nur im stationären und ambulanten Bereich erfolgen.
- Möglichkeiten dazu wären Verbundweiterbildungsstätten unter Einschluss von Kliniken und ärztlichen Praxen.
- Die Ärztekammer sollte der zentrale Ort der Evaluation der Weiterbildung sein.

Will die Ärzteschaft der letzten These nachkommen, muss sie untereinander den Willen zur Kooperation haben, dies gilt von der KV bis hin zu den leitenden Ärzten der Kliniken, um dann gemeinsam Forderungen an Klinikverwaltungen, Krankenkassen und nicht zuletzt an die politischen Instanzen zu stellen.

Die Finanzierung der Weiterbildung von Ärzten ist eine gesellschaftliche Aufgabe und muss entsprechend abgesichert werden, Weiterbildung darf nicht Nebenprodukt der Krankenversorgung bleiben. Nur so können wir Ärzte in Zukunft dem Qualitätsanspruch einer guten Patientenversorgung gerecht werden.

W. Sidd

Wenn Arzneimittel abhängig machen

"Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis". Hrsgg. von der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft u.a. Bezug als PDF-Dokument über www.bundesaerztekammer.de/page.asp? his=1.117.1504.1577. Printversion gegen Schutzgebühr von 5 € über Dtsch. Ärzte-Verlag GmbH/Formularverlag, Köln, Tel. 02234-7011-335, Fax: 02234-7011-470, E-Mail: formularverlag@aerzteverlag.de

Verlangt jemand von Ihnen, ein ganz bestimmtes Benzodiazepin verordnet zu bekommen, nämlich Flunitrazepam, dann ist er wahrscheinlich süchtig. "Flu" wird das Mittel in der Drogenszene genannt, und es ist kein Entzugsmedikament, sondern eine Kombinationsdroge. "Die besondere Pharmakokinetik des Flunitrazepam – schnelle Anflutung und rascher Wirkungseintritt – macht dieses Mittel besonders für Abhängige von Opiaten bzw. für Polytoxikomane attraktiv." Ein Beispiel für Arzneimittel mit besonderem Suchtpotenzial – im Prinzip gehören sie alle zu den Sedativa, Hypnotika, Analgetika und Psychostimulantien –, über die man sich jetzt kurz und doch gründlich in einem Leitfaden für die Praxis informieren kann.

Die nützliche Broschüre gibt darüber hinaus vielerlei Tipps für die Erkennung eines problematischen Arzneimittelkonsums, aber auch zur Gefährdung von Patienten durch verfehltes Verordnungsverhalten. Noch immer werden Mischanalgetika verschrieben, und in Alten- oder Pflegeheimen erzeugt man durch ungezielte Verordnung psychotroper Substanzen für unruhige Patienten neue Symptome wie Verwirrtheit, Schluckbeschwerden oder Muskeltonusherabsetzung mit Sturzrisiko. Zahlreiche Hinweise findet man auch zur Therapie.

Manchen hilft schon ein kurzer Hinweis, andere brauchen Entzug, Entwöhnung und Nachsorge. Schließlich werden Einrichtungen beschrieben, die den Arzt in der Behandlung Arzneimittelabhängiger unterstützen können. Deren Adressen sowie Angaben zu weiterführender Literatur vervollständigen den Leitfaden, dem auch ein grifffestes Doppelblatt mit einer praxisnahen Kurzfassung beiliegt. *R.St.*



BERLINER



44. JAHRGANG ÄRZTE

TITELTHEMA.....

Nationale VersorgungsLeitlinie COPD

Diagnostik, Therapie und Rehabilitation

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung wird oft unterschätzt. Dabei ist sie eine der weltweit führenden Todesursache. Auch in Deutschland wird sie zu wenig beachtet. Das soll sich durch die neue Nationale VersorgungsLeitlinie ändern.

Von Günter Ollenschläger et. al.....14

EDITORIAL.....

Weiterbildung quo vadis?

Von Wolfram Singendonk3

BERLINER ÄRZTE aktuell......6

Codein-haltige Arzneimittel und ihre Anwendung in der Stillzeit

Informationen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte.

BERUFS- UND GESUND-HEITSPOLITIK.....

Heilkunst oder Kundendienst?

Der DEGAM-Jahreskongress befasste sich mit der Frage, weshalb manche Ärzte immer noch einen rein somatischen Blick auf den Patienten haben.

Von Rosemarie Stein.....21

Bericht von der Delegiertenversammlung am 19. September 07

Von Sascha Rudat.....24

Warum Nullrunde?

Kommentar von Elmar Wille.....25



Innere Medizin, Sexualmedizin und Befugnisse

Aktuelle Informationen zum 5. Nachtrag der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin.

Von Michael Peglau.....26

Hausärzte lernen auch aus fremden Fehlern

Erfahrung mit Fehlerberichtssystemen bei Hausärzten vom Berliner Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

Von Rosemarie Stein.....29

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Fortbildungskalender

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin.....22 PERSONALIEN.....

In memoriam Jürgen Waldschmidt.....31

BUCHBESPRECHUNGEN...

Bundesärztekammer: Medikamente - schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit.....4

FEUILLETON.....

Allheilmittel à la mode

Die Zeiten, in denen Radium als Heilmittel gegen alles herhalten musste, sind noch nicht allzu lange vorbei. Ein Blick auf die Kuriositäten aus den Anfängen der Nuklearmedizin.

Von Rosemarie Stein.....30

Impressum.....38

Fortbildung

Bessere Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

In Deutschland leiden vermutlich bis zu 0,5 % der Bevölkerung an den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Damit gehören diese zwar zu den häufigsten entzündlichen Erkrankungen, dennoch sind im Durchschnitt nur ein bis zwei Patienten mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa bei jedem Hausarzt in Behandlung. Dies hat mitunter eine starke Bandbreite in der Versorgungsqualität der Patienten zur Folge. Um die Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) zu verbessern, wurden unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungsund Stoffwechselkrankheiten in den letzten Jahren ausführliche Leitlinien zur Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen erarbeitet und fortlaufend aktualisiert.

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Kompetenznetz "Chronisch entzündliche Darmerkrankungen" hat es sich zum Ziel gesetzt, mit Hilfe dieser Leitlinien niedergelassene Kollegen, die Patienten mit CED behandeln, über sinnvolle haus- und fachärztliche Behandlungskonzepte zu informieren.

Am Montag, dem 5. November findet in der Ärztekammer Berlin eine Fortbildungsveranstaltung statt, die sich speziell dem Thema der ambulanten Versorgung dieser Patienten widmet. Gleichzeitig soll die Veranstaltung eine längerfristige Kampagne einläuten. In den vergangenen Wochen wurden in Berlin speziell erstellte Patientenleitlinien an Patienten mit Morbus Crohn verschickt. Die Berliner Hausärzte werden kontaktiert und ein Reihe von



ihnen erhalten die Möglichkeit zu einem individuellen Fortbildungsgespräch mit einem CED-Spezialisten.

Die Medizinische Klinik I der Charité - Campus Benjamin Franklin begleitet diese Kampagne wissenschaftlich und führt parallel dazu Patientenbefragungen durch. Wenn die Berliner Aktion tatsächlich zu einer Verbesserung der Behandlung von Patienten mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa führt, soll das Konzept eventuell auch im größeren Rahmen angewendet werden.

Dr. Jan Preiß Charité Campus Benjamin Franklin Med. Klinik I (Gastroenterologie, Infektiologie, Rheumatologie) Hindenburgdamm 30, 12200 Bln. jan.preiss@charite.de

Veranstaltungshinweis: "Ambulante Versorgung von CED-Patienten"

Montag, 5.11.2007, 18:30-20:30 Uhr, Ärztekammer Berlin. Konferenzsaal

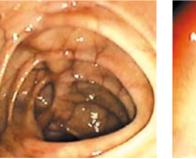
Veranstalter: Kompetenznetz Darmerkrankungen und Charité - Universitätsmedizin **Berlin** CME-Zertifizierung beantragt

Programm

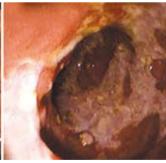
- 1. Können Leitlinien in der Praxis wirklich helfen?
- 2. Richtige Abrechnung und Perspektiven bei Darmerkrankungen
- 3. Wann muss man an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa denken? Wie geht man vor?
- 4. Schub erfolgreich behandelt - was passiert weiter?
- 5. Wie oft muss der Patient den Gastroenterologen sehen? Welche Untersuchungen sind im Verlauf erforderlich?











Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)



Freuen Sie sich schon auf Ihren ALBIS Praxiscomputer?



... in Berlin-Grunewald: 030/8099710

... in Hoppegarten b. Berlin: 03342/368430

Auszeichnung

Ehrenmitgliedschaft der Berliner Medizinischen Gesellschaft an Michael Ungethüm

Aesculap-Chef Professor Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h.c Michael Ungethüm wird mit der Ehrenmitgliedschaft der Berliner Medizinischen Gesellschaft ausgezeichnet.
Die Verleihung findet am 21. November um 19 Uhr im Langenbeck-Virchow-Haus statt. Die Laudation hält der stellvertretende Vorsitzende

der Gesellschaft, Professor Dr. H.-P. Berlien. Der Preisträger, Vorsitzender der Geschäftsleitung der Aesculap AG, einer Sparte des Medizinprodukteherstellers B.Braun Melsungen AG, wird zum Thema "Unternehmen in der Gesundheitsökonomie: Spieler oder Spielball?" sprechen.

Konzert

Ärzte-Orchester spielt wieder

Das Berliner Ärzte-Orchester unter der Schirmherrschaft von Professor Dr. Roland Hetzer spielt am 11. November Werke von Rossini, Cimarosa und Respighi im Kammermusiksaal der Philharmonie.

Auf dem Programm stehen die Ouvertüre zu "La Cenerentola" von Rossini, "Il maestro di capella" von Cimarosa und "Pini die Roma" von Respighi. Dirigent ist Kevin McCutcheon.

Kammermusiksaal der Philharmonie Herbert-von-Karajan-Str. 1, 10785 Berlin

Beginn: 15.30 Uhr

Karten unter: Tel.: 030/36447266

Fax: 030/36 44 72 65

E-Mail: info@aerzteorchester-berlin.de

Kartenpreise: 12 und 9 Euro (ermäßigt 6 Euro)

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Krankenhaus Bethel Berlin gGmbH

Seit 1. Oktober wird die Abteilung für

Allgemeinchirurgie zusätzlich durch den neuen Chefarzt Norbert Schuster geleitet. Schuster, ehemals Leitender Oberarzt der Abteiung für Allgemeinchirurgie im Vivantes Klinikum Berlin-Neukölln, wird die Abteilung mit Chefarzt Dr. Ralph Debbert gemeinsam leiten.

Vivantes Klinikum Spandau

Prof. Dr. Ferdinand Köckerling ist seit dem 1. Oktober neuer

Chefarzt der Klinik für Chirurgie – Viszeral- und Gefäßchirurgie. Er war zuvor Chefarzt der Klinik für Viszeralchirurgie und des Zentrums für minimalinvasive Cirurgie des Krankenhauses Siloah in Hannover. Prof. Köckerling folgt auf Dr. Michael Schreiber, der die Abteilung bisher als kommissarischer Chefarzt veranwortete.

Bitte 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

ANZEIGEN

Kammerrecht & Werbung im medizinischen Bereich

Was ist verboten, was ist erlaubt?

Wir sagen es Ihnen!

Pro Patient Medien GmbH Westfälische Strasse 27 10709 Berlin Tel.: 0049 30 - 8 91 60 77

Tel.: 0049 30 - 8 91 60 77 Fax: 0049 30 - 8 91 97 46 info@propatient-medien.de www.propatient-medien.de

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



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

Beratung für Ärzte

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



Auszeichnung

Die schwarze und die grüne Lunge

"Lieber Herr Dr. Hoffmann!

Danke, dass Sie uns beigebracht haben, wie wichtig unsere Lunge ist!... Wenn ich später groß bin, fange ich gar nicht an zu rauchen! Denn jetzt weiß ich wie unsere arme Lunge dann später aussieht..."

Nur einer von vielen Briefen Zehnjähriger an Helmut Hoffmann, der lange Jahre beim Kinderund Jugenddienst in Reinickendorf tätig war.

Auch nach seiner Pensionierung nimmt er neue Projekte zur Gesundheitsförderung in Angriff.
Diesmal ging es um die Lunge und auch um den Baum als "grüne Lunge", weshalb die Kinder der Klasse 4a der Charlie-Chaplin-Grundschule auch einen Waldschultag hatten.

Die farbenprächtigen Kinderbilder aus diesem Projekt können Sie noch bis zum 26. November im Erdgeschoss und im ersten Stock Ihrer Kammer betrachten.

Schon zum dritten Mal zeigt der pädagogisch engagierte (und auch pädagogisch ausgebildete) Arzt Bilder von Kinderhand, in denen sich die Botschaften seiner beliebten Präventionsprojekte mit Vorschul- und Schulkindern samt ihren Lehrkräften niederschlagen. Auch bei Fachkongressen werden sie ausgestellt.

Diese fröhliche Form der Gesundheitserziehung entwickelt und praktiziert Hoffmann seit 1995, und zwar zu Themen wie beispielsweise Impfungen, Allergien, Herz, Augen, Ohren oder Füße.

Man wünschte sich, dass dies nicht nur punktuell bleibt. Wann werden die Kassen endlich aufmerksam auf diese frühe Primärprävention, die Spaß macht?

R.St.

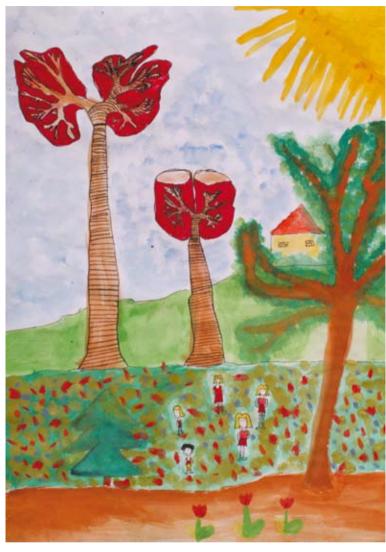


Bild von Victoria, 9 Jahre

ANZEIGE

Mit uns können Sie rechnen.



Seit 85 Jahren erfolgreiche Privatliquidation.

- schnelle Rechnungserstellung
- gebührenrechtliche Beratung durch
 Bärbel Roscher (GOÄ) und Barbara Kasper (GOZ)
- günstige Preise

Wir freuen uns auf Sie.



AeV Gesellschaft für Abrechnung von Privatliquidationen mbH

Landsbergerstr. 482 81241 München Telefon: 089 896010-0

NATURHEILTAGE BERLIN Herbstkongress 2007 – Kurs II

Freitag bis Sonntag, 02.-04.11. und 23.-25.11.2007

Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung "Naturheilverfahren" mit Zertifizierung (36 Punkte)

Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren Veranstalter:

(Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.

Inhalte: Phytotherapie: bei endokrinologischen,

Herz/Kreislauf, Erkältungs- und

Atemwegs- sowie HNO-Erkrankungen

O2 11 Entspannungsverfahren,

Einführung in Autogenes Training Ordnungstherapie:

Chronobiologie, ärztliches Gespräch 23.11.

Ernährungstherapie: Vegetarische Ernährung,

Nahrungsergänzungsmittel,

alternative Ernährungsformen, 24.11. vorm.

mikrobiotische Ernährung

24.11. nachm. Schwerpunktthema Onkologie

Ausleitende Verfahren: Neuraltherapie 25.11.

Anmeldung: Vitanas Krankenhaus für Geriatrie, Senftenberger Ring 51, 13435 Berlin

> Tel. 030-40057 484, Fax 030-40057 494

e-mail: r.heinzler@vitanas.de

Veranstaltungsort: St. Gertrauden Krankenhaus,

Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf

360,00 € für den gesamten Kurs II Kursgebühren: Ermäßigungen werden unter bestimmten

Voraussetzungen und bei entsprechendem

Nachweis gewährt.

Ausführliches Programm unter: www.naturheiltage-berlin.de

ANZEIGE

"Die Klugheit eines Menschen lässt sich aus der Sorgfalt ermessen, womit er das Künftige bedenkt."

Georg Christoph Lichtenberg





Symposium "Medizin und Finanzen"

am 22.11.2007 ab 18.00 im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin, Luisenstraße 58/59 (gegenüber Charité)

Zusätzlich an diesem Abend - Richtig schenken und vererben im kostenlosen LBBI-Test: "Ist Ihre Zukunft gesichert?" Checken Sie Ihren Handlungsbedarf.

Sowohl im Gesundheitswesen als auch in Bereich der Finanzdienstleistungen stehen wir momentan vor einer Vielzahl von Änderungen. Um rechtzeitig agieren zu können, statt nur noch zu reagieren, sollte man frühzeitig über die anstehenden Neuregelungen und ihre Auswirkungen informiert sein. Der Abend ist diesen beiden Themen gewidmet und soll Ihnen nicht nur einen Überblick über die kommenden Änderungen geben, sondern ebenso Handlungsempfehlungen aufzeigen.

18.00 Uhr Empfang 19.30 Uhr Pause

18.30 Uhr Thomas Lange (Vermögensberater, Zertifizierter Finanzplaner und Vermögensnachfolgeplaner (CFP/CEP) der Landesbank Berlin

International S.A., Luxemburg)

Clever erben, vererben und Vermögen sichern - mit gezielter

VermögensNachfolgePlanung

19.00 Uhr Jörg Seifart (Rechtsanwalt der Deutschen Stiftungsagentur,

Neuss/München)

Vermögen stiften! Nur etwas für Bill Gates?

20.00 Uhr Prof. h.c. Bernhard Motzkus (Leitender Verwaltungsdirektor a.D.

der Charité - Universitätsmedizin Berlin)

Wie geht es mit dem Krankenhauswesen in Deutschland weiter?

20.30 Uhr Arnd Brüggenwirth (Leiter des Privatkundengeschäfts der

Landesbank Berlin International S.A., Luxemburg)

Die Abgeltungsteuer kommt - was nun?

21.00 Uhr Zeit für Diskussionen und Gespräche mit den Experten

Anmeldungen per e-mail oder Fax an contact@lbb.lu oder (+3 52) 47 78-60 09. ☐ Ja, ich (wir) komme(n) gerne mit ____ (Name/Anschrift)

Landesbank Berlin International S.A. • 30, boulevard Royal - L 2449 Luxemburg • Tel.: (+3 52) 47 78 - 66 00 • www.lbb.lu

Internet

Arzneimittelverordnungen

Empfehlungen von Ärztinnen und Ärzten, Patienten könnten aus Kostengründen verordnete Arzneimittel über das Internet beziehen, sollten nur sehr zurückhaltend ausgesprochen werden. Auch wenn bereits einzelne gesetzliche Krankenkassen diesen Vertriebsweg empfehlen (z.B. Orts- und Ersatzkassen), sind folgende Vorsichtsmaßnahmen zu bedenken:

- Die Warnungen deutscher Apotheker sind wegen deren Eigeninteressen mit einem kritischen Auge zu betrachten. Nur seriöse Internetadressen (z.B. Internetapotheken) können empfohlen werden, bei denen eventuelle Reklamationen und Nachfragen der Patienten zügig bearbeitet werden. Vorsicht bei Links auf unbekannte Seiten!
- Aufklärung der Patienten über mögliche Arzneimittelfälschungen bei dubiosen Anbietern, erkennbar u.a. an Druckfehlern auf der Packung, fehlender Pharma-

zentralnummer, Veränderungen des Geruches oder Geschmackes.

- Warnung vor nicht deklarierten Inhaltsstoffen bei ärztlichen Kaufempfehlungen alternativer Präparate. Aktuelle Warnungen der kanadischen Überwachungsbehörde aus 2007 betreffen z.B.
 - "Pflanzliche" Schlafmittel mit undeklariertem Clonazepamgehalt,
 - "Natürliche" Mittel zur Gewichtsreduktion mit undeklariertem Sibutramingehalt,
 - chinesische potenzsteigernde Kräutermittel oder "Diätmittel" mit undeklariertem Gehalt an Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil oder deren Analoga,
 - chinesische antidiabetische Kräutermittel mir undeklariertem Phenformin-, Rosiglitazon- oder Glibenclamidgehalt,
 - Produkte mit erhöhter bakterieller Kontamination oder mit Gehalt an Allergenen oder Aristolochiasäure, die nachgewiesenermaßen nierentoxisch und kanzerogen wirkt.

Quelle: Health Canada, www.hc-sc.gc.ca Ibuprofen-Lysinat

Anwendungsbeobachtung

In einer so genannten Anwendungsbeobachtung in Apotheken wurde die Wirksamkeit von Ibuprofen-Lysinat (Dolormin® Migräne) untersucht. Die Patienten nahmen am ersten Tag im Mittel 2,8 Tabl. à 400 mg ein (nahe der maximalen Tagesdosis von freiverkäuflichem Ibuprofen), bei einer maximalen Gesamtdosis von 14 Tabletten. 75,6 % der durch vorhergehende Einnahme des Präparates

sicher nicht unbeeinflussten Migräne-Patienten stuften die Wirksamkeit als sehr gut bis gut ein, in 9 % der "Einnahme" wurden unerwünschte Wirkungen angegeben und in 178 der 337 untersuchten Anfälle trat eine Schmerzlinderung erst nach über 4 Stunden ein. Einem später publizierten Kommentar ist zuzustimmen, dass diese "apothekenbasierte Anwendungsbeobachtung" gravierende Mängel in Anlage, Auswertung und Diskussion aufweist.

Quellen: Pharm. Ztg. 2007; 152: 1886 und 2950

Anmerkungen: Bei freiverkäuflichen Arzneimitteln kann die Erfassung von Erfahrungen bei der Anwendung durch Apotheker grundsätzlich sinnvoll sein, da systematische wissenschaftliche Untersuchungen über den praktischen Arzneimittelgebrauch Mangelware sind. § 4 Abs. 23 und § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes ordnen jedoch für den Hersteller verpflichtende Anwendungsbeobachtungen ausschließlich Ärzten zu. Die derzeit durchgeführten Studien werden nicht zu Unrecht überwiegend als reine Marketingstudien bezeichnet. Apotheker beteiligen sich nun auch an diesen medizinisch fragwürdigen Studien zur Steigerung der Verkaufszahlen.

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 4302-1560, Fax: -1565, E-Mail: dr.hopf@aekno.de

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 Steingräber

FAB Investitionsberatung

MedConsult Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe oHG

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

BERLINER ÄRZTE 11/2007 S. 10

Codein-haltige Arzneimittel und Anwendung in der Stillzeit

Im August 2006 wurde der Fall eines gestillten Säuglings, der infolge einer Morphinvergiftung verstarb, publiziert (Koren et al., Lancet 2006; 368:704). Der Fall ereignete sich in Kanada. Die Mutter des Kindes hatte Codein in einer Dosierung von zunächst 60 mg zweimal täglich zur Schmerztherapie erhalten und weiterhin gestillt. Bei Erwachsenen beträgt die empfohlene Tagesmaximaldosis für Codein 200 mg (entsprechend der Musterproduktinformationen des Bundesinstitutes

für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM]).
Aufgrund von Codeinnebenwirkungen bei der Mutter (Obstipation,
Somnolenz) wurde die Codeindosis ab dem 2. Behandlungstag auf die Hälfte reduziert. Das Neugeborene zeigte ab dem 7. Lebenstag Trink-

schwäche und Lethargie und verstarb

am 13. Lebenstag.

Codein ist ein Prodrug, der aktive Metabolit ist Morphin. Es ist bekannt, dass Morphin auch mit der Muttermilch ausgeschieden wird. Die Metabolisierung von Codein zu Morphin erfolgt in der Leber durch das Enzym Cytochrom P450 CYP2D6, dessen Aktivität genetisch festgelegt ist. Untersuchungen der Mutter ergaben, dass bei ihr für CYP2D6 eine Genduplikation vorlag und deshalb Codein sehr schnell zu Morphin metabolisiert wurde (so genannter ultra-rapid metaboliser). Die Häufigkeit dieser genetischen Variante ist für Deutschland nicht bekannt. Für Skandinavien wird die Häufigkeit mit circa ein Prozent angegeben, für Griechenland mit 10 Prozent und für Äthiopien mit 29 Prozent.

Aufgrund der ultraschnellen Metabolisierung von Codein traten in der Muttermilch rasch sehr hohe Morphinkonzentrationen auf. Die Mutter hatte wegen der Trinkschwäche des Kindes ab dem 10. Lebenstag des Neu-

geborenen Muttermilch aufbewahrt. Untersuchungen dieser Muttermilch ergaben eine Morphinkonzentration von 87 ng/ml. Im Normalfall beträgt die Morphinkonzentration in der Muttermilch nach Gabe von 60 mg Codein alle 6 Stunden 1,9 – 20,5 ng/ml. Eine postmortale Blutanalyse ergab bei dem Kind eine Morphinplasmakonzentration in Höhe von 70 ng/ml. Bei gestillten Säuglingen, deren Mütter Codein in therapeutischer Dosierung anwenden, treten üblicherweise

Plasmakonzentrationen von 0,2-2 ng/ml auf. Insgesamt ist bei Neugeborenen die Metabolisierung und Elimination von Morphin eingeschränkt.

Der dargestellte Fall hat zu einer Neubewertung der Codeinanwendung während der Stillzeit geführt. Nach Ansicht des BfArM ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer Codeinanwendung während der Stillzeit aufgrund der potenziellen Risiken für den Säugling als ungünstig einzustufen. Wenn eine Codeintherapie während der Stillzeit erforderlich ist, sollte das Stillen unterbrochen werden. Lediglich eine einmalige Gabe von Codein ist mit dem Stillen zu vereinbaren. Beim Säugling sollte dann auf klinische Symptome (Trinkschwäche, Somnolenz, Lethargie) geachtet werden (Mustertexte des BfArM zu Codein, Stand 2/2007).

Die FDA hat im August 2007 ebenfalls auf dieses Risiko aufmerksam gemacht. Die Hinweise der FDA sind dabei weniger strikt als die Vorgaben des BfArM. Die FDA rät, stillenden Müttern Codein nur in möglichst niedriger Dosierung und für möglichst kurze Zeiträume zu verschreiben und auf klinische Symptome einer Morphinvergiftung bei der Mutter und dem gestillten Säugling zu achten. Außerdem wird auf die Möglichkeit eines genetischen Testes verwiesen.

Ultraschall erleben: SONOLINE Center Berlin

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

Rohrdamm 85 13629 Berlin

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



Fußkomplikationen bei Typ-2-Diabetes

PatientenLeitlinie zur Kommentierung freigegeben

Die Konsultationsfassung der PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie "Typ-2-Diabetes – Prävention und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen" ist fertiggestellt. Sie steht derzeit zur öffentlichen Kommentierung im Internet bereit.

Alle am Thema interessierten Personen aus Fachkreisen und der Selbsthilfe sind dazu eingeladen, dieses Angebot wahrzunehmen. Sind in der PatientenLeitlinie aus Ihrer Sicht alle für Patienten wichtigen Aspekte zur Fragestellung berücksichtigt? Haben Sie Änderungs- oder Ergänzungsvorschläge? Für Meinungen und Anregungen findet sich unter dem Link www.versorgungsleitlinien.de/ kontakt/index html ein elektronisches Rückmeldeformular.

Kommentare können aber auch per E-Mail an die Adresse nvl@azq.de gesendet werden. Diese werden nach Beendigung

der öffentlichen Konsultationsphase geprüft und bei der Erstellung der Endfassung berücksichtigt.

Die PatientenLeitlinie zur NVL "Typ-2-Diabetes – Prävention und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen" wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern des Deutschen Diabetiker Bundes e.V., der Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE e. V.) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. erstellt. Sie "übersetzt" die ärztliche Leitlinie für Patienten und ist Teil des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien.

Lesen Sie dazu auch das Titelthema dieses Heftes.

Download der PatientenLeitlinie unter der Adresse: www.versorgungsleitlinien.de/ patienten/pdf/nvl_t2dm_fuss_ patienten konsultation.pdf



Tilidin

Berlin ist Spitze bei Rezeptfälschungen

Das Schmerzmittel Valoron N mit dem Wirkstoff Tilidin wird offenbar als Droge immer beliebter. Presseberichten zufolge bedienen sich vor allem türkische und arabische Jugendliche gern der berauschenden Wirkung des synthetischen Opiats Tilidin. Das Landeskriminalamt stellte 2006 in Berlin etwa 1800 gefälschte Valoron-Rezepte sicher. Damit liegt die Hauptstadt im Bundesvergleich an der Spitze.

Da Tilidin in Form von Valoron N zu den wenigen Opiaten gehört, das nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, ist die Beschaffung über Rezeptdiebstähle und ebenfalls gestohlene oder gefälschte Arztstempel relativ leicht möglich.

Das Landeskriminalamt hat jetzt ein Frühwarnsystem entwickelt, mit dem Apotheken tagesaktuell darüber informiert werden, bei welchen Ärzten Rezepte gestohlen wurden. Ärzte, die einen Rezept- oder Stempeldiebstahl bemerken,

werden deshalb gebeten, diesen bei der Polizei (Landeskriminalamt, Telefon 030/46 64 0 oder jeder Polizeidienststelle) anzuzeigen und auch der KV sowie der Ärztekammer Berlin (berufsrecht@aekb.de) zu melden.

Damit können Ärzte helfen, dem Missbrauch vorzubeugen und Verdacht gegen sich selbst abzuwenden. Die Ärztliche Berufsordnung verpflichtet Ärzte dazu, im Rahmen der allgemeinen Sorgfaltspflicht Rezepte sicher aufzubewahren. Achten Sie deshalb darauf, dass Ihre für Formulare und Vordrucke vorgesehenen Schränke außerhalb der Sichtund Zugriffsmöglichkeiten von Patienten stehen und stets abgeschlossen sind. Andernfalls könnten gesetzgeberische Maßnahmen drohen, da der Rezeptmissbrauch inzwischen auch unter finanziellen Aspekten eine beachtenswerte Größenordnung angenommen hat.

Preis für evidenzbasierte Medizin

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM e.V.) schreibt für 2008 erstmalig den neugeschaffenen David-Sackett-Preis aus. Der Preis soll laut DNEbM hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der evidenzbasierten Medizin und Gesundheitsversorgung auszeichnen. Ausgezeichnet werden können Einzelpersonen, Personengruppen, Institute und Verbände.

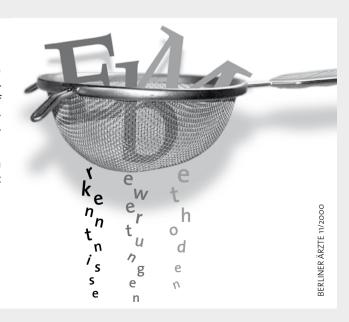
Bewerbungsfrist ist der 1. Dezember 2007. Weitere Informationen sind über die Geschäftsstelle der DNEbM sowie im Internet erhältlich: www.ebm-netzwerk.de/wir_ueber_uns/Preise

Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. Geschäftsstelle

c/o Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin Wegelystr. 3/Herbert-Lewin-Platz, 10623 Berlin

Telefon: 030/4500-2500, Fax: 030/4005-2555

E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de



"Bonus-Malus ist Absurdistan im deutschen Gesundheitswesen"

Die Bonus-Malus-Prüfung zur Arzneiverordnung ist 2008 wieder vom Tisch. Darauf haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Krankenkassen verständigt. Niedergelassene Ärzte sind erleichtert. Die Allgemeinmedizinerin Professor Vittoria Braun aus dem Vorstand der Berliner Ärztekammer sieht sich in ihrer Kritik bestätigt.

"Das beweist, dass die Ärzte mit ihrer Kritik von Anfang an recht hatten und dass die Regelung wirklich unpraktikabel ist", sagt Braun. Folgerichtig dürften die Ärzte auch in diesem Jahr nicht zur Kasse gebeten werden, so die Hausärztin.

KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich Anfang Oktober darauf verständigt, keine Malus-Prüfung im kommenden Jahr vorzunehmen. Mehrere Gründe waren dafür ausschlaggebend. So teilen die Bundesverbände der Kassen inzwischen die Auffassung, dass für relativ geringe Prüfsummen aufwändige Prüfverfahren nötig seien. Auch die Warnung der KV Berlin, dass Rabattvereinbarungen die Malus-Regelung aushebeln würden, haben sie anerkannt. Das Reformgesetz vom April dieses Jahres habe die Malus-Bestimmungen überlagert und damit zu unerwünschten Effekten geführt, heißt es in einer gemeinsamen Erklärung von KBV und Kassenverbänden. Zudem haben die Kassen festgestellt, dass die Ärzte mit ihrer Warnung recht hatten: Die Regelung hat wohl tatsächlich zur Folge, dass vor allem große Packungen mit hohen Wirkstoffdosen verordnet wurden. "Die Regelung führt jede vernünftige Therapie ad absur-

dum. Man kann doch nicht festlegen, dass jeder Patient immer die größte Packung und die höchste Dosierung bekommen soll. Das widerspricht allen wissenschaftlichen Standards", sagt Braun. Ein Beispiel: Bei einem Patienten mit Herzinsuffizienz müsse die Dosis der Betablocker langsam gesteigert werden, so Braun. Er bekomme zunächst zwei Wochen lang die niedrigste Dosis, dann zwei Wochen die nächsthöhere, und so weiter. erklärt die Hausärztin und Medizinprofessorin der Charité. Beispiel 2: Während einer

Urlaubsvertretung braucht eine Migräne-Patientin eine neue Triptan-Verordnung. "Medizinisch sinnvoll ist es, nur soviel zu verordnen, wie die Patientin während der Urlaubszeit des Hausarztes braucht. Sonst besteht die Gefahr, dass die Mittel unkontrolliert eingenommen werden", sagt Braun. Wirtschaftlich gehen Ärzte jedoch mit der Verordnung von kleinen Packungen und niedrigen Dosen ein Risiko ein. Um die Maximalkosten für die Tagesdurchschnittsdosen (DDD) der Malus-Regelung einzuhalten, müssen sie möglichst oft die größte Packung und die höchste Dosis eines Wirkstoffs verordnen. Das kann vor allem für Ärzte problematisch werden, die nur vereinzelt einen der Wirkstoffe verordnen. Wer über der Malusgrenze liegt, erhält ohne vorangehende Prüfung eine Regressforderung. Die betrof-

fenen Ärzte müssen entweder

spruchsverfahren in Kauf neh-

men oder die Mehrkosten aus

eigener Tasche an die Kranken-

kassen zahlen. Die Allgemein-

ein zeitraubendes Wider-



Foto: S.Rudat

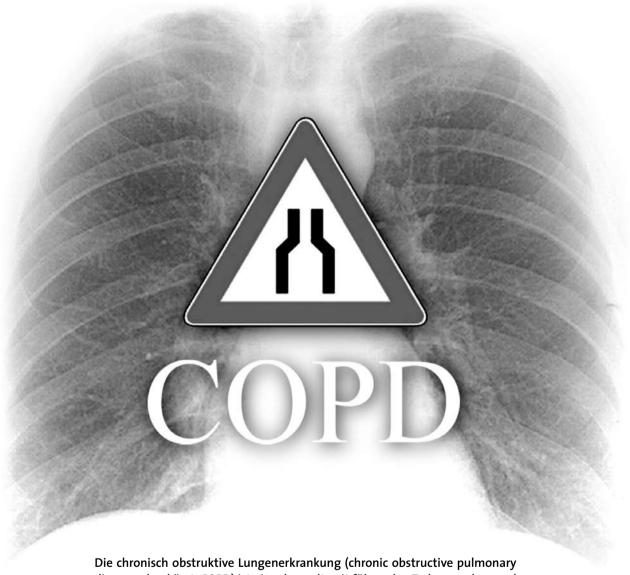
medizinerin Braun hält es für "absurd, dass eine statistische Größe wie die DDDs als Prüfinstrument herangezogen wird". Sie begrüßt es, dass die Regelung wieder abgeschafft wird. DDDs und Leitsubstanzen werden im kommenden Jahr der Bundesvereinbarung zufolge für zwölf verordnungsstarke Wirkstoffgruppen lediglich als Zielgrößen zur Orientierung eingesetzt, aber nicht mehr als Prüfkriterium.

Im ersten Quartal dieses Jahres haben mehr als 1250 von gut 6000 verordnenden Arztpraxen in Berlin nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) die Malus-Grenzwerte überschritten. Ihnen droht im Durchschnitt ein Regress von gut 60 Euro pro Verfahren. Nur bei einem Regressbetrag unter acht Euro wird die Forderung gegen den Arzt fallen gelassen. Insgesamt geht es um gut

110.000 Euro. Eine Regressforderung wegen Überschreitung der Malusgrenze droht Ärzten unabhängig von ihrem sonstigen Verordnungsverhalten. So verordnen die Ärzte in Berlin einen hohen Anteil an Generika. Das ist gesundheitspolitisch erwünscht und in den Arzneimittelvereinbarungen mit den Krankenkassen als Ziel festgelegt, schützt aber vor einem Malus nicht. Betroffen ist auch die Allgemeinmedizinerin Braun. "Alle anderen Verordnungen entsprechen den Vorgaben der Wirtschaftlichkeit. Aber der Malus droht mir trotzdem", sagt Braun. Sie hält es für nötig, dass Ärzte sich nun dafür einsetzen, dass die Malus-Forderungen auch für dieses Jahr fallengelassen werden.

A. Mißlbeck

Nationale VersorgungsLeitlinie



Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease, abgekürzt: COPD) ist eine der weltweit führenden Todesursachen und wird dennoch vielfach unterschätzt. Auch in Deutschland wird die COPD vielerorts noch immer zu wenig beachtet, zu wenig diagnostiziert und zu wenig behandelt. Das soll die Nationale Versorgungsleitlinie COPD jetzt ändern.

Von H. -H. Abholz , A. Gillissen , H. Magnussen , K. Schultz , D. Ukena , H. Worth , I. Kopp, P. von Wichert , F. Thalau , G. Ollenschläger*

^{*}Deutsche Atemwegsliga, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP), Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR), Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

- Diagnostik, Therapie und Rehabilitation -

Einleitung

Nationale VersorgungsLeitlinien werden seit etwa drei Jahren zu Themen, die fächerübergreifend von Bedeutung sind, als evidenzbasierte Leitlinien unter der Moderation des Dachverbandes wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität (ÄZQ) als gemeinsame Institution von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundervereinigung – unter Teilnahme all der jeweils am Thema beteiligten Fachgesellschaften erarbeitet. Die Patientenbeteiligung erfolgt über das Patientenforum bei der Bundesärztekammer.

Da der Prozess der NVL-Entwicklung und die Bedeutung derartiger Leitlinien in dieser Zeitschrift bereits ausführlich dargestellt wurden (BERLINER ÄRZTE 11/2006), soll hierauf an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Es genügt der Hinweis, dass als Grundgerüst bestehende und von allen an der NVL-Erstellung Beteiligen als methodisch solide angesehene Leitlinien benutzt werden, die durch Befunde neuerer Studien ergänzt werden. Bisher liegen fertige Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) für die koronare Herzerkrankung, für "Diabetische Netzhautkomplikationen", "Diabetische Fußkomplikationen", für Asthma und für COPD vor. Die NVL COPD soll hier vorgestellt werden.

Hintergrund der NVL COPD

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease, abgekürzt: COPD) ist eine der weltweit führenden Todesursachen und wird dennoch vielfach unterschätzt. Lag sie 1990 noch an sechster Stelle der häufigsten Todesursachen, so wird die COPD bis zum Jahr 2020 auf den dritten Platz vorrücken. Im gleichen Zeitraum wird sie in der Morbiditätsstatistik vom gegenwärtig vierten ebenfalls auf den dritten Platz gelangen.

Ging man bisher davon aus, dass hauptsächlich Männer betroffen sind, so zeigen neuere Sterbestatistiken in den USA und Kanada eine Trendumkehr zu Lasten der Frauen. In Deutschland ist künftig ebenfalls mit einer Zunahme der Frauen bei der COPD-Mortalität zu rechnen, für die hauptsächlich zwei Gründe maßgeblich sind. Zum einen erreichen Frauen durchschnittlich ein höheres Lebensalter und zum anderen hat der Anteil der Raucherinnen seit den 40er Jahren überproportional zugenommen.

Zigaretten-Rauchen ist zwar nicht der einzige, jedoch zweifellos der weltweit bedeutendste Risikofaktor für die Entwicklung einer COPD.

Trotz dieser alarmierenden Entwicklung muss auch für Deutschland festgestellt werden, dass die COPD vielerorts noch immer zu wenig beachtet, zu wenig diagnostiziert und zu wenig behandelt wird. Dies trifft selbst für fortgeschrittene Erkrankungsstadien zu, in denen es bereits zu irreversiblen Einschränkungen der Lungenfunktion gekommen ist. Effektive und kosteneffiziente Maßnahmen wie zum Beispiel die Raucherentwöhnung oder das körperliche Training werden, ungeachtet der positiven Evidenzlage, bisher unzureichend umgesetzt.

Ziele und Eckpunkte der NVL COPD

Vor diesem Hintergrund sind nach Vorstellung der zuständigen medizinischen Fachgesellschaften und der ärztlichen Selbstverwaltung verstärkte Bemühungen um eine Optimierung der Versorgungsqualität für COPD-Patienten in Deutschland erforderlich. Hierzu gehört eine verlässliche und allgemein akzeptierte Darlegung des Notwendigen und Angemessenen in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation dieser chronischen Atemwegserkrankung. Zu diesem Zweck wurde die NVL COPD entwickelt. In diesem Rahmen konsentierten die an der Erstellung beteiligten Organisationen die in Tab. 1 dargestellten Eckpunkte des COPD-Managements.

Konkret erhoffen sich die Autoren und Herausgeber der VersorgungsLeitlinie die breite Berücksichtigung der empfohlenen

- abgestuften Diagnostik (siehe Abb.1);
- Stufen-Therapie bei stabiler COPD (siehe Abb.2);
- Präventionsmaßnahmen (Raucherentwöhnung, Schutzimpfungen);
- Maßnahmen bei Exazerbation der COPD:
- Rehabilitationsmaßnahmen;
- Vorschläge zu einer koordinierten Versorgung von Menschen mit COPD-Risiko oder manifestierter COPD (siehe Tab.2).

Tab. 1: Eckpunkte des COPD-Managements der NVL COPD

Bausteine des COPD-Managements

- exakte Diagnose als Grundlage einer differenzierten Therapie;
- Langzeittherapie der stabilen COPD;
- Prophylaxe und Therapie der akuten Exazerbation;
- präventive Maßnahmen, insbesondere Ausschaltung von Risikofaktoren;
- bei Bedarf Rehabilitation.

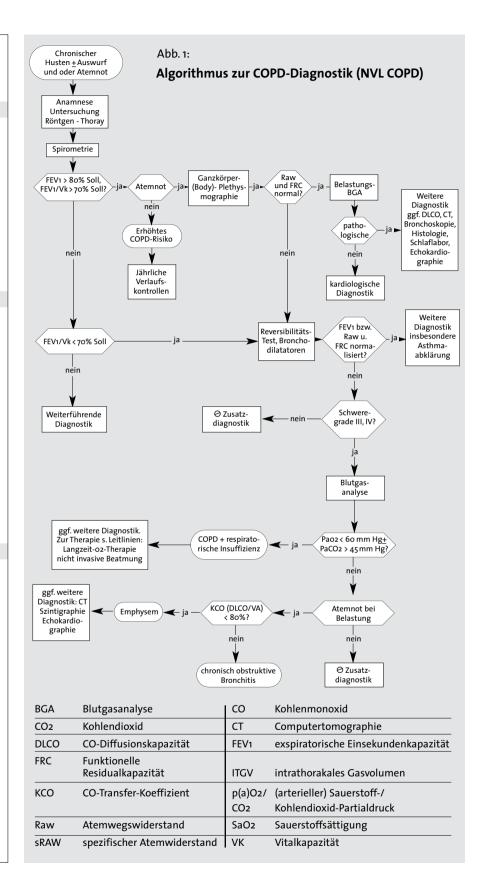
Ziele des COPD-Managements

- Verminderung der Progression der Erkrankung;
- Steigerung der k\u00f6rperlichen Belastbarkeit;
- Symptomlinderung und Verbesserung des Gesundheitsstatus;
- Vorbeugung und Behandlung von Exazerbationen;
- Vorbeugung und Behandlung von Komplikationen;
- Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität;
- Reduktion der COPD-bedingten Letalität.

Behandlungsplan

Der Behandlungsplan umfasst:

- die medikamentöse Therapie;
- die Schulung mit dem Ziel, den Patienten aktiv an der Bewältigung seiner Krankheit zu beteiligen (ärztlich kontrollierte Selbstmedikation);
- die Physiotherapie, k\u00f6rperliches Training, Ern\u00e4hrungsberatung, apparative Therapieoptionen;
- das Management akuter Exazerbationen;
- bei ausgeprägtem Lungenemphysem operative Behandlungsmaßnahmen.
- Zudem stellt die pneumologische Rehabilitation als zeitlich umschriebene Komplexmaßnahme eine wichtige Komponente des Langzeitmanagements der COPD dar.



Tab. 2:

Empfehlungen zur Versorgungskoordination der NVL COPD

Hausärztliche Versorgung

Die Langzeit-Betreuung der Patienten und die Koordination der Versorgung sowie deren Dokumentation im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch den Hausarzt (ggf. Pneumologen). Mit zur Betreuungsaufgabe des Hausarztes gehört die regelmäßige Erfassung des klinischen Bildes, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Lungenfunktion sowie des Risikostatus. Die erforderliche Frequenz der Untersuchung ist abhängig von der Krankheitsschwere.

Überweisung: Behandelnder Arzt zum qualifizierten Facharzt bzw. zur qualifizierten Einrichtung

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung;
- wenn eine Dauertherapie mit Corticosteroiden erforderlich wird;
- nach vorausgegangener Notfallbehandlung;
- Beenden einer antientzündlichen Dauertherapie;
- bedeutsame Komorbidität;
- Verdacht auf berufsbedingte Atemwegserkrankungen.

Einweisung in ein Krankenhaus

In folgenden Situationen ist eine Einweisung in ein Krankenhaus notwendig:

- · Hinweis auf schwere Exazerbation;
- trotz intensiver ambulanter Behandlung progredienter Verlauf;
- · unzureichende häusliche Betreuung.

Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Vor dem Hintergrund der derzeitigen rechtlichen Situation besteht die Indikation zur Rehabilitation, wenn trotz adäquater kurativer Behandlung beeinträchtigende körperliche oder psychosoziale Krankheitsfolgen persistieren, die die Möglichkeiten von alltagsrelevanten Aktivitäten und der Teilhabe am normalen privaten, öffentlichen oder beruflichen Leben behindern.

Abb.2:

COPD-Stufentherapie (NVL COPD) Die Therapie von COPD-Patienten sollte sich an folgendem Stufenplan orientieren:

FEV1/VK < 70 % Stufe IV: FEV1 < 30 % Soll oder respirator. Insuffizienz

Risikofaktoren vermeiden*, Schutzimpfungen**, rehabilitative Maßnahmen**** rasch wirksame Inhalative Bronchodilatatoren*** bei Bedarf; ein oder mehrere langwirksame Inhalative Bronchodilatatoren*** als Dauertherapie (einzeln oder in Kombination); ICS (bei wiederholten Exazerbationen, Therapieeffekt vorausgesetzt); ergänzende Maßnahmen (Langzeit-Sauerstoff-Therapie, chirurgische Therapie) erwägen.

FEV1/VK < 70 % Stufe III: 30 % ≤ FEV1 < 50 % Soll

Risikofaktoren vermeiden*, Schutzimpfungen**, rehabilitative Maßnahmen**** rasch wirksame inhalative Bronchodilatatoren*** bei Bedarf; ein oder mehrere lang wirksame Inhalative Bronchodilatatoren*** als Dauertherapie (einzeln oder in Kombination); ICS (bei wiederholten Exazerbationen, Therapieeffekt vorausgesetzt).

FEV1/VK < 70 % Stufe II: 50 % ≤ FEV1 < 80 % Soll

Risikofaktoren vermeiden*, Schutzimpfungen**, rehabilitative Maßnahmen****

rasch wirksame inhalative Bronchodilatatoren*** bei Bedarf; ein oder mehrere langwirksame Inhalative Bronchodilatatoren** als Dauertherapie (einzeln oder in Kombination).

FEV1/VK < 70% Stufe I: FEV1 ≥ 80% Soll

Risikofaktoren vermeiden*, Schutzimpfungen**

rasch wirksame inhalative Bronchodilatatoren*** bei Bedarf.

Erläuterungen

- * Vermeidung inhalativer Schadstoffexposition (insbesondere Tabakrauch)
- ** Impfungen gegen Influenza und Pneumokokken
- *** Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika; Medikament der dritten Wahl ist Theophyllin
- **** Ambulante oder stationäre Rehabilitation und/oder nichtmedikamentöse Maßnahmen wie körperliches Training, Atemphysiotherapie und Patientenschulung.

Abkürzungen: FEV= Forciertes exspiratorisches Volumen - ICS = Inhalative Corticosteroide - VK = Vitalkapazität

Welche Aussagen macht die NVL COPD speziell für die hausärztliche Versorgung?

Insbesondere für den hausärztlichen Arbeitsbereich erscheinen nach Abholz et al. (Abholz H-H et al. Nationale Versorgungsleitlinie COPD. ZFA 2007; 83: 292–307) die folgenden Aussagen der NVL COPD besonders erwähnenswert:

- Betamimetika und Anticholinergika haben therapeutisch einen gleichen Stellenwert.
- •Beide zusammen erhöhen den therapeutischen Effekt.
- •Theophyllinpräparate sind aufgrund von Nebenwirkungen problematisch und sollten nur an letzter Stelle eingesetzt werden.
- Corticosteroide spielen bei der COPD anders als beim Asthma – keine zentrale

Rolle, insbesondere nicht für die Langzeitbehandlung.

- Corticosteroide können bei Patienten mit sehr häufigen Exazerbationen zu Beginn einer Exazerbation eingesetzt werden, sollten aber in ihrer Effektivität bei jedem einzelnen Patienten individuell beurteilt werden.
- Medikamentöse Behandlungen bringen wenig objektive Verbesserungen in der aktuellen Lungenfunktion und im Langzeitverlauf.
- Die eher kleinen therapeutischen Effekte kommen in ihrer Effektstärke denen von rehabilitativen Maßnahmen gleich.
- Therapeutische Maßnahmen müssen daher sehr häufig anhand der subjektiv erlebten Verbesserung von Belastbarkeit etc. beurteilt werden, nicht anhand der Lungenfunktion.
- Wichtigster positiv verlaufsbeeinflussender Faktor ist das Aufhören mit dem Rauchen.

Diagnostik der stabilen COPD

Bei Erhebung der Anamnese sollte gezielt gefragt werden nach:

- · Husten und Auswurf,
- · Atemnot unter Belastung,
- Rauchgewohnheit (80 % der COPD-Patienten sind Raucher oder Exraucher),
- inhalative Belastung am Arbeitsplatz,
- · Anzahl der Exazerbationen/Jahr,
- Komorbidität.
- Gewichtsverlust.

Im körperlichen Untersuchungsbefund sollte dokumentiert werden:

- pathologische Geräusche/Nebengeräusche,
- verlängerte Exspirationsdauer.

In fortgeschrittenen Stadien:

- · Lippenzyanose,
- periphere Ödeme,
- pulmonale Kachexie.

Bei Patienten mit V. a. COPD sollte eine Spirometrie durchgeführt werden (siehe Abb.1).

Laboruntersuchungen:

- Bei Exazerbationen ist die Bestimmung des Blutbildes und des CRP sinnvoll.
- Bei Patienten mit Zeichen eines Lungenemphysems im Alter unter 45 Jahren sollte eine gezielte Untersuchung bezüglich eines Alpha-1-Protease-Inhibitor-Mangels durchgeführt werden.

Eine Blutgasanalyse sollte bei V. a. respiratorische Insuffizienz erfolgen:

- respiratorische Partialinsuffizienz: Erniedrigung des arteriellen O 2-Partialdruckes (< 60 mm Hg),
- Globalinsuffizienz: Erhöhung des arteriellen CO 2- Partialdruckes (> 45 mm Hg).

Weitere diagnostische Maßnahmen und Verfahren sind

 Röntgenaufnahme der Thoraxorgane in 2 Ebenen bei Diagnosestellung, zur Differenzialdiagnose und zur Erfassung von Emphysemblasen,

Tab. 3: Schweregrad-Einteilung der stabilen COPD

Jenner Bran Internating act Stabilities Co. D		
Schweregrad	Charakteristik	
o (Risikogruppe)	normale Spirometrie,chronische Symptome (Husten, Auswurf).	
I (leichtgradig)	– FEV1 ≥ 80 % Soll, – FEV1 / VK < 70 % , – mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf. Dyspnoe – evtl. bei starker körperlicher Belastung).	
II (mittelgradig)	 - 50 % ≤ FEV1 < 80 % Soll, - FEV1 / VK < 70 % , - mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Dyspnoe). 	
III (schwer)	 – 30 % ≤ FEV1 < 50 % Soll, – FEV1 / VK < 70 % , – mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Dyspnoe). 	
IV (sehr schwer)	FEV1 < 30 % Soll oder FEV1 < 50 % Soll mit chronischer respiratorischer InsuffizienzFEV1 / VK < 70 % .	

FEV1: forciertes exspiratorisches Volumen in einer Sekunde (1-Sekunden-Kapazität): VK: inspiratorische Vitalkapazit ä t

respiratorische Insuffizienz: arterieller o 2-Partialdruck unter 60 mmHg mit oder ohne arteriellen CO2 Partialdruck über 50 mmHg bei Atmen von Raumluft auf Meeresniveau

- · Ganzkörperplethysmografie,
- CO-Diffusionskapazität,
- · Belastungstests,
- krankheitsspezifischer Fragebogen zur Lebensqualität.

Schweregradeinteilung der stabilen COPD

Die Schweregradeinteilung der stabilen COPD erfolgt mittels FEV1-Werten (% vom Soll), gemessen nach Gabe eines Bronchodilatators (s. Tab. 3).

Differenzialdiagnose

- · Asthma (s. Tab. 4)
- · Bronchiektasie.
- · zystische Fibrose,
- diffuse Lungenparenchymerkrankungen mit Obstruktion,
- · Bronchialwandinstabilität,
- konstriktive Bronchiolitis obliterans
 (z. B. nach inhalativen Intoxikationen),
- extrathorakale Obstruktion (Larynx, Trachea),
- Tumoren im Bereich der Atemwege,
- Lungenstauung mit Atemwegsobstruktion.

Therapie der stabilen COPD

Die Therapie von COPD-Patienten sollte sich an Stufenplan wie in Abb. 2. dargestellt orientieren.

1. Medikamentöse Therapie

1.1. Bronchodilatatoren

- Bei Bedarf werden inhalative rasch wirksame Bronchodilatatoren wie folgt empfohlen: Inhalative rasch wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin) oder Anticholinergika (Ipratropium).
- Für die Dauertherapie ab Stufe II werden langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (Formoterol, Salmeterol) und/oder Tiotropium empfohlen (vgl. Abb. 2.).

Tab. 4: Differenzierung zwischen COPD und Asthma bronchiale			
Merkmal	COPD	Asthma	
Alter bei Erstdiagnose	meist 6. Lebensdekade	meist Kindheit, Jugend	
Tabakrauchen	überwiegend Raucher	kein Kausalzusammenhang	
Atemnot	bei Belastung	anfallsartig auftretend	
Allergie	selten	häufig	
Reversibilität der Obstruktion	nicht oder kaum reversibel, progredient	gut reversibel:_FEV1 > 15 %, variabel, episodisch	
Ansprechen auf Corticosteroide	gelegentlich	regelhaft vorhanden	

- Die Kombination aus langwirksamem Beta-2-Sympathomimetikum und rasch wirksamem Beta-2-Sympathomimetikum hat gegenüber Einzelsubstanzen einen additiven bronchodilatatorischen Effekt.
- Für Theophyllin sind ebenfalls bronchodilatatorische Effekte nachgewiesen worden. Die Gabe von Theophyllin soll wegen der geringeren Effizienz, zahlreicher Interaktionen und der relativ geringen therapeutischen Breite erst nach Einsatz von Anticholinergika und Beta-2-Sympathomimetika erfolgen.

1.2. Corticosteroide

- Inhalative Corticosteroide (ICS) sollten bei Patienten verordnet werden, deren FEV1 < 50 % Soll beträgt und die mehr als zwei Exazerbationen pro Jahr haben, welche Antibiotika- und/oder orale Corticosteroid-Therapie erfordern.
- Die Indikationsstellung sollte im Verlauf regelmäßig überprüft werden.
- Behandlungsziele sind eine Verringerung der Exazerbationsrate und eine Verlangsamung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die sich nicht unbedingt in den Lungenfunktionsdaten abbildet.
- Eine Langzeit-Therapie mit oralen Corticosteroiden wird nicht empfohlen.

1.3. Mukopharmaka und Antitussiva

• Der Einsatz von N-Acetylcystein, Ambroxol und Myrtol zur Sekretelimition wird nicht allgemein empfohlen. • Bei produktivem Husten ist die Einnahme von Antitussiva nicht indiziert; bei nicht-produktivem nächtlichem Husten kann der Einsatz von Antitussiva zeitlich befristet indiziert sein.

Inhalationssysteme – Verordnung, Technik

- Patienten sollen in der korrekten Inhalationstechnik angeleitet werden und diese bis zur sicheren Beherrschung üben.
- Die korrekte Inhalationstechnik soll vom Arzt oder einer medizinischen Fachkraft überprüft werden.

3. Nichtmedikamentöse Therapie der stabilen COPD

Nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen haben bei der COPD einen hohen Stellenwert. Zu nennen sind:

- · körperliches Training,
- · Patientenschulung,
- Atemphysiotherapie,
- · Ernährung,
- · Hilfsmittelversorgung,
- · Langzeitbehandlung mit Sauerstoff,
- Heimbeatmung.

Körperliches Training führt bei COPD-Patienten ab mäßigem Schweregrad zur Verbesserung der Lebensqualität und Belastbarkeit und zur Verringerung der Exazerbationsrate. Körperliches Training soll daher Teil der Langzeittherapie sein. Jeder Patient mit COPD sollte Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm erhalten und ärztlicherseits regelhaft zur Teilnahme motiviert werden. Nachschulungen nach spätestens 2 Jahren sind sinnvoll.

Hauptziele der Atemphysiotherapie sind eine Erleichterung der erschwerten Atmung in Ruhe und unter Belastung sowie eine Verbesserung der Hustentechnik. Selbsthilfetechniken bei Atemnot sind vor allem die " atemerleichternden Körperstellungen" (z. B. Kutschersitz) und die "dosierte Lippenbremse"

Aktive Hustentechniken wie "Huffing" oder "forcierte Lippenbremse" und die Anwendung von PEP-Systemen mit oder ohne Oszillation (Cornet, Flutter, PEP-Maske, BATube u. a.) sollen das Abhusten erleichtern. Passive krankengymnastische Techniken der Sekretmobilisation (Lagerungsdrainage, Abklopfen) sind begründeten Einzelfällen vorbehalten (z. B. Bronchiektasepatienten).

Unterernährung und ungewollter Gewichtsverlust sind bei COPD-Patienten mit einer schlechteren Prognose assoziiert. Daher sind die regelmäßige Kontrolle des Körpergewichtsverlaufes und gegebenenfalls Ernährungstherapie angezeigt.

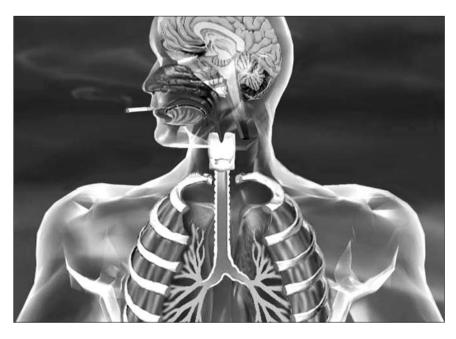
Die Versorgung mit Hilfsmitteln ist ggf. sicher zu stellen (z. B. Rollator).

In manchen Fällen ist bei der COPD eine Langzeit-Sauerstoff-Behandlung – auch unter häuslichen Bedingungen indiziert.

Maßnahmen zur COPD-Prävention

Die Prävention spielt bei der Verhinderung und der Behandlung der COPD eine wesentliche Rolle. Wesentliche Maßnahmen sind dabei:

• Verzicht auf Tabakrauchen/Raucherentwöhnung,



- Arbeitsplatzhygiene/Vermeidung berufsbedingter Noxen,
- Schutzimpfungen (Influenza, Pneumokokken).

Der behandelnde Arzt soll die Rauchgewohnheiten seiner Patienten regelmäßig dokumentieren und bei jedem Patientenkontakt dringend zur Abstinenz raten bzw. weitere Hilfestellungen zur Raucherentwöhnung anbieten (zum Beispiel Informationsmaterialien und medikamentöse Entwöhnungshilfen).

Rehabilitation

Bei der pneumologischen Rehabilitation handelt es sich um ein Komplexangebot zur Beeinflussung von bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgen bestehend aus:

- Tabakentwöhnung,
- medikamentöser Therapie,
- · körperlichem Training,
- · Patientenschulung,
- Physiotherapie / Ergotherapie,
- Ernährungstherapie,
- · Hilfsmittelversorgung,
- psychosozialem Support,
- Sozialmedizin.

Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation soll insbesondere bei COPD-Patienten ab einem mittleren Schweregrad und auch bei höherem Lebensalter durchgeführt werden. Die Reha-Maßnahmen müssen dauerhaft durch weitere ambulante Maßnahmen ergänzt werden, zum Beispiel durch Lungensport.

Weitere Informationen

Die NVL COPD ist in eine Kurz- und Langfassung, eine Kitteltaschenversion sowie eine Patientenleitlinie aufgegliedert. Alle Dokumente sind im Internet frei verfügbar unter

http://www.copd.versorgungsleitlinien.de oder können im Buchhandel als Ausgabe des Deutschen Ärzteverlags erworben werden.

Kontakt Verfasser:

Prof. Dr. Günter Ollenschläger Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Gemeinsames Institut von BÄK und KBV Wegelystr. 3, 10623 Berlin Internet: http://www.versorgungsleitlinien.de Email: go@azq.de

Heilkunst oder Kundendienst?

"Vom Automechaniker lasse ich mir Kundendienst gefallen, vom Arzt erwarte ich Heilkunst", sagte der Düsseldorfer Hochschul-Allgemeinarzt Heinz-Harald Abholz, als er die Keylecture des Berliner DEGAM-Jahreskongresses mit diesem Titel einleitend moderierte. Der Kranke ist schließlich kein kaputtes Auto – und doch werden Menschen noch immer nach dem Maschinenmodell behandelt, mit vielen oft vergeblichen Versuchen, den Organismus unter Ausblendung der psychosozialen Faktoren zu reparieren.

erade unter Chirurgen soll die nur somatische Sichtweise noch verbreitet sein. Aber die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hatte ausgerechnet einen Chirurgen gebeten, über Heilkunst zu sprechen. Das wunderte nur jene, die von Bernd Hontschik noch nie gehört hatten. Der in Frankfurt/Main niedergelassene Chirurg ist auch Vorstandsmitglied der seit 1992 bestehenden Akademie für Integrierte Medizin, die nach dem Tod ihres Gründers Thure von Uexküll den Namen Uexküll-Akademie annahm.* Ihre Jahrestagung kurz nach dem wissenschaftlichen Kongress der Allgemeinmediziner trug denselben Titel wie Hontschiks Vortrag: "Heilkunst oder Kundendienst".

Welche Integration angestrebt wird, machte dieser Vortrag deutlich: Die Integration der biopsychosozialen Sicht in die gesamte Medizin, also auch in so "handwerkliche" Fächer wie etwa die Chirurgie. Seine Lehrer, so Hontschik, vermittelten ihm diese Perspektive nicht, stattdessen zwei fundamentale Irrtümer. Der Erste: Gesundheit als Normalzustand, der bei einem Kranken wieder herzustellen sei (Restitutio ad integrum). Der Zweite: Der Körper sei eine Maschine, der Arzt habe herauszufinden, was daran nicht funktioniert und es zu reparieren. Das heißt, der Mensch wird auf seinen Körper und der Körper, der ja ein lebendes System ist, auf einen Mechanismus reduziert, sagte Hontschik und kam auf ein Schlüsselerlebnis zu sprechen, das er immer wieder publizierte, auch in seinem Chirurgie-Kapitel im "Uexküll", dem großen Sammelwerk "Psychosomatische Medizin – Modell ärztlichen Denkens und Handelns".

In der chirurgischen Ambulanz der Städtischen Klinik Frankfurt-Hoechst fiel auf, dass viele sehr junge Mädchen zur Appendektomie eingewiesen wurden. Sie kamen vorzugsweise montags und in Begleitung der Mütter, die auf den Eingriff auch bei nicht gegebener Indikation bestanden. Als man dem Phänomen in einer Studie nachging und die Ärzte es in einer Balintgruppe besprachen, ergab sich dies: Die Wurmfortsätze waren meistens unschuldig, hinter den Bauchschmerzen der sexuell heranreifenden jungen Frauen standen vielmehr interfamiliäre Konflikte, die am Wochenende eskalierten. Die Operation war also quasi ein Ersatz für die nötige Familientherapie. Nun beschloss man, nur noch in akuten Fällen zu appendektomieren, und zwar sofort. Die jährlichen Blinddarmoperationen gingen von 650 auf 150 zurück, die Rate der Fehldiagnosen von über 50 Prozent auf die üblichen zehn Prozent.

Hontschik erinnerte daran, dass v. Uexküll immer wieder auf den unheilvollen Dualismus hingewiesen hat: Wir

haben "eine Medizin für Körper ohne Seelen" - hoch dotiert und äußerst kostspielig – und "eine Medizin für Seelen ohne Körper", die gerade noch geduldet wird, sagte Thure von Uexküll 1995 in einem Interview für diese Zeitschrift. Und weiter: "Eine Medizin für Seele und Körper, für Psyche und Soma zugleich ist noch immer eine Aufgabe für die Zukunft." Hontschik gehört zu den Ärzten, die diese Aufgabe angepackt haben und denen es offenbar gelingt, die biopsychosoziale Sicht ins eigene Fach zu integrieren – auch als Chirurg. Gute Hausärzte versuchen das ständig. Deshalb hatten sie ihn eingeladen.

Rosemarie Stein

* Kontaktadressen: Sekretariat: Dr. Wulf Bertram, Schattauer-Verlag, Hölderlinstr. 3, 70174 Stuttgart, Tel. 0711 2298 718, E-Mail: info@uexküll-akademie.de Regionalgruppe Berlin-Brandenburg: Dr. med. Henning Dehn, Bürknerstr. 2, 12047 Berlin,

Tel. 033055 22488., E-Mail: berlin@int-med.de



ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe 12/2007: 5. November 2007 Ausgabe 01/2008: 4. Dezember 2007

RUGE & CHERIF Rechtsanwälte und Arzt

Dr. med. Dietrich Ruge Rechtsanwalt und Arzt Dr. jur. Sylvia El Cherif Rechtsanwältin

Medizinrecht und Arbeitsrecht www.rae-ruge-cherif.de

Xantener Str. 15 A (Am Olivaer Platz) • 10707 Berlin • Tel. 030 88722831

Z E | G E N |

Allgemeiner Hinweis

VERANSTALTUNGEN

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die bepunktet wurden, können im Online-Veranstaltungskalender auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de (im Kapitel "Fortbildung", "Veranstaltungskalender") recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu Unterthemen

und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Veranstaltungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachbereichen oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen als auch eine an den individuellen Interessensschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema/Referenten	Veranstaltungsort	Information/Gebühr	Fortbildungspunkze
26.1101.12.2007 (Abschlussphase des Qualitäts- management-Kurses 2007)	Weiterbildungskurs "Ärztliches Qualitätsmanagement" nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information / Anmeldung: Tel.: 40806-1400, 40806-1207 E-Mail: QM-Kurs2007@aekb.de Hinweis: Die Ärztekammer Berlin plant im Frühjahr 2008 die Durchführung eines neuen Qualitätsmanagement- Kurses (200 StdKurs) nach dem Cur- riculum "Ärztliches Qualitätsmana- gement" der Bundesärztekammer. Interessenten erhalten weiterfüh- rende Informationen unter den o.g. Telefonnummern sowie per E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de	50 P pro Modul
Kursteil B1: 05.11. – 14.11.2007 Kursteil B2: 14.11. – 23.11.2007 Kursteil C1: 07.01. – 16.01.2008 Kursteil C2: 16.01. – 25.01.2008	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin <i>l</i> Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühren: Kursteile B1, B2, C1, C2 separat: je 440 €; Kursteile B1 und B2 bzw. C1 und C2 jeweils gemein- sam: 880 €	6o P je Kursteil
Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags; NEU/BITTE BEACHTEN: Beginn um 19:00 Uhr	Fachspezifische Fortbildungsreihe Innere Medizin; Schwerpunktthema im Wintersemester 2008/2009: Geriatrie 01.11.2007: Grundlagen der Geriatrie: Der geriatrische Patient; geriatrisches Assessment; geriatrische Rehbilitation 08.11.2007: Chronische Wunden 15.11.2007: Depression im Alter 22.11.2007: Demenz-Syndrom 29.11.2007: Metabolisches Syndrom und Diabetes mellitus im Alter 06.12.1007: Mangelernährung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1202 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe jeweils 14-tägig dienstags BITTE BEACHTEN: Beginn um 19:00 Uhr	Interdisziplinäre Fortbildungsreihe der Ärztekammer Berlin 13.11.2007: Dicke Beine 27.11.2007: Schwindel 11.12.2007: Rückenschmerz 08.01.2008: Tremor 22.01.2008: Fieber	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
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 Begut- achtung" in 4 Modulen, basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Gebühr: Module I-IV/ insgesamt 400 € (100 € pro Modul)	10 P pro Modul
03.12 05.12.2007	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 230 €	21 P
05.12 07.12.2007	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 200 €	20 P
07.12.2007	Spezialkurs im Strahlenschutz bei interventioneller Radiologie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 50 €	5 P
25 27.02.2008	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 230 €	21 P

DER ÄRZTEKAMMER BERLIN NOVEMBER 07

27 29.02.2008	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 200 €	20 P
29.02.2008	Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 60 €	5 P
03 07.03.2008	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Tele– und Brachytherapie sowie bei der Behandlung mit Rötngenstrahlen (Therapiekurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 1.100 €	51 P

Medizinprodukte-Betreiberverordnung Aufbereitung von Medizinprodukten in der Praxis

Weitere Informationsveranstaltungen für Ärzte

Konzeption und Durchführung: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz – Ärztekammer Berlin – Kassenärztliche Vereinigung Berlin – Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LAGetSi)

Ort: Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Masurenallee 6 A, 14057 Berlin

1. UG, Tagungsraum 1

Termine: 07.11., 28.11. und 12.12.

Uhrzeit: jeweils von 17.00 – 21.00 Uhr

Anmeldung: bis 31. Oktober 2007 mittels Antwortfax

(s. homepage der KVB http://www.kvberlin.de/

20praxis/20qualitaet/veranstaltungen

medizinprodukte/index.html -

hier sind auch weitere Informationen zu finden)

Programminhalte:

- Gesetzliche Grundlagen für die Aufbereitung von Medizinprodukten (Reinigung, Desinfektion, Verpackung, Sterilisation und Lagerung)
 Dr. Dipl.-Ing. Ulrich Kaiser, Geschäftsführer gke-GmbH
- Validierung von Aufbereitungsprozessen (Reinigung, Desinfektion, Verpackung, Sterilisation)
 Dr. Dipl.-Ing. Ulrich Kaiser, Geschäftsführer gke-GmbH
- Reinigung und Desinfektion
 Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow, Direktor des Instituts für
 Hygiene und Umweltmedizin der Vivantes Kliniken, Berlin
- Sterilisation mit Sterilisationsüberwachung und Dokumentation Dr. Dipl.-Ing. Ulrich Kaiser, Geschäftsführer gke-GmbH
- Praxis der behördlichen Überwachung nach dem Medizinprodukte-Gesetz Dipl.-Ing. Rainer Langenhaun, LAGetSi

4 Fortbildungspunkte

Weiterbildungskurs "Kinderheilkunde" zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Termine: 13.12.2007, 17.01.2008,

dritter Termin wird noch bekannt gegeben,

jeweils donnerstags 19.00 – 21.15 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum,

Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Bestandteil der 5-jährigen Weiterbildung Allgemeinmedizin (Ersatz für ein halbes Jahr Kinderheilkunde)

Berufsbegleitender 3-Monatskurs, bestehend aus:

- 1. 9 Stunden theoretischer Kurs
- 2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
- 3. 60 Stunden Hospitation in einer Erste-Hilfe-Stelle der KV

Gesamtgebühr: € 550,--

Information und Anmeldung: E-Mail: a.hellert@aekb.de,

Telefon: 030/40806-1203



Delegierte setzen auf nachhaltige Rentenfinanzierung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 19. September 2007

Die Delegiertenversammlung hatte auf ihrer Sitzung am 19. September ein pralles Programm vor sich. Ärzteversorgung, Änderung der Weiterbildungsordnung in Sachen Impfen und die Wiedereinführung des Internisten ohne Schwerpunkt waren die zentralen Punkte. Nach einer längeren Diskussion sprachen sich die Delegierten mehrheitlich gegen eine Anhebung der laufenden Renten und der Anwartschaften aus. Die Gewinne des Versorgungswerkes sollen vielmehr für die Längerlebigkeit der Mitglieder zurückgestellt werden.

Von Sascha Rudat

Kammervizepräsident Elmar Wille (Liste Allianz), Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung (BÄV), erläuterte den Delegierten zunächst ausführlich das Geschäftsjahr 2006. Die Zahl der anwartschaftsberechtigten Mitglieder stagniert und lag 2006 bei 22.525. Einen großen Sprung nach oben hatte die Zahl der beitragsfreien Mitglieder gemacht (1.345 nach 826 im Vorjahr). Dies hing laut Wille mit dem Lokalitätsprinzip zusammen, wonach Ärzte nach dem Wegzug aus Berlin Mitglied in einem anderen Versorgungswerk werden müssen. Wille hob hervor. dass die Altersstruktur der Berliner Ärzteversorgung immer noch sehr günstig sei. "Darum würde uns die Deutsche Rente Bund beneiden", sagte er. In Berlin gibt es einen auffallend hohen Anteil von ledigen Mitgliedern (knapp 50 Prozent). Wille wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Familienstand künftig regelmäßig abgefragt werden soll.

Weniger Selbstständige

Weiter rückläufig ist den Angaben zufolge der Anteil der selbstständigen Ärzte (27,8 Prozent). Der Anteil der angestellten Ärzte beläuft sich auf 52 Prozent. Wille äußerte mit Blick auf die steigende Zahl von Medizinischen Versorgungszentren die Vermutung, dass dieser Anteil noch größer werden könnte. Überrascht

habe ihn, dass knapp 5 Prozent der Berliner Ärzte im Ausland tätig sind, was erstmals erfasst worden war.

Als sehr erfreulich bezeichnete der Kammervize den Anstieg der Beitragseinnahmen um 2,3 Prozent auf rund 200 Millionen Euro. Dabei wurden über 10 Millionen Euro von Mitgliedern eingezahlt, ohne dass diese dazu verpflichtet seien. Der Anteil der Mitglieder, die über dem 1,0-fachen Beitragssatz einzahlten, belief sich 2006 auf 6,9 Prozent (2005: 5,9 Prozent). 22,7 Prozent zahlten den 1,0-fachen Beitrag (2005: 24,3 Prozent). Gleichzeitig stieg der Anteil derjenigen, die den 0,5- bis 1,0-fachen Beitragssatz zahlten, auf 49,7 Prozent (2005: 47,2 Prozent). Erfreulicherweise sank der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die unter dem 0,5-fachen Satz einzahlten, auf 20,7 Prozent gegenüber 22,6 Prozent im Vorjahr. Mitglieder dieser Gruppe verdienten weniger als 2.200 Euro (Ost) beziehungsweise 2.625 Euro (West) brutto.

Die Zahl der Versorgungsleistungen der BÄV nahm 2006 um 8,4 Prozent auf 4.520 Fälle zu. Dies geht vor allem auf die höhere Zahl der Altersrenten zurück (+13,5 Prozent). Gleichzeitig sind die Berufsunfähigkeitsrenten zurückgegangen. Erstmals gab es laut Wille weniger vorgezogene Altersrenten (207), wobei er darauf hinwies, dass immer noch zwei Drittel der Einweisungen in die Altersrente vorgezogen seien.



Anlagevermögen steigt

Einen Sprung nach oben machte 2006 das BÄV-Anlagevermögen, das um 6,7 Prozent auf 4,25 Milliarden Euro kletterte. Der BÄV-Verwaltungschef wies in diesem Zusammenhang auch auf die weiter gesunkene Durchschnittsverzinsung von 4,21 Prozent hin (2005: 4,39 Prozent). Wille betonte, dass der Rechnungszins bei 4,00 Prozent liege. Werde dieser Wert unterschritten, müsse auf die Zinsschwankungsreserven zurückgegriffen werden, die derzeit 81 Millionen Euro betragen. "Das Versprechen, das wir mit den 4,00 Prozent machen, ist gewaltig", unterstrich Wille.

Zusammenfassend bezeichnete er 2006 als solides Geschäftsjahr für die BÄV. Dies sahen auch die Wirtschaftsprüfer so. Wie auch in den Vorjahren fanden die Prüfer der BSB&R keine Beanstandungen an der Arbeit des Verwaltungsund Aufsichtsausschusses der BÄV. Die Delegierten beschlossen die Bilanz der BÄV ebenso einstimmig wie die Entlastung der Ausschüsse.

Ärztinnen und Ärzte leben länger

Für mehr Diskussionsbedarf unter den Delegierten sorgte die Frage nach einer möglichen Anhebung der Renten und Anwartschaften. BÄV-Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss schlugen vor dem Hintergrund der Längerlebigkeit der Ärztinnen und Ärzte eine Rückstellung

der Gewinne in Höhe von rund 142 Millionen vor. Mit den Rückstellungen aus dem Geschäftsjahr 2004 belief sich die Gesamtrückstellung auf 186 Millionen Euro. Mit dieser Rückstellung soll auf die Folgen der neuen "Berufsständischen Richttafeln" reagiert werden. Für einige Delegierte war überraschend, dass die Lebenserwartung in den Freien Berufen stärker als im Bevölkerungsdurchschnitt

steigt (siehe Kasten). Dadurch werden sich künftig die Verpflichtungen des Versorgungswerkes massiv erhöhen, wie Wille betonte. Sogar bei einer vollständigen Gewinnrückstellung drohe eine nicht unwesentliche Lücke. Darüber, wie diese geschlossen werden könne, werde derzeit diskutiert. Denkbar sei, die Möglichkeit einer Rente ab 67 Jahren einzuführen. Bisher müssen die BÄV-

Mitglieder mit 65 Jahren in Rente gehen. Eine längere Beitragszahlung ist nicht möglich.

Martin Reiss, Geschäftsführung der BÄV, fügte hinzu, dass die Gruppe der aktuellen Rentner am wenigsten von der zukünftigen Entwicklung betroffen sei. Er betonte, dass der auf die Anwartschaft eingerechnete Rechnungszins von 4,00 Prozent ein sehr hoher Anspruch sei, der

Warum Nullrunde?

Auch wenn es immer wieder ungläubiges Staunen hervorruft, es ist so: Die Menschen in Deutschland werden immer älter! Besonders alt aber werden Freiberufler oder genauer die Angehörigen der gekammerten Berufe wie da sind Apotheker, Rechtsanwälte, Zahnärzte, Ärzte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Architekten und Notare.

Die Entwicklung in der deutschen Bevölkerung ist ungebrochen (s. Tabelle 1). Eine Abflachung der Kurve ist nicht erkennbar, wenn man von dem kurzen Innehalten 1991-1993 absieht, als die 17 Millionen ehemaliger DDR-Bewohner mit ihrer seinerzeit noch kürzeren Lebensdauer mit in die Grundgesamtheit aufgenommen wurden.

Das besondere und im Ausmaß überraschende Ergebnis aber zeigt die Tabelle 2 des Versicherungsmathematikers Prof. Heubeck. Innerhalb von 11 Jahren hat die längere Lebenserwartung der Ärztinnen und Ärzte sich gegenüber der Gesamtbevölkerung nochmals deutlich gesteigert. Wenn die BÄV aber circa vier Jahre länger Rente zahlen muss als die Deutsche Rentenversicherung Bund, dann muss sie heute oder in nächster Zeit die Deckungsrückstellung entsprechend auffüllen.

Die Heubeck-Zahlen werden für die über 750.000 Freiberufler ermittelt. Auf die BÄV heruntergebrochen, bedeutet das Die rechnerische Anwendung der neuen Tafeln auf unser Versorgungswerk ist noch in Arbeit. Aber eines ist klar: Ein "weiter so" mit Verschiebung der Last

ein Auffüllungsbedarf von mindestens 400 Millionen Euro.

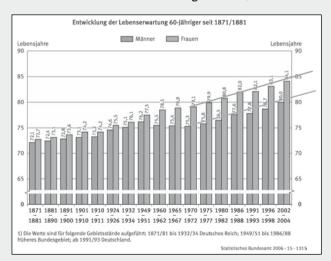
Aber eines ist klar: Ein "weiter so" mit Verschiebung der Last auf die jetzt junge (oder noch gar nicht geborene) Generation oder den Steuerzahler gibt es nicht!

Sie dürfen sicher sein: Die BÄV wird die Frucht unserer ärztlichen Tätigkeit, nämlich das längere Leben, finanziell meistern, aber leider geht es nicht in einem Jahr!

Der Anfang der Auffüllung der Deckungslücke mit 186 Millionen Euro wurde gemacht. Zusätzlich wurde eine Zinsschwankungsreserve von über 81 Millionen Euro gebildet, um das Versorgungswerk gegen Schwankungen am Kapitalmarkt abzusichern und die Renten der Mitglieder wetterfest zu machen. Aber natürlich wird uns das Thema noch in nächster Zeit weiter beschäftigen.

Apropos "Nullrunde": Der Begriff ist populär, aber falsch! Ihre 4 Prozent Rechnungszins bekomen alle auch 2006 in die Anwartschaft eingerechnet, nur keinen (vulgo) "Überzins".

Dr. med. Elmar Wille Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung Vizepräsident der Ärztekammer Berlin



Vergleich der Lebenserwartung der Freien Berufe und der Bevölkerung
• Fernere Lebenserwartung im Alter 60 (in Jahren)

		Bevölkerung	Freie Berufe	Differenz
1991	Männer	18,0	20,5	+2,5
	Frauen	22,4	24,9	+2,5
2002	Männer	19,8	23,9	+4,1
	Frauen	23,9	27,1	+3,2

- Stärkere Zunahme der Lebenserwartung bei den Freien Berufen als in der Bevölkerung
- Stärkerer Trend bei Männern als bei Frauen

aus: Berliner Ärzteversorgung, Jahresabschluss 2006

in Aussicht gestellt werde. Die Delegierten folgten dem auf Nachhaltigkeit angelegten Kurs der BÄV und stimmten bei einer Enthaltung für die vollständige Rückstellung der Gewinne.

Rückkehr des Internisten

Erneut auf der Tagesordnung stand der "Dauerbrenner" Innere und Allgemeinmedizin. Wie auf der vorherigen DV beschlossen, legte der Kammervorstand den 5. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung (WbO) der Ärztekammer Berlin vor (lesen Sie dazu auf Seite 26). Wichtigste Neuerung ist im Gebiet 12 Innere und Allgemeinmedizin unter 12.2. die Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin. Daneben gibt es den Facharzt für Allgemeinmedizin sowie die Fachärzte Innere Medizin mit Schwerpunkt (von denen es acht gibt). Für alle gleich ist jetzt eine 24-monatige stationäre Basisweiterbildung plus der Möglichkeit, weitere 12 Monate ambulant abzuleisten. Die 12-monatige ambulante Basisweiterbildung kann auch an den Anfang der Weiterbildungszeit gelegt werden.

Dieser Punkt stieß auf Ablehnung der Fraktion Gesundheit, die für eine vollständig stationäre Basisweiterbildung plädierte. Dieser Vorstoß fand aber keine Mehrheit. Von Seiten der Hausärzte wurde unterdessen der Wunsch nach einer Neudefinition des Facharztes für Allgemeinmedizin laut. Hans-Peter Hoffert (Hausärzte) erklärte: "Wir akzeptieren die Selbstbestimmung der Internisten. Wir nehmen dieses Recht auch für uns in Anspruch. Wir haben vor einer Zusammenlegung gewarnt. Und was ist passiert: Die Ehe ist zerbrochen."

Die Delegierten verständigten sich darauf, eine schnelle Entscheidung zu fällen, sobald sich die Allgemeinmediziner auf eine Neudefinition ihres Faches auf Bundesebene geeinigt hätten. Dies sollte in den folgenden vier Wochen erfolgen. Inwieweit der Facharzt für Allgemeinmedizin, der später in Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin umbenannt werden soll, dann Bestand hat, bleibt abzuwarten. Mit zwei Gegenstimmen und einigen Enthaltungen verabschiedeten die Delegierten schließlich den 5. Nachtrag zur WbO.

Alle Fachärzte dürfen impfen

Für Aufregung hatte im Vorfeld der DV die neue "Richtlinie Schutzimpfungen" des Gemeinsamen Bundesausschusses gesorgt, wonach Fachärzte nur noch gemäß ihrer Gebietsgrenzen impfen dürfen sollten. Gängige und bewährte Praxis war, dass Fachärzte mit einem Impfzertifikat auch über ihre Gebietsgrenzen hinweg impfen durften und

dies bei der KV Berlin abgerechnet werden konnte. Aufgrund der neuen Richtlinie hatte die KV Berlin nur noch für Haus- und Kinderärzte eine Abrechnungsmöglichkeit gesehen. Nach Ansicht des Kammervorstandes ist Impfen aber einer primäre ärztliche Tätigkeit. Ärztinnen und Ärzte sind demnach mit ihrer Approbation berechtigt, den Arztberuf uneingeschränkt auszuüben. Deshalb wurde die Weiterbildungsordnung ergänzt: "Die Prävention durch Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission gehört zum Inhalt aller Fachgebiete." Mit der neuen Regelung soll zudem das Ziel, eine möglichst hohe Durchimpfungsrate der Bevölkerung zu erreichen, unterstützt werden. Die Delegierten folgten dem Vorschlag des Vorstandes und verabschiedeten den 6. Nachtrag zur WbO einstimmig.

Einstimmigkeit herrschte auch bei den letzten beiden Tagesordnungspunkten zum Bereich Medizinische Fachangestellte. So wurde die "Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen und Umschulungsprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten" erlassen. Diese Neufassung hatte bisher noch ausgestanden. Zudem gab es einen 1. Nachtrag zur Zwischenprüfungsordnung.

Innere Medizin, Sexualmedizin und Befugnisse

Der zurückliegenden 5. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin am 19. September 2007 lag ein Beschlussentwurf für zwei Nachträge zur Weiterbildungsordnung vor. Der Entwurf zur Ergänzung der Weiterbildungsordnung zum Thema Impfen wurde einstimmig angenommen. Der zweiten Vorlage, die u. a. die Einführung der Facharztkompetenz "Innere Medizin" zum Inhalt hatte, wurde ebenfalls mit großer Mehrheit mit kleinen Ergänzungen zugestimmt. Der 110. Deutschen Ärztetag in Münster hatte mit großer Mehrheit der Delegierten die (Wieder-)Einführung eines Facharztes für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) in die (Muster-)Weiterbildungsordnung beschlossen. Vorausgegangen war dort eine lebhafte und kontrovers geführte Debatte.

Von Michael Peglau

Impfen

Im Abschnitt "Allgemeine Bestimmungen für die Abschnitte B und C" der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin wird neu der Punkt Prävention durch Schutzimpfungen aufgenommen. Zukünftig werden die Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung um einen Punkt ergänzt, der lautet: "Die Prävention durch Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission gehört zum Inhalt aller Gebiete." Die Übergangsbestimmung "Bei Facharztbezeichnungen, die nach den bisher gültigen Weiterbildungsordnungen der Ärztekammer Berlin erworben worden

sind, gehört die Prävention durch die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen zum Gebiet" ergänzt den neu eingeführten Punkt.

Innere Medizin

Vor gut eineinhalb Jahren ist in Berlin eine neue Weiterbildungsordnung in Kraft getreten. Bereits im Herbst 2006 war mit der Veröffentlichung im Amtsblatt der 4. Nachtrag zu dieser Weiterbildungsordnung eingeführt worden, der neben anderen auch wesentliche Änderungen im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin beinhaltete. So hatten sich die Weiterbildungsausschüsse auf eine strukturierte Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin verständigt, die so von der Delegiertenversammlung mitgetragen wurden.

Diese Änderungen, die deutlich über den Empfehlungen der (Muster)-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer lagen und zum Teil heftig kritisiert worden waren, werden nun modifiziert. Insbesondere künftige Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin hatten bemängelt, dass eine in der ambulanten Medizin begonnene Weiterbildung faktisch ausgeschlossen war und damit die Optionen einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung deutlich eingeschränkt waren.

Nun wird in Berlin das Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin um die Facharztqualifikation Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) ergänzt. Damit bot sich den Weiterbildungsausschüssen die Chance, der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin Änderungen an der Basisweiterbildung und den sich anschließenden optionalen Weiterbildungsgängen mit dem Ziel der Facharztqualifikation Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder einer spezifischen Facharztkompetenz in der Inneren Medizin vorzuschlagen. Künftig entfällt die irreführende Bezeichnung "Schwerpunkt", so dass deutlicher als bisher der Charakter einer jeweils eigenständigen Facharztkompetenz hervorgehoben wird (Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie usw.).

Die allen Facharztkompetenzen gemeinsame Basisweiterbildung ist soweit angeglichen worden, dass ein Wechsel zu einer später angestrebten Facharztqualifikation wesentlich erleichtert wurde. Sie beinhaltet 24 Monate stationäre internistische (Basis-)Weiterbildung. Die 12 Monate Weiterbildung in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung kann nun erstmals auch an den Anfang der Weiterbildung gestellt und ambulant abgeleistet werden. Damit ist es möglich, auch eine Weiterbildung in den Facharztkompetenzen der Inneren Medizin im ambulanten Bereich zu beginnen. Diese Regelung ermöglicht es niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Innere Medizin, die nicht in der fachärztlichen Versorgung tätig sind, eine Befugnis zur Leitung der Weiterbildung in der Facharztkompetenz "Innere Medizin" zu beantragen.

Neu in der strukturierten Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin ist auch, dass die abzuleistende Weiterbildungszeit auf einer Intensivstation bereits nach 24 Monaten absolvierter Weiterbildung begonnen werden kann, also wesentlich früher als bisher. Die bisherige Einschränkung "Internistische Intensivstation" ist um die Formulierung "Interdisziplinär-internistische Intensivstation erweitert worden. Dies trägt der zunehmenden Zahl interdisziplinärer Intensivstationen Rechnung. Voraussetzung wird jedoch sein, dass eine Befugnis zur Weiterbildung (Innere Medizin) für eine solche Intensivstation erteilt wurde. Dies kann jedoch unabhängig davon geschehen, ob eine solche Intensivstation administrativ von Ärztinnen und Ärzten anderer Gebiete geleitet wird.

Sexualmedizin

Mit dem Nachtrag zur Weiterbildungsordnung wird in Berlin die Zusatzbezeichnung Sexualmedizin eingeführt.

In der Approbationsordnung sind sexualmedizinische Lehrinhalte und Fragestellungen über verschiedene Fächer verstreut (Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Andrologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Rechtsmedizin, Neurologie, forensische Psychiatrie.)

Nun wird es möglich sein, sexualmedizinische Kompetenz im Rahmen der Weiterbildungsordnung zu erwerben. Wesentliche Bestandteile der Zusatz-Weiterbildung werden die Aspekte

- Biopsychosoziales Verständnis der menschlichen Sexualität
- Paar-Beziehungsdimension bei sexuellen Störungen und
- Berücksichtigung sozial-kommunikativer Aspekte von Sexualität als Körpersprache sein.

Seit 1997 haben in Berlin in enger Kooperation mit der Ärztekammer Berlin am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité mehrere curriculäre sexualmedizinische (Fortbildungs-)Kurse stattgefunden. Neben der Vermittlung eines umfangreichen theoretischen Wissens waren praktische Ausbildungselemente wie

- themenzentrierte Selbsterfahrung
- themenzentrierte Balintgruppe
- Supervision

Hauptbestandteile der bisherigen Fortbildung.

Die Bemühungen der Ärztekammer Berlin, dem gewachsenen Bedürfnis

Steuerberaterin Veronika Morkos

Mescheder Weg 45, 13507 Berlin Tel.: 43280-31/32, Fax: 43280-34 E-Mail: v.leicht-huesgen@t-online.de

ARZT- UND MEDIZINRECHT

Dr. Marc Christoph Baumgart Rechtsanwalt

Rechtsanwalt Fachanwalt für Medizinrecht Kurfürstendamm 42

10719 Berlin Tel. 88 62 49 00 Fax: 88 62 49 02 www.ra-baumgart.de

www.ra-baumgart.de m.c.baumgart@t-online.de ANZEIGEN

nach einer Weiterbildung mit fundierter sexualmedizinischer Kompetenz wird nun Rechnung getragen.

Befugnisse

Mit Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin wurde ein neues Kapitel für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung aufgeschlagen. Auch für die zur Leitung der Weiterbildung Befugten begann mit dem Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung eine neue Ära. Über viele Jahre waren in der Ärztekammer Berlin rund 6.000 Befugte registriert. Bei nahezu 4.000 von ihnen stimmten die einst mit dem Antrag eingereichten Unterlagen nicht mehr mit den aktuellen Daten überein. Durch die Schaffung neuer Versorgungsformen wie Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder auch Gründungen von Klinikverbünden, die Aufgabe von Standorten und Klinikabteilungen, Facharztpraxen änderte sich die Landschaft der Weiterbildungsmöglichkeiten drastisch und rasant.

War es schon nach der alten Weiterbildungsordnung erforderlich, eingetretene Änderungen anzuzeigen, so stand die Ärztekammer Berlin nun vor dem Problem, auf Basis alter und unverhältnismäßig vieler überholter Daten neue Befugnisse zu erteilen.

Die von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung wie von den Befugten selbst hoch geschätzten Listen mit den Namen der Befugten und den Weiterbildungsstätten wurden zunehmend zur Makulatur. Mit der Einführung der neuen Weiterbildungsordnung bot sich die Chance, entsprechend ihren Anforderungen die Aufstellung von Listen der Befugten zu aktualisieren.

Die Weiterbildungsausschüsse, der Gemeinsame Weiterbildungsausschuss und der Vorstand der Ärztekammer Berlin haben sich darauf verständigt, dass die bisher erteilten Befugnisse nach der alten Weiterbildungsordnung mit dem Auslaufen der Übergangsbestimmungen enden.

Dies wurde – vorausgesetzt der Ärztekammer Berlin war die aktuelle Adresse bekannt – allen Befugten der Ärztekammer Berlin mitgeteilt.

Wesentliche Neuerung der neuen Weiterbildungsordnung ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung, das mit dem Antrag auf Befugnis zur Leitung der Weiterbildung zwingend einzureichen ist. An ihm orientiert sich der zeitliche Befugnisrahmen.

Das Gegenstück zum gegliederten Programm stellt das jährlich zu dokumentierende Gespräch zwischen Weiterbilder(in) und Weiterzubildend/er(m) dar. Hier sind auch Defizite der Weiterbildung aufzuführen und Ziele zu formulieren, diese auszugleichen.

Die Ärztekammer Berlin stellt allen Ärztinnen und Ärzten ein auf ihrer Homepage abrufbares spezifisches "Log-Buch" zur Verfügung. Bis zum Jahresende 2007 werden die an die Berliner Verhältnisse adaptierten Logbücher auf der Homepage der Ärztekammer Berlin abrufbar sein. Bis dahin stehen die von der Bundesärztekammer empfohlenen (Muster-) Log-Bücher für alle Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie Zusatz-Weiterbildungen zur Verfügung. Ergänzt werden diese durch die ebenfalls abrufbaren Richtlinien zur Weiterbildungsordnung, die die zu erbringenden Weiterbildungsinhalte näher definieren.

Gegenwärtig verständigen sich die Weiterbildungsausschüsse der Ärztekammer Berlin auf Kriterien zur Erteilung von Befugnissen. Diese lassen es zu, für jede Antragstellerin und jeden Antragsteller nachzuvollziehen, welche Empfehlung zum Befugnisrahmen der entsprechende Weiterbildungsausschuss dem Vorstand der Ärztekammer gegeben hat. Dieses aufwändige und völlig neue Procedere erfordert von allen Beteiligten Geduld und Fingerspitzengefühl.

Gleichzeitig ist eine deutschlandweit einmalige Möglichkeit etabliert worden,

alle die Weiterbildung betreffenden Anträge online zu stellen. Auch die Bearbeitung aller Vorgänge erfolgt papierlos.

Wegen der Verzögerungen haben sich die für Weiterbildung zuständigen Gremien bereits im Herbst des vergangenen Jahres darauf verständigt, dass sich durch diese zuweilen unübersichtliche Situation keine Nachteile für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ergeben dürfen.

Um welch' große Herausforderung es sich dabei handelt, sei beispielhaft an die oben genannte neue Basisweiterbildung erinnert, die in den allermeisten Fällen eine gemeinsame oder/und Verbundbefugnis mehrerer Weiterbilder ggf. auch unterschiedlicher Weiterbildungsstätten erforderlich macht.

Die Ärztekammer Berlin ist zuversichtlich, dass die allseits gewünschten Übersichten über Weiterbildungsbefugte und Weiterbildungsstätten in absehbarer Zeit wieder zugänglich sind und fortlaufend aktualisiert werden können.

Viele Kolleginnen und Kollegen haben bereits von der im Sommer geschaffenen Möglichkeit, sich über das Service-Telefon mit den Rufnummern 40806-1111, 40806-1112 oder 40806-1113 an die Arbeitseinheit Weiterbildung/Ärztliche Stelle der Ärztekammer Berlin zu wenden, Gebrauch gemacht.

Wir stehen Ihnen gerne für Ihre Fragen auch per E-Mail unter service@aekb.de zur Verfügung.

Sowie die zuständige Aufsichtsbehörde die Genehmigung für den Nachtrag zur Weiterbildungsordnung erteilt hat und dieser mit der Veröffentlichung im Amtsblatt von Berlin in Kraft tritt, werden wir eine konsolidierte Fassung der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin mit allen Nachträgen ins Netz stellen.

Dr. med. Michael Peglau Leiter Weiterbildung/Ärztliche Stelle der Ärztekammer Berlin

Hausärzte lernen auch aus fremden Fehlern

Kunstfehlerskandale bringen Ärzteschaft und Medizin in Verruf. Wer dem alten Imperativ "Primum nil nocere" folgt, der wird Behandlungsfehler wirksam reduzieren. Ausrotten lassen sie sich nicht – irren ist menschlich. Aber man kann aus eigenen und fremden Fehlern oder Beinahe-Fehlern viel lernen und damit die Sicherheit der Patienten erhöhen. Erst haben Kliniken anonyme Fehlerberichtssysteme erprobt, dann auch die Hausärzte. Über erste Erfahrungen berichteten sie auf dem Berliner Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

M häufigsten wird zwar wegen fehlerhafter chirurgischer Eingriffe geklagt, aber nur, weil sie den Patienten am ehesten auffallen. Die meisten Fehler passieren nicht bei der Operation, sondern bei der Medikation. Das geht in erster Linie die Hausärzte an. Wie viele Patienten durch die sprichwörtliche Doktorhandschrift zu Schaden kamen, wurde noch nicht untersucht. Was hingegen auf der DEGAM-Tagung vorgestellt wurde, waren erste Ergebnisse des 2004 eingeführten und jetzt im Internet allgemein zugänglichen Fehlerberichts- und Lernsystems für Hausärzte www.jeder-fehler-zaehlt.de

Barbara Hoffmann vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt/
Main referierte über die systematische
Analyse von 200 Fehlerberichten, wobei
manche Ärzte mehrere Fehler beschrieben. Als "Fehler" gilt eine Handlung, die
nicht zielführend ist, weil der Plan entweder falsch war (etwa eine falsche
Dosierung) oder falsch ausgeführt wird
(z.B. wenn ein Patient nicht über einen
Laborbefund informiert wird). Untersucht wurden vor allem Ursachen bzw.
die zum Fehler beitragenden Faktoren.

Von den ins Internet gestellten Fehlern beruhten 34 Prozent auf mangelnden Kenntnissen oder Fertigkeiten (mehr als bei anderen Fehlerberichtssystemen). Ganz überwiegend aber handelte es sich auch hier um Prozessfehler. An der Spitze steht mit 21,3 Prozent der Fälle eine mangelhafte Kommunikation. Bei 18,2 Prozent war die Organisation, bei 16 Prozent waren Ausbildung und Training unzulänglich. Oft lag eine Verkettung mehrerer Fehler vor, so kam etwa Mangel an Aufmerksamkeit hinzu,

die einen unglücklichen Ausgang noch hätte verhindern können. In 54,3 Prozent der Fehlerfälle kam es zu einem – meist reversiblen – Schaden für den Patienten.

Die Frankfurter Arbeitsgruppe blieb nicht bei der Analyse der Fehler und Beinahe-Fehler stehen, sagte Barbara Hoffmann, sondern skizzierte auch Strategien zur Fehlervermeidung. Sie schlug vor, die eigenen Praxisabläufe zu durchleuchten und – unter Beteiligung des ganzen Teams - typischen Fehlern nachzugehen, vor allem die Kommunikation innerhalb des Praxisteams und mit den Patienten zu verbessern (sich z.B zu vergewissern, ob der Patient das Gesagte wirklich verstanden hat). Ferner sollte man eigene Versäumnisse aufspüren, etwa eine oft zu Fehlern führende Oberflächlichkeit bei der Anamnese und der körperlichen Untersuchung.

Und wie vermeidet man die häufigen Verordnungsfehler? Niemals rasch im Vorbeigehen ein Rezept unterschreiben, das ist fehlerträchtig! Vorgeschlagen wurde ein elektronisches Verschreibungssystem, das auf dem Inhalt der elektronischen Patientenakte fußt. Dann könnte es wahrscheinlich nicht mehr passieren, dass man beispielsweise ein Medikament

relativ überdosiert, weil man die Niereninsuffizienz oder das fortgeschrittene Alter eines Patienten in der Eile vergaß. Nach verschiedenen Studien sind etwa vier bis fünf Prozent der Krankenhauspatienten wegen schwerer unerwünschter Arzneimittelwirkungen aufgenommen worden. 70 Prozent solcher Nebenwirkungen haben eine falsche Verordnungsentscheidung als Ursache, über die Hälfte der Verordnungsfehler sind Dosierungsfehler (s. BERLINER ÄRZTE 7/2003 S. 32).

Fehlerprävention – in der Luftfahrt selbstverständlich, in der Medizin neu – hat die Ärztekammer Berlin früh gefordert. Der Berliner Gesundheitspreis, den sie zusammen mit der AOK verleiht, wurde bereits 2002 zum Thema Fehlermanagement ausgeschrieben. Den 1. Preis teilten sich zwei Avantgardisten: Zum einen das Department Anästhesie der Universität Basel, geleitet von Daniel Scheidegger, für sein inzwischen von anderen Kliniken übernommenes anonymes System zum "Critical Incident Reporting" www.cirsmedical.org (später hat sich auch die KBV angeschlossen: www.cirsmedical.ch/kbv). Zum anderen das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Kiel unter Ferdinand Gerlach für die Vorarbeiten an einem praxistauglichen Instrument zur Erfassung und Vermeidung vor allem von Medikationsfehlern.

Dies hat Gerlach, mittlerweile an der Universität Frankfurt, nun mit seinem Team verwirklicht und erprobt. Es läuft langsam an, immerhin wird www.jeder-fehlerzaehlt.de schon etwa 600 Mal im Monat angeklickt. Und warum sind die Fehlerberichte anonym? Dazu hat der Berliner Kammerpräsident Günther Jonitz mal in aller Kürze das Nötige gesagt: Wichtig sei nicht, wer schuld war, wichtig sei nur, was schuld war. Daraus können alle lernen.

Rosemarie Stein

ANZEIGE



Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V. und der Deutschen Vereinigung für Erbrecht und Vermögensnachfolge e.V. Wollankstr. 131 A 13187 Berlin

Telefon: (030) 499 88 540 Fax: (030) 499 88 545 Internet: www.ra-littnanski.de

Allheilmittel à la mode

"Hier war die Arzenei, die Patienten starben, Und niemand fragte: Wer genas?"



as war lange vor der Ära der klinischen Studien und der evidenzbasierten Medizin. Der alte Doktor Faust erinnert sich schuldbewusst, wie er und sein Vater "mit höllischen Latwergen/In diesen Tälern, diesen Bergen/Weit schlimmer als die Pest gehaust." Mittelalter? Die Neuzeit war kaum weiter. Wie viele Kranke (und Krankbehandelte) mögen wohl durch Purgier- und Aderlass-Exzesse ausgetrocknet und ausgeblutet sein bis zum Exitus? Und was galt noch gestern als gut gegen alles? Radium. Hierzu ein paar haarsträubende Details aus Ingrid Reisingers Abschiedsvorlesung über die Geschichte ihrer Disziplin, der Nuklearmedizin: Becquerel entdeckte die biologische Wirkung des Radiums, als er die silberglänzende, im Dunkeln leuchtende Substanz sorgsam in der Brusttasche verwahrte und dann merkte, wie sich darunter die Haut rötete. Pierre Curie wiederholte den versehentlichen Selbstversuch freiwillig und holte sich eine Nekrose der betreffenden Hautstelle.

Es folgten die ersten erfolgreichen Versuche einer Strahlentherapie bösartiger Tumore – und dann der Boom als Panazee. Es entwickelte sich "sehr schnell ein riesiger Markt der so genannten Schwachstrahlentherapie", berichtete Ingrid Reisinger und sprach von einer Art Wellnessbewegung in den 20er Jahren des vorigen Jahrhunderts; die "roaring Twenties" als "radiant Twenties". Gegen fast alle Leiden priesen Kurorte die natürliche

gasförmige "Radiumemanation" an, seit 1932 Radon genannt und dann auch industriell erzeugt.

Als Beispiel zeigte die Nuklearmedizinerin einen Werbeprospekt des Radiumbades Kreuznach. Im Plechblender-Fundort Joachimsthal, dem ersten Radiumbad, weilte 1911 Karl Marx wegen einer chronischen "Lungenentzündung", wohl ein Bronchial-Ca, denn im Jahr drauf starb er. Es gab Radium-Bade-, Trink- und Inhalationskuren (bis heute ohne evidenzgestützten Effekt, sagt Ingrid Reisinger). Sogar strahlende Lebensmittel und Kosmetika waren beliebt. Bis die ahnungslose Öffentlichkeit 1932 durch den Leukämie-Tod eines bekannten amerikanischen Golfchampions aufgeschreckt wurde. Der hatte gegen seine Gelenkbeschwerden in drei Jahren 1400 Fläschchen der Radiumlösung "Radithor" getrunken.

Das war nicht die einzige medizinische Mode mit schweren,

teils tödlichen Nebenwirkungen.
Erinnern wir uns zum Beispiel an die
Kokain-Periode des jungen Sigmund
Freud. Er nahm selbst Kokain und
publizierte zwischen 1885 und 1887
mehrfach darüber, auch ein "Loblied
auf dieses Zaubermittel", wie er es in
einem Brief an seine Braut Martha
nannte. Er rühmte "die wunderbare
Allgemeinwirkung dieses Alkaloids,
welche in einer Hebung der Stimmung,
der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und Ausdauer besteht".
Ernest Jones schreibt in seiner großen
Freud-Biographie:

"Er schickte Martha kleine Dosen, um sie stark und kräftig zu machen, drängte es seinen Freunden und Kollegen für sie selber und für ihre Patienten auf, er gab es seinen Schwestern. Kurz, vom Standpunkt unseres heutigen Wissens aus gesehen war er auf dem besten Weg, gemeingefährlich zu werden." Bald häuften sich die Nachrichten über Kokainsucht und -vergiftung, und die Wiener Ärzteschaft erhob schwere Vorwürfe gegen Freud - wie auch er selber: Er fühlte sich mitschuldig am frühen Tod seines Freundes und Kollegen Ernst von Fleischl-Marxow, dem er gegen dessen Morphiumsucht Kokain verschrieb. Damit hatte er ihn in einigen Tagen süchtig nach der neuen Droge gemacht.

Die medizinischen Moden wechseln. Frischzellen, Akupunktur, massenhaft Vitamine oder bestimmte Mineralien, und nicht alles ist so harmlos wie Aloe vera selbst in der Bettwäsche. In Ame-

> rika schlug ein Arzt jetzt vor, die ganze Bevölkerung prophylaktisch unter Antidepressiva zu setzen. Und die Moral von der Geschicht': Besser nicht alle Moden mitmachen und sich gegen die Suggestions-

> > kraft der Indikationslyrik wappnen. Übrigens: Contergan galt damals, in der Ära der riskanten Barbiturate, als besonders sicheres, harmloses Schlafmittel.

Rosemarie Stein

dioactive Water

Triple Distilled W

In memoriam Jürgen Waldschmidt



Jürgen Waldschmidt hatte immer klare Ziele vor Augen, deshalb konnte sein Weg nicht geradlinig sein. Am 20. Oktober 1935 in Brüel (Mecklenburg) geboren wurde er als bekennender Christ nach dem Abitur 1954 nicht

zum Medizinstudium zugelassen. Nach Tätigkeit als Krankenpfleger flüchtete er 1955 nach West-Berlin, wo er erneut die Abitursprüfung absolvieren musste, um dann an der Freien Universität sein Studium aufnehmen zu können. Dieses schloss er 1962 ab und promovierte im gleichen Jahr unter Professor Maßhoff am Pathologischen Institut über "Das Verhalten der Niere im Alter". Der Altersmedizin gehörte seine erste Liebe, weshalb er seine Medizinalassistenzzeit in Berlin, Münster und Hannover auch daraufhin ausgerichtet hatte. Aber das Alte bewahren und gleichzeitig nach

Neuem Ausschau zu halten, war stetige Aufgabe. Nach seiner Approbation 1964 kehrte Jürgen Waldschmidt nach Berlin zurück, nahm dann aber eine Assistentenstelle in der Städtischen Kinderklinik Charlottenburg unter Professor Wiesner an. Damit wurde sein Herz für die Kindermedizin geweckt, ohne die Altersmedizin aus dem Auge zu verlieren. Dies war für ihn kein Widerspruch, brauchen doch beide den ganzen Arzt, der auch bereit ist, Verantwortung zu übernehmen.

1965 ging er zu Professor Franke an die Chirurgische Universitätsklinik der FU. So wie er die Medizin als Einheit gesehen hat, war sein wissenschaftliches Spektrum weit gefächert. Mit Professor Schaldach, dem Gründer von Biotronic, entwickelte er unter dem Eindruck der Polioepidemien Zwerchfellstimulatoren, die in ihrer Weiterentwicklung Standard wurden zur Behandlung der analen Inkontinenz. Hightech war aber für Jürgen Waldschmidt nie Selbstzweck, sondern hatte nur ein Ziel: die Belastung für den Patienten zu verringern. Deshalb erkannte er auch sehr früh die Bedeutung der Endoskopie.

Anfang der 70er Jahre – 1972 war er Leiter der Abteilung für Kinderchirurgie im Klinikum Steglitz geworden - führte er in seiner Abteilung die operative Endoskopie ein, sei es in Körperhöhlen oder Hohlorganen. Das damalige begrenzte Angebot an feinen Instrumenten für die pädiatrische Endoskopie musste ihn zwangsläufig zum Laser führen. Dieses vielseitige und präzise Instrument gab ihm die Möglichkeit mit allen flexiblen und starren Endoskopen das gesamte Spektrum abzudecken. Aber auch sozialpolitisch hat Jürgen Waldschmidt neue Maßstäbe gesetzt. Er hat die Mitaufnahme eines Elternteils nicht nur zugelassen, sondern sogar gefördert. Heute als "rooming-in" Standard, mussten damals große Widerstände des Personals überwunden werden. Um die psychische Belastung der ihm anvertrauten Kinder noch weiter zu reduzieren, hat er dann auch bereits Anfang der 70er Jahre die Tageschirurgie eingeführt, die anfangs bei Krankenhausverwaltungen und selbst bei Krankenkassen auf Unverständnis stieß.

Am 25. August 2007 ist Jürgen Waldschmidt nach langer Krankheit in Berlin verstorben. Wir, seine Schüler, die Medizin und seine Patienten verdanken ihm unendlich viel. Professor Dr. med. H.-Peter Berlien

ANZEIGE



Der Staat verschenkt Geld!



Ob eigene Altersvorsorge, finanzieller Schutz für Ihre Familie oder Absicherung der Mitarbeiter - solche wichtigen Themen werfen viele Fragen auf. Kompetente Antworten und maßgeschneiderte Produktlösungen erhalten Sie bei uns. Fordern Sie einfach die Checkliste an. Oder vereinbaren Sie direkt mit uns einen persönlichen Beratungstermin.

Aktuell aus unserer bundesweiten Praxisbörse

Im Kundenauftrag

Bieten wir Praxen für:

- HNC
- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin (hausärztlich)

Außerdem bieten wir:

 Außenstelle für Gastroenterologen mit Zulassung für Innere

Suchen wir Praxen für:

- Psychiatrie
- Orthopädie
- Hausarzt (Allg. + Innere)
- Gynäkologie
- Radiologie
- Anästhesiologie
- Chirurgie
- Kardiologie
- Fachärztlich Innere

Suchen wir für MVZ:

■ Psychol. Psychotherapeut

Interessiert? Dann nehmen wir Ihre Wünsche diskret in unsere Praxisbörse auf. Je eher – desto größer sind Ihre Chancen!

Buntebart & Dobersch OHG

Repräsentanz am Rummelsburger See Hauptstraße 5 A 10317 Berlin

Telefon: 030 29449150 Telefax: 030 29449152

buntebart.dobersch@aerzte-finanz.de www.aerzte-finanz.de/buntebart.dobersch

Reinhard Schulz e. K.

Repräsentanz Steglitz/Zehlendorf Gardeschützenweg 137 12203 Berlin

Telefon: 030 8334994 Telefax: 030 8339414

reinhard.schulz@aerzte-finanz.de www.aerzte-finanz.de/r.schulz



Mitglieder im Bundesverband Deutscher Versicherungskaufleute



Partner der: Deutsche Ärzte Versicherung \cdot Deutsche Apotheker- und Ärztebank \cdot AXA Krankenversicherung \cdot AXA Versicherung AG \cdot Roland Rechtsschutz \cdot BHW Bausparkasse \cdot pma: Finanz- und Versicherungsmakler

IMPRESSUM

BERLINER 🙀 ÄRZTE

11/2007 44. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig

Telefon 0341 710039-90, FAX -99 Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

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

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

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

ISSN: 0939-5784