

Der Weg aus der Sackgasse

Neuetablierung des Facharztes für Allgemeinmedizin im Land Berlin



Professor Dr. med. Vittoria Braun

ist Vorstandsmitglied der ÄKB, Professorin für Allgemeinmedizin an der Charité und niedergelassene Hausärztin in Köpenick.

Anlässlich des 105. Deutschen Ärztetages 2002 in Rostock erfolgte der Beschluss zur Installierung des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin, ein Beschluss, der von den Vertretern der Weiterbildungsausschüsse beider Gebiete in Berlin nicht gewollt wurde. Unser Widerstand half nichts, die Zwangsehe wurde beschlossen. Sie bedeutete für das Fachgebiet Allgemeinmedizin, die chirurgischen und pädiatrischen Weiterbildungszeiten zugunsten einer dreijährigen internistischen Weiterbildung zu opfern. Der Missstand führte dazu, dass in den verschiedenen Landesärztekammern Deutschlands die unterschiedlichsten Weiterbildungsregelungen im Rahmen des so genannten Doppelfacharztes entstanden: Die Allgemeinmediziner arrangierten sich, vorrangig zahnknirschend in den neuen und etwas weniger kritisch in den alten Bundesländern. Kraft zur Ablehnung dieses Weges, der zur Verschlechterung der Qualität künftiger Hausärzte führen muss, bestand mehrheitlich nicht.

Führende allgemeinmedizinische Vertreter konnten sich nicht einigen. Einig und stark dagegen waren die Internisten. Sie nahmen die Abschaffung ihres Facharztes für Allgemeine Innere Medizin nicht hin und erreichten es, ihn nach fünf Jahren zum diesjährigen Ärztetag in Münster wieder einzuführen.

So steht die Allgemeinmedizin vor einem Scherbenhaufen. Sie allein hat nun den hausärztlichen Kompromiss mit dem Verlust ihrer Strukturierung zu tragen. Allgemeinärztinnen und -ärzte haben nicht nur an Identität und Selbstverständnis verloren, sondern vielmehr sind es unsere Patienten, denen wir einen Hausarzt in Deutschland zumuten, der sich beispielsweise in seiner Facharzt-Weiterbildung nur 36 Monate in der Gastroenterologie und 24 Monate in der Allgemeinmedizin weiterbilden kann. Die breit gefächerten Patientenliegen in der Hausarztpraxis erfordern jedoch eine differenzierte Weiterbildung, die sich an den Betreuungsanlässen orientiert.

Der jetzt von Verantwortlichen immer wieder zu hörende Ruf „Lasst im Weiterbildungsprozess Ruhe aufkommen, wartet ab!“ führt lediglich zur Betonierung der verfahrenen Situation, zur Trampelei am Ende der Sackgasse mit letztendlich egoistischem Hintergrund, das Gesicht nicht verlieren zu wollen.

Dieser Tage brachte die beschriebene veränderungswürdige Lage die Delegierten der Berliner Ärztekammer dazu, Mut zu beweisen und eine Pionierfunktion für Deutschland zu übernehmen. Sie beschlossen am 14. November 2007, den Facharzt für Allgemeinmedizin mit strukturierter Weiterbildung wieder einzuführen und die Voraussetzung zu schaffen, die Generation künftiger Allge-

meinärzte zu befähigen, eine umfassende und kostengünstige Grundbetreuung der Bürger realisieren zu können.

Allerdings erfolgte dieser Beschluss leider gegen die Stimmen von 10 Mitgliedern der Fraktion Gesundheit. Es bestanden beispielsweise Sorgen bezüglich eines Alleinvertretungsanspruches unseres Faches. Hierzu können wir die Kolleginnen und Kollegen der Spezialdisziplinen beruhigen. Die Optimierung der allgemeinmedizinischen Qualifikation soll dazu führen, bei häufigen Krankheitsbildern und in Nofallsituationen unserer Patienten adäquat zu reagieren.

Auch Zweifel hinsichtlich der Machbarkeit der fünfjährigen allgemeinmedizinischen Weiterbildung sind nicht angebracht. In den Jahren 1998-2002, während der die strukturierte Weiterbildung in Deutschland bereits durchgeführt wurde, erfolgten deutlich mehr Facharztabschlüsse als in den letzten beiden Jahren. Zusätzlich werden als flankierende Maßnahmen derzeit Weiterbildungsverbände für die Assistenzärzte entwickelt und ihre angemessene Finanzierung durch KV und Krankenkassen verhandelt.

Goldene Approbation 2007 an der Charité Berlin

Die Initialidee von D. Theuer, Heidelberg, sich anlässlich des 50. Jahrestages der Approbations-Übergabe in der Charité zu treffen, wurde von Berliner Kollegen (H. Günther, R. Lehmann, H. Pommrich) aufgegriffen und gemeinsam konkretisiert. Zunächst mussten jahrzehntealte Adressenlisten aktualisiert werden. Von den 460 Medizin-Studien-Anfängern im Jahr 1952 waren infolge Selektion beim Vorphysikum und Physikikum, aber auch durch die politischen Ereignisse des 17. Juni 1952, durch Zwangsdelegierungen an die damals neu eröffneten medizinischen Akademien Dresden, Erfurt und Magdeburg sowie an der Militärakademie Greifswald, durch Weggang in die Bundesrepublik bzw. Berlin West und anderem mehr, so viele Abgänge zu verzeichnen, dass noch etwa 220 das Staatsexamen an der Charité absolvierten. Insgesamt konnten jetzt noch in den alten und neuen Bundesländern und sogar Österreich 176 Anschriften ausfindig gemacht werden.



Historische Begegnung: Prof. Dr. R. Lehmann nach 55 Jahren im Hertwig-Saal vor dem Auditorium

Letztlich nahmen 109 Kollegen am Goldenen Approbations-Jubiläum am 5./6. Oktober 2007 teil, da einige krankheitsbedingt und nur sehr wenige aus mangelndem Interesse nicht angereist waren.

Im für uns historischen Hertwig-Hörsaal des Anatomischen Instituts der Charité in Berlin-Mitte, in dem sich diese „Ehemaligen“ vor 55 Jahren und 1 Monat erstmals versammelten und damals vom Dekan begrüßt wurden, fand jetzt ein Programm statt, das von R. Lehmann in Kooperation mit dem Alumni-Club der

Charité (Chr. Buschkow) vorbereitet worden war:

- Nach Begrüßung und Gedenken an unsere verstorbenen ehemaligen Mitstudentinnen und -studenten brachte ein Film über die Charité von 1710 bis 1985 die bedeutende Historie unserer akademischen Lehrstätte ins Gedächtnis.
- Der Charité-Dekan in der Zeit der Wiedervereinigung und den Aufbaujahren der „90er“, Professor Dr. Harald Mau, schilderte das ereignisreiche Leben in Berlin mit drei medizinischen Fakultäten

(Charité – Humboldt-Universität einerseits und Virchow-Klinikum und Klinikum Steglitz – Freie Universität andererseits), die Rivalitäten der nun zu großen Universitäts-Medizin im vereinigten Berlin und die Lösungsversuche durch Fusionen.

- Anschließend referierte der Prodekan für Studium und Lehre, Professor Dr. M. Gross, über den gegenwärtigen Stand der Charité – Universitätsmedizin Berlin an ihren vier Standorten (von Nord nach Süd) MDC in Berlin-Buch, Virchow-Klinikum im Wedding, Charité in Mitte und Benjamin-Franklin-Klinikum im Steglitz.
- Auf Einladung hielt Professor Dr. J. Reich, Max-Delbrück-Zentrum der Charité in Berlin-Buch, einen hoch interessanten Festvortrag über „Medizin-Ethik im Zeitalter der molekularen Genomforschung“.
- Im Anschluss daran überreichte Frau Professor Dr. I. Reisinger mit Grußworten vom Alumni-Club der Charité und persönlichen Worten an jeden Einzelnen die Ehrenurkunden zum Goldenen Approbations-Jubiläum.

Es schloss sich ein geführter Rundgang durch den Campus Charité-Mitte mit Besuch von drei Hörsälen an, um den Kolleginnen und Kollegen, die längere Zeit die Charité nicht gesehen hatten, einen Überblick über die Veränderungen in den letzten 50 Jahren zu geben. Ein Abendprogramm vereinte fast alle mit Partnern in der „Ruine“ des Virchow-Museums zu einem geselligen Beisammensein. Eine traditionelle schwarz-weiß Dia-Schau mit Bildern aus Studententagen und unserer akademischen Lehrer versetzte alle in die Zeit vor 50 Jahren.

Am folgenden Tag war die dreistündige Dampferfahrt durch Berlin organisiert, die einen harmonischen Abschluss bildete, zumal das Wetter mit herrlichem Sonnenschein mitspielte.

Für alle Teilnehmer verbleibt ein erinnerungswerter Ablauf. Für viele waren die Tage in Berlin der Höhepunkt und würdevoller Abschluss ihres ärztlichen Berufslebens.

Prof. emerit. Dr. Rüdiger Lehmann



Wir wünschen allen
Leserinnen und Lesern
ein Frohes Fest!

TITELTHEMA.....

Wenn der Anfang schwer ist – Die Versorgung von Frühgeborenen in Berlin und die Frage nach Mindestmengen

Die Versorgung von Frühchen stellt besondere Herausforderungen an die Kliniken. In Berlin ist jetzt ein Streit darüber entbrannt, ob Mindestmengen für Frühgeborene unter 1500 Gramm sinnvoll sind.

Von Adelheid Müller-Lissner.....14

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Mindestmengen.....18

Psychosoziale Unterstützung für die Eltern Frühgeborener.....19

„Neue Gramm-Rekorde sind nicht das Entscheidende“

Interview mit dem Neonatologen Professor Michael Obladen.....20

EDITORIAL.....

Der Weg aus der Sackgasse

Neuetablierung des Fachs Allgemeinmedizin im Land Berlin

Von Vittoria Braun.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

Zur Zunahme der Clostridium difficile-assoziierten Diarrhö

Informationen des Robert Koch-Instituts.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Goldene Approbation 2007 an der Charité Berlin

In der Charité kamen über 100 Ärztinnen und Ärzte zusammen, die 1952 dort ihr Medizinstudium aufgenommen hatten. Mit einem umfangreichen Programm wurden sie empfangen.

Von Rüdiger Lehmann.....4

Bericht von der Delegiertenversammlung am 14. 11. 2007

Von Sascha Rudat.....24

2008: Mehr Punkte.

2009: Mehr Geld?

Was bringt die EBM-Reform den niedergelassenen Ärzten?

Von Angela Mißlbeck.....27

Zweitmeinung und Followup bei Hodentumoren

Über ein internetbasiertes Zweitmeinungszentrum soll es für niedergelassene und klinisch tätige Urologen leicht sein, sich bei Hodentumoren eine Zweitmeinung einzuholen.

Von Mark Schrader et.al.....30

Kommentar zum Zweitmeinungszentrum für Hodentumore.

Von Bernd Müller.....32

Leiden lindern bis zum Ende

Wie man den letzten Lebensabschnitt von Patienten friedlich gestalten kann, war das Thema von zwei Symposien.

Von Rosemarie Stein.....33

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Fortbildungskalender

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin.....22

PERSONALIEN.....

In memoriam

Reinhard Meitzner.....21

Zum Tode von

Heinz Stücklen.....21

FEUILLETON.....

Der Läppchenbaum

Dass der Glaube viel zur Heilung beitragen kann, ist allgemein bekannt. Eine besondere Form der Heilserwartung und -hoffnung stellt der Läppchenbaum dar.

Von Rosemarie Stein.....36

Impressum.....46

Privatpatienten

Schönes Weihnachtsfest und guten Rutsch!

Die Ärztekammer Berlin und ihre Mitarbeiter wünschen allen Leserinnen und Lesern von BERLINER ÄRZTE ein frohes und gesegnetes Weihnachtsfest sowie einen guten Rutsch ins Neue Jahr.



Zu spät „geoutete“ Standardtarif-Versicherte?

Wie ist mit Privatpatienten zu verfahren, die sich erst nach Rechnungserhalt durch ihren behandelnden Arzt als Standardtarif-Versicherte zu erkennen geben und auf Rechnungskürzung drängen? Vereinzelt bestehen in der Berliner Ärzteschaft Unsicherheiten, wie in einem solchen Fall zu verfahren ist. Das ergaben einige Rückfragen, die die Kammer in letzter Zeit erhielt.

Juristisch wird hierzu überwiegend die Ansicht vertreten, dass der Arzt in solchen Fällen lediglich einen Anspruch auf Zahlung des nach § 5 b GOÄ reduzierten Steigerungssatzes hat. Das bedeutet: Er muss dem Patienten eine korrigierte Rechnung ausstellen und hat gegenüber dem Patienten lediglich einen Schadenersatzanspruch in Höhe der für die Korrekturrechnung notwendigen Aufwendungen.

Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen vertreten zu diesem Thema eine andere Rechtsauffassung und berufen sich dabei auf § 612 Abs. 2 BGB. Aus ihrer Sicht können die Ärzte bei zu spät „geouteten“ Standardtarifversicherten die Höhe der Rechnung beibehalten. In einem solchen Fall würde der Patient im Zweifels-



fall auf den von seiner Privatversicherung ungedeckten Mehrkosten sitzenbleiben.

Grundsätzlich sind Privatversicherte dazu verpflichtet, die Praxis vor Behandlungsbeginn von sich aus über ihren Versicherungsstatus zu unterrichten. Viele Privatversicherungen haben deshalb auf ihren Chip-Cards auch einen entsprechenden Hinweis angebracht oder halten für Standardtarif-Mitglieder einen eigenen Ausweis bereit, bestätigt der PKV-Bundesverband auf Rückfrage dieser Zeitschrift. Da es dennoch vorkommen kann, dass Patienten vergessen, auf ihren besonderen Versicherungsstatus hinzuweisen, empfehlen die Kammern, bei neuen Privatpatienten sicherheitshalber noch einmal nachzufragen.

Ungeachtet aller juristischen Kontroversen zeigt die Erfah-

rung, dass Berlins Ärzte „in geschätzten 95 % der Konflikte um einen zuvor unbekanntem Standardtarif-Status schon von sich aus einer Rechnungskürzung zustimmen“, sagt Jürgen Möller, Geschäftsführer beim Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen in Berlin/Brandenburg. Letztlich wollen die Ärzte ihre Privatpatienten nicht verlieren und sich kräftezehrende juristische Auseinandersetzungen ersparen.

Das Problem kommt glücklicherweise nicht allzu häufig vor, denn die Zahl der im Standardtarif versicherten Patienten ist auch nach der Öffnung für Nichtversicherte zum 1.7.2007 noch immer niedrig. Bundesweit waren im vergangenen Jahr etwa 20.000 Versicherte in diesem Tarif eingruppiert, nach dem 1.7.2007 kamen gerade einmal 2400 hinzu.

sygo

ANZEIGE

Leserbriefe

Autobiographie zu einem (wissenschaftlichen) Leben in der DDR-Charité BERLINER ÄRZTE 10/2007

Die Ausführungen von Herrn Dr. Schagen bedürfen an einer Stelle einer Richtigstellung, die übrigen Abschnitte repräsentieren seine persönliche Meinung. Andere müssen dieser Meinung nicht zustimmen. Die Unwahrheit aber ist, es gäbe keine „Berichte“ (von Professor Heinz David an das Ministerium für Staatssicherheit [die Red.]). Ich selbst hatte im Institut für Pathologie in der Charité zwei „Berichte“, einer davon war von Herrn Prof. Heinz David. Diese Berichte an die Stasi sind bei der Gauck-/Birthler-Behörde in meiner Erfassungsakte erschütternd dokumentiert. Auch eine Buchbesprechung muss bei der Wahrheit bleiben.

Dr. med. habil. Dieter Kunde

Reaktion des Autors

Selbstverständlich stimme ich Ihrem Satz „Auch eine Buchbesprechung muss bei der Wahrheit bleiben“ zu. Deshalb müssen meine Erläuterungen aber etwas ausgreifen. Zu dem von Ihnen monierten Punkt „Berichte“ hatte ich geschrieben: „David schildert diese Berichtstätigkeit für sein Dekanat an der Medizinischen Fakultät freimütig. Regelmäßige Staatssicherheitskontakte von Leitungspersonen waren aber kein Geheimnis. Eine Unterschrift, die den Vorwurf bestätigt hätte, er sei aktiver Inoffizieller Mitarbeiter (IMS) gewesen, gibt es nicht, genau so wenig wie von ihm verfasste Berichte. In den von der

Staatssicherheit angefertigten Papieren finden sich, wie wundert's, Angaben aus der SED-Parteileitung, den offiziellen Fakultätsprotokollen und den an die Minister geschickten Dekansberichten.“

Daraus ergibt sich meines Erachtens, dass sich in den Akten der Staatssicherheit natürlich Berichte finden, die David verfasst hat, aber eben nicht solche mit speziell von ihm für die Staatssicherheit verfassten Beobachtungen. David schildert selbst die Bedeutung der Staatssicherheit im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit in verschiedenen Zusammenhängen - das Register weist dazu sieben Eintragungen aus. Ausführlich (S. 558-569) geht er dabei auch im Einzelnen auf diesbezügliche Veröffentlichungen ein.

Ich meine, wir sollten auf dem Unterschied bestehen, ob jemand in einer Leitungsfunktion oder als Vorgesetzter Berichte für offizielle Stellen, Beurteilungen aus verschiedenen Anlässen etc. zu schreiben hatte und dies jeder wissen konnte oder ob es sich um inoffizielle Berichte als Angehöriger eines „Inlandsgeheimdienstes“ handelt, die verdeckte Beobachtungen mitteilen. Die Akten der Staatssicherheit sind darüber hinaus, darin werden Sie mir sicher zustimmen, mit besonderer Vorsicht zu beurteilen. Es gibt inzwischen eine Reihe von Fällen, wo die Staatssicherheit selbst zusammengestellte und selbst verfasste Unterlagen als „Berichte“ gekennzeichnet und dann bestimmten Personen als Autoren zugeordnet hat. Worum es darüber hinaus aber geht, ist,

wie gesagt, die Frage, ob David „von ihm verfasste Berichte“ speziell für die Staatssicherheit als IMS geliefert hat. Dazu liegen mir keine Anhaltspunkte vor. Wie Sie wissen, ist es bei der Gauck-/Birthler-Behörde aus datenschutzrechtlichen Gründen, und zu Recht, nicht möglich, Erfassungsakten zu anderen Personen einzusehen. Wenn Sie also über Unterlagen verfügen, die meinen Informationen widersprechen, wäre ich für entsprechende Hinweise sehr dankbar.

Mir geht es natürlich weiterhin um wahrheitsgetreue Berichte zur Zeitgeschichte, allerdings bei Anwendung der üblichen professionellen Kriterien zur Einordnung und Kritik der Quellen.

Dr. med. Udo Schagen



ANZEIGE

Gäste

Chinesische Juristen besuchen Ärztekammer



Foto: Rudat

Eine Delegation von rund 30 chinesischen Juristen des „High Court of Justice“ hat am 25. Oktober die Ärztekammer Berlin besucht. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz (re.) empfing die Richter und Staatsanwälte aus Peking, die sich über die ärztliche Selbstverwaltung und das ärztliche Berufsrecht in Deutschland informieren wollten. Der Kammerpräsident erläuterte zunächst das Spannungsfeld, in dem die Medizin weltweit steht: Die Ansprüche der Patienten steigen, die Medizin wird teurer und die Möglichkeiten, gute Medizin zu machen, werden schwieriger. Die Leiterin der Arbeitseinheit Berufs-

recht, Martina Jaklin, erklärte den Gästen im Anschluss die Entstehung des Kammerwesens, die Aufgaben der Ärztekammern sowie die Rechtssetzung durch die Kammer. Besonders interessiert waren die chinesischen Juristen an den berufsrechtlichen Mitteln der Kammer und der Arbeit der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeutschen Ärztekammern. Kammerjuristin Dr. Natalie Kretschmer ging abschließend näher auf die Berufsordnung ein. Dabei sprach sie unter anderem die Themen Schweigepflicht, Aufklärungspflicht und Zuweisung gegen Entgelt an.

ANZEIGE

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

St. Joseph-Krankenhaus

Dr. Thomas Müller, ehemals leitender Oberarzt der Neurologischen

Universitätsklinik an der Universität Bochum im St. Joseph-Krankenhaus, trat Anfang Oktober die Nachfolge im Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik von Chefarzt Dr. Manfred Borch an, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Flottillenarzt Dr. Stefan Lenz, ehemals Sektions-

leiter Viszeralchirurgie und Oberarzt der interdisziplinären Station zur Behandlung abdomineller Erkrankungen, ist seit dem 1. Oktober neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie. Er trat die Nachfolge von Oberstarzt Dr. Wolfgang Drüsel an, der die neu etablierte Leitung der Chirurgischen Klinik am Bundeswehrkrankenhaus Berlin übernahm.

Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum

Seit dem 1. November ist Dr. Georg

Welty neuer Leiter der Rettungsstelle. Er war zuvor Oberarzt der Notaufnahme des Universitätsklinikums Aachen. Dr. Welty ist Nachfolger des vormaligen Leiters Gerd Birkenmeier, der im April 2007 verstarb.

Sankt Gertrauden-Krankenhaus Berlin

Die Augenab-

teilung wird ab Dezember 2007 um den Schwerpunkt Netzhaut-Glaskörperchirurgie unter Leitung von Priv.-Doz. Dr. Joachim Wachtlin ausgebaut. Priv.-Doz. Dr. Harnisch wird die Abteilung für Chirurgie der vorderen Abschnitte bis Juli 2008 weiterführen. Ab August 2008 übernimmt Dr. Wachtlin die Gesamtleitung der Abteilung.

Vivantes Klinikum Neukölln

Ab Januar 2008 tritt die Nach-

folge von Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Chefarzt der Klinik für Chirurgie-, Visceral- Thorax- und Gefäßchirurgie, Prof. Dr. Dr. Bartholomäus Böhm an. Bisher war er Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Helios Klinikum Erfurt. Seit Anfang 2006 leitet Prof. Holzgreve das Direktorat Klinische Forschung und Akademische Lehre bei Vivantes und war somit eine Zeitlang in zwei Führungspositionen tätig.

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Frank Hoppner ist seit

Juli Direktor des Instituts für Neuropathologie der Charité. Ehemals am Institut für Neuropathologie in Zürich tätig, trat er die Nachfolge von Prof. von Deimling an, der im Dezember 2006 an die Universitätsklinik Heidelberg wechselte. Das Institut wurde von Oberarzt Dr. van Landeghem kommissarisch geleitet.

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

Externe Qualitätsdarlegung in der Kardiologie



Mit diesem Thema beschäftigt sich ein halbtägiger Workshop, den das Berliner Herzinfarktregister am Samstag, dem 8. Dezember gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin veranstaltet. In Zeiten von Rankings und öffentlich zugänglichen Klinikvergleichen ist die externe Qualitätsdar-

legung aktueller denn je. Wie zuverlässig ist die Datenerfassung in klinischen Registern heute und welche Erfahrungen liegen beim Einsatz von Routinedaten im – noch anonymisierten – Klinikvergleich vor? Dies sind nur einige der Fragen, mit der sich der Workshop beschäftigt.

Vorgestellt werden alle vier derzeit in der Bundesrepublik verfügbaren Instrumente externer Qualitätsdarlegung in der Kardiologie. Zudem wird ein Blick nach Schweden geworfen, das auf diesem Gebiet eine weitere methodische Variante zu bieten hat.

Der Workshop „Externe Qualitätsdarlegung in der Kardiologie – zwischen Populismus und Politik“ findet statt im Konferenzraum II der KBV und wird mit 6 Fortbildungspunkten bewertet.

Nähere Informationen erhalten Sie unter Tel. 030/314 76 672. Den Veranstaltungsflyer mit Anmeldebogen finden Sie zum Download unter www.aerztekammer-berlin.de.

Fehlerteufel

Im Feuilleton des November-Heftes von BERLINER ÄRZTE („Heilmittel à la mode“) auf Seite 30 wird in der mittleren Spalte der Philosoph Karl Marx („Das Kapital“) erwähnt. Gemeint ist aber der Schriftsteller Karl May („Winnetou“). Wir bitten den Fehler zu entschuldigen.



ANZEIGE

Ceftriaxon

Kontraindikation bei Früh- und Neugeborenen

Die AkdÄ informiert über ein neues, noch nicht in der Fachinformation aufgenommenes Verbot einer Anwendung des Cefalosporin-Antibiotikums Ceftriaxon (Rocephin®, viele Generika) bei Früh- und Neugeborenen. Bei einer oft notwendigen konstanten Behandlung mit kalziumhaltigen Glukonatinfusionen fanden sich in Lunge und Nieren Präzipitate von Ceftriaxon-Kalziumsalz, die in einigen Fällen

zum Tod führten. Weiterhin verdrängt Ceftriaxon Bilirubin aus seiner Albuminbindung, so dass z.B. bei Hyperbilirubinämie eine Bilirubin-Enzephalopathie oder eine biliäre Pseudolithiasis und Nierensteine entstehen können. Als Ursachen werden ein geringes Blutvolumen und eine längere Halbwertszeit als bei Erwachsenen angegeben. Dadurch gelten relative Kontraindikationen des Einsatzes von Ceftriaxon auch für Kinder und Jugendliche (maximal 80 mg/kg KG).

Quelle: Dt. Ärztebl. 2007; 104(36): C 2093

Glukokortikoide

Paradoxe Allergie

Bei einer Patientin traten nach unterschiedlichen Glukokortikoid-Injektionen Exantheme auf. Im Epikutantest konnte nur eine Spätallergie von Typ-IV auf Dexamethason, in einer oralen Ausweichexpositionstestung zusätzlich auch auf Triamcinolon nachgewiesen werden. Die Autoren diskutieren allergische Reaktionen innerhalb einer Glukokortikoidgruppe nach

Goosens (nicht zu verwechseln mit der Gruppeneinteilung I – IV nach Wirkungsstärke) sowie mögliche Kreuzreaktionen mit anderen Gruppen. Sie weisen darauf hin, dass die systemische Gabe nur sehr selten Allergien verursacht, während bei einer topischen Gabe Kontaktallergien mit einer Inzidenz von 1,1 bis 2,6 % in der Literatur zu finden sind.

Kortikoide der Gruppe D2 nach Goosens (Hydrokortison, Methylprednisolon, Prednicarbat) scheinen

häufiger Kontaktallergien zu verursachen als Kortikoide der Gruppe D1 (Momethason, Betamethason, Clobetasol, Fluticason). Budesonid verursacht vergleichsweise besonders häufig Kreuzallergien. Insbe-

sondere bei chronischen Ekzemen ist eine Glukokortikoidallergie differentialdiagnostisch zu bedenken.

Quelle: Dtsch Med Wschr. 2007; 132: 1692-95

Clobutinol

QTc-Verlängerung

Der freiverkäufliche Hustenblocker Clobutinol (z.B. Silomat® Tropfen, viele Generika) wurde aus dem Handel genommen. Berichte über Arrhythmien und Torsade de Pointes führten auf Aufforderung der deutschen Überwachungsbehörde zu einer Studie des Herstellers, in der eine dosisabhängige Verlän-

gerung des QTc-Intervalles bei gesunden Probanden verifiziert wurde. Clobutinol ist ein Arzneistoff, der seit mehr als 40 Jahren eingesetzt wird und dessen Wirksamkeit und Risikopotential entsprechend den damaligen Zulassungsvorschriften nur unzureichend überprüft wurde.

Quelle: Dt. Apo.Ztg. 2007; 147: 48-50

Anmerkung: Auch nach einer jahrzehntelangen Anwendung kann ein Arzneistoff bezüglich neuer Risiken noch Überraschungen bergen. Eine hohe Dunkelziffer von UAW ist gerade bei freiverkäuflichen Arzneimitteln bekannt, da Patienten über selbst gekaufte Arzneimittel selten von sich aus berichten und – im Fall von Clobutinol – aufgetretene Herzkomplikationen nicht mit einem Hustenmittel in Verbindung bringen. Die Verordnung von Kodein als Antitussivum sollte weiterhin vorgezogen werden.

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.
Telefon: 0211 4302-1560, Fax: 02114302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

A
N
Z
E
I
G
E

Zunahme der Clostridium difficile-assoziierten Diarrhö

Clostridium difficile ist eine der häufigsten ätiologisch zu klärenden Ursachen der Antibiotika-assoziierten Diarrhö und verantwortlich für nahezu alle Fälle von pseudomembranöser Kolitis. In Deutschland ist die Anzahl der Patienten mit der Diagnose C.-difficile-assoziierte Diarrhö (CDAD) zwischen den Jahren 2000 und 2004 deutlich angestiegen, so dass die CDAD für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zu einem zunehmenden Problem wird. Zudem sind nun auch in Deutschland Fälle von C. difficile, Ribotyp 027 aufgetreten.

C. difficile, eine Spezies der Gattung Clostridium (Familie Bacillaceae), ist ein sporenbildendes Gram-positives Stäbchen und ein aerotoleranter Anaerobier. Sein natürliches Vorkommen ist im Darm von Tieren und Menschen, auch Nachweise im Boden und in Gewässern sind möglich. Der Erreger besitzt, wie alle Clostridien, die Fähigkeit, bei ungünstigen Umweltbedingungen umwelttolerante Endosporen zu bilden.

Das normalerweise als Kommensale in der natürlichen Darmflora lebende Bakterium kann unter bestimmten Umständen (z. B. während oder nach antibiotischer Therapie oder im Falle eines durch invasive Eingriffe, Tumoren oder Immunsuppression vorgeschädigten Organismus) zu einem Infektionserreger werden und durch das Wirken spezifischer Exotoxine verschiedene Formen einer Durchfallerkrankung auslösen. Werden zum Beispiel durch insbesondere auch auf Anaerobier wirksame Breitbandantibiotika wesentliche Teile der natürlichen Darmflora zerstört, kann sich C. difficile aufgrund seiner Resistenzeigenschaften im Darm des Wirtes vermehren. Als Virulenzfaktoren von C. difficile gelten in erster Linie die folgenden Toxine: Toxin A (TcdA), ein Enterotoxin, Toxin B (TcdB), ein Zytotoxin, und das Binäre Aktin-ADP-ribosylierende Toxin (CDT A/B), das zusätzlich bei bestimmten Stämmen (z. B. beim Ribotyp 027) auftreten kann. Das klinische Vollbild der CDAD ist an die Produktion des TcdB oder beider Toxine TcdA und TcdB gebunden.

Risikofaktoren

Als Risikofaktoren für das Auftreten einer CDAD werden genannt:

- Alter (> 65 Jahre)
- Antibiotikatherapie in den letzten 3 bis 6 Monaten
- Längerer Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage)
- Abdominalchirurgische Eingriffe
- Darmerkrankungen
- Sondenernährung
- Chemotherapie

Klinik

Das klinische Spektrum der CDAD reicht von leichten Durchfällen über Darmentzün-

dungen unterschiedlicher Schwere bis hin zur pseudomembranösen Kolitis, als deren Folge sich Komplikationen wie Perforation, Sepsis und toxisches Megakolon mit teilweise letalem Ausgang entwickeln können. Typischerweise manifestiert sich die CDAD als akute wässrige Diarrhö mit krampfartigen Unterbauchschmerzen, erhöhter Temperatur, Leukozytose im Blut und Leukozyten im Stuhl.

Diagnostik

Zur Diagnostik wird eine frisch gewonnene Stuhlprobe benötigt und auf den Erreger selbst, seine Antigene bzw. auf die beiden Toxine A und B hin untersucht. Der Toxinachweis erfolgt meist mittels ELISA.

Therapie

Die Behandlung einer CDAD besteht in erster Linie darin, die ursprüngliche Antibiotika-Therapie – sofern medizinisch vertretbar – abzusetzen und den Flüssigkeit- und Elektrolytverlust wieder auszugleichen.

Asymptomatische Träger oder

Patienten mit milder Symptomatik bedürfen keiner spezifischen Therapie. Indikationen zur Antibiotikatherapie sind Hinweise für eine Kolitis, schwere Diarrhö auch nach Absetzen des Antibiotikums oder wenn die Antibiotikatherapie unbedingt fortgesetzt werden muss. In diesen Fällen ist als Standardtherapie die Gabe von Metronidazol vorgesehen, um die Verbreitung Vancomycin-resistenter Enterokokken nicht zu begünstigen.

Der neue C.-difficile-Stamm, BI/NAP1/027

Im Empfindlichkeitstest zeigen die bisher untersuchten Epidemiestämme Resistenzen gegenüber Erythromycin und neuere Chinolone (immer gegen Gruppe II und Gruppe III. z. T. auch Gruppe IV). Sie sind aber sensibel gegen Metronidazol (ggf. allerdings nur mäßig sensibel), Vancomycin und Clindamycin. Die Infektion mit diesem Stamm ist mit einem schweren Krankheitsverlauf, vermehrten Komplikationsraten und erhöhter Letalität assoziiert worden. Auffällig ist, dass auch Personen ohne Risikofaktoren wie höheres Alter oder Antibiotikatherapie betroffen sind und der Stamm auch bei jüngeren, ambulanten Patienten zu Erkrankungen mit zum Teil schweren Verläufen geführt hat.

Professor Dr. med. Martin Mielke
Leiter des Fachgebietes „Angewandte
Infektions- und Krankenhaushygiene“
Robert Koch-Institut

Informationen zum Thema finden sich beim
Robert Koch-Institut unter www.rki.de →
Infektionsschutz → Krankenhaushygiene →
Informationen zu ausgewählten Erregern →
C. difficile.



Schnelles Verfahren zu Befugniserteilung

Der Vorstand und die Weiterbildungsausschüsse der Ärztekammer Berlin haben sich gemeinsam auf ein schnelles Verfahren für die Erteilung von Befugnissen zur Leitung der Weiterbildung verständigt. Ziel ist, die noch ausstehenden Befugnisse nach der neuen Weiterbildungsordnung (WbO) schnellstmöglich bis Anfang nächsten Jahres abzuarbeiten und künftig eine Bearbeitungszeit von maximal drei Monaten sicherzustellen. Der Kammervorstand hatte zu einer Informationsveranstaltung am 31. Oktober eingeladen, zu der zahlreiche Vertreter der WbO-Ausschüsse erschienen waren. Die stellvertretende Leiterin Weiterbildung/Ärztliche Stelle, Dr. med. Kerstin Hoeft, erläuterte das zwölfstufige elektronische Verfahren zur Befugniserteilung. Das Online-Verfahren sieht eine effiziente und arbeitsteilige Antragsbearbeitung vor. Während die hauptamtlichen Mitarbeiter die Anträge vorbereiten, den Ablauf koordinieren und die Antragsteller über den Verfahrensstand

informieren, können sich die Fachleute in den WbO-Ausschüssen umfassend inhaltlich mit den Anträgen befassen. Man verständigte sich darauf, dieses Bearbeitungsverfahren am 1. November in Kraft treten zu lassen.

Der Antragsstau hatte mehrere Gründe: So mussten mit der Einführung der neuen WbO auch die Befugnislisten überprüft werden. Bei zwei Dritteln der rund 6000 Befugten stimmten die Daten nicht mehr mit den ehemals eingereichten Unterlagen überein. Das Inkrafttreten der neuen WbO im April 2006 warf weitere Probleme auf: So gab es einige Fachrichtungen, wie zum Beispiel den Internisten ohne Schwerpunkt, nicht mehr, so dass in diesem Fach keine Befugnisse erteilt werden konnten. Dies führte zu Verunsicherungen bei den Befugten. Der Beratungsbedarf war sehr hoch. Gleichzeitig wurden sowohl die Antragstellung für Befugnisse als auch die für Anerkennungen auf das zeit-

gemäße und effiziente Online-Verfahren umgestellt. Während sich das elektronische Verfahren zur Anerkennung der Weiterbildung in den letzten ein- einhalb Jahren bestens bewährt hatte, musste sich das Antragsverfahren für Befugnisse zunächst bei allen Beteiligten einspielen. Obwohl die zweijährige Übergangsphase – und damit die Gültigkeit der nach der alten WbO erteilten Befugnisse – erst im April 2008 endet, kam es zudem zu einer Antragsflut.

Diskussionsbedarf unter den Anwesenden gab es zum Thema Richtlinien für die Befugniserteilung. Die Leiterin des Berufsrechts der Kammer, Martina Jaklin, erläuterte zunächst den rechtlichen Hintergrund von Richtlinien für Verwaltungshandeln. Richtlinien seien notwendig, um transparente und nachvollziehbare Entscheidungen zu treffen. „Gleich gelagerte Fälle müssen gleich behandelt werden“, betonte sie. Für das Erstellen der Richtlinien, die noch nicht in

allen Fächern existieren, ist jetzt der Sachverstand der WbO-Ausschüsse erforderlich. Bedenken gab es von einigen Ausschussmitgliedern, dass bei einer strikten Befolgung von derartigen Richtlinien viele Befugnisse nicht mehr erteilt werden könnten und nur noch große Häuser wie die Charité die Anforderung erfüllten. Kammer-Vizepräsident Dr. med. Elmar Wille erwiderte, dass in einem solchen Fall die Richtlinien geändert werden müssten. „Das ist ein Akt der Ehrlichkeit“, hob Wille hervor. Dieses Problem dürfe aber nicht dazu führen, „ein verlogenes System zu installieren“. Kammer-Geschäftsführer Dr. med. Gerhard Andersen unterstrich, dass die Kammermitarbeiter alles tun würden, den Ausschüssen zuzuarbeiten, damit der Antragsstau zügig beseitigt werden könne. Im Zuge der Antragsbearbeitung könnten die WbO-Ausschüsse dann die Richtlinien miterstellen. „Dann bin ich sicher, dass wir die Richtlinien im ersten Halbjahr 2008 haben werden.“ *srd*

Weiterbildungsordnung: 5. Nachtrag am 3. November in Kraft getreten

Der 5. Nachtrag der Weiterbildungsordnung (WbO) der Ärztekammer Berlin ist am 3. November in Kraft getreten. Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz hat den Nachtrag am 19. Oktober genehmigt, am 2. November erfolgte die Veröffentlichung im Amtsblatt. Zuvor hatte die Delegiertenversammlung der Ärztekammer den Nachtrag am 19. September verabschiedet. Der 5. Nachtrag beinhaltet unter anderem die Wiedereinführung des Facharz-

tes für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die Einführung der Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin sowie die Prävention durch Schutzimpfungen im Allgemeinen Teil der WbO. Details können Sie in BERLINER ÄRZTE 11/2007 nachlesen. Lesen Sie auch auf Seite 24 den Bericht von der Delegiertenversammlung am 14. November, wo mit dem 6. Nachtrag zur WbO die Wiedereinführung des Facharztes für Allgemeinmedizin als eigenständiges Gebiet beschlossen wurde.



Sollten Sie Fragen zur Weiterbildungsordnung haben, können Sie sich an das Service-Telefon der Arbeitseinheit Weiterbildung/Ärztliche Stelle wenden:

030/40806-1111, -1112 oder 1113.

Die Telefone sind werktags von 9.00 bis 17.00 Uhr und freitags bis 14.00 Uhr besetzt. Fragen können auch per E-Mail unter service@aekb.de gestellt werden.

Bitte beachten Sie, dass diese Service-Telefone nur für Fragen rund um die Weiterbildung, GOÄ oder Ärztlichen Stelle zur Verfügung stehen.

Ärzttekammer Berlin bietet Qualitätszirkel an

Im Dezember startet die Ärztekammer Berlin mit einem neuen Angebot für ihre Mitglieder und bietet Qualitätszirkel (QZ) für Ärztinnen und Ärzte aller Einrichtungen des Gesundheitswesens an. Als Themen der QZ sollen vor allem die Verbesserung der Patientenversorgung an ambulant/stationären Schnittstellen sowie eine interdisziplinäre Herangehensweise an spezifische Problemfelder sein. Ziel ist es, Ärztinnen und Ärzte aus den unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens in den QZ zur Erörterung gemeinsamer Fragestellungen und Erarbeitung von Lösungen zusammenzuführen.

Vorrangig sollen Qualitätszirkel dort etabliert werden, wo sie dazu beitragen können, die Fort- und Weiterbildungsreihen der ÄKB zu ergänzen und/oder vertiefen.

Qualitätszirkel Geriatrie

(in Ergänzung der fachspezifischen Reihe Geriatrie)
Erster Termin: **Mittwoch, 5. Dezember, 18.00 - 20.00 Uhr, Ort: Ärztekammer Berlin**

Qualitätszirkel Sozialmedizinische Gutachten (in Ergänzung zum 40-Stunden-Curriculum: Grundlagen der Medizinischen Begutachtung)
Erster Termin: **Mittwoch, 9. Januar 2008, 18.00 - 20.00 Uhr, Ort: Ärztekammer Berlin**

Abstracts zu den angebotenen QZ sowie eine ausführliche Darstellung der Struktur und Arbeitsweise von Qualitätszirkeln der Ärztekammer Berlin finden Sie unter dem folgenden Link: www.aerztekammer-berlin.de/31_Qualitaetssic-erung/30_QM_Massnahmen_nach_Themen/85_Qualitaetszirkel/StruktArbeitsweise.htm

Inhaltliche Voraussetzungen für Qualitätszirkel der ÄKB

- Arbeitsweise orientiert am PDCA-Zyklus;
- Festlegung von Qualitätsstandards durch die Teilnehmer des QZ;
- fallorientierte und/oder themenzentrierte und erfahrungsbezogene Vorgehensweise unter Einbeziehung von entsprechenden Leitlinien und evtl. auch von Experten;
- Erarbeitung von konkreten Lösungsmöglichkeiten für das ausgewählte Problemfeld;
- Evaluation – Ermitteln der Veränderungen, die sich im Laufe der Arbeit des QZ entwickelt haben;

Strukturelle Voraussetzungen für Qualitätszirkel der ÄKB

- Freiwilligkeit und Interesse am kollegialen Diskurs;
- kontinuierliche Zusammenarbeit einer konstanten Teilnehmergruppe
- Gruppengröße zwischen 8 und 15 Teilnehmern
- regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen; Die Fehlzeit pro QZ soll eine Sitzung nicht überschreiten.
- Leitung durch einen geschulten Moderator, der ein inhaltliches Rahmenkonzept vor Beginn der QZ-Arbeit erstellt, durch geeignete Moderationstechniken den fachlichen Austausch fördert sowie die Umsetzung der Entscheidungen und Maßnahmen der Gruppe sichert. (Voraussetzung: von der ÄKB anerkannte Moderatorenausbildung);

Fortbildungspunkte

Die Qualitätszirkel werden von der Ärztekammer Berlin mit 3 Fortbildungspunkten pro Sitzung für Teilnehmer und 4 Fortbildungspunkten für Moderatoren zertifiziert.

Interesse an weiteren Qualitätszirkeln?

Für den Aufbau weiterer Qualitätszirkel nehmen wir gerne Ihre Anregungen und Wünsche entgegen.

Ihre Ansprechpartnerinnen in der Abteilung Qualitätssicherung der ÄKB sind

Angelika Mindel-Hennies Tel. 030/40 80 61 000
a.mindelhenries@aekb.de (Inhalte und Planung)

Regina Drendel Tel. 030/40 80 61 401
r.drendel@aekb.de (Organisation und Anmeldung)

Ernährungsmedizin

Die Landesärztekammer Brandenburg bietet in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Ernährungsforschung (DIFE) in Potsdam und der Ärztekammer Berlin im Jahr 2008 die strukturierte curriculäre Fortbildung „Ernährungsmedizin“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (2. Auflage 2007) an.

Veranstaltungsort

Deutsches Institut für Ernährungsforschung (DIFE)
Potsdam-Rehbrücke
Arthur-Scheunert-Allee 114-116
14558 Nuthetal

Weitere Informationen und Anmeldung

MUT gemeinnützige Gesellschaft für Gesundheit mbH
Büro Ernährungsmedizin
Rudolfstr. 11
10245 Berlin
Tel. 030 293302-44
ermed@mut-gesundheit.de
www.mut-gesundheit.de

Termine

Der 80-Stunden-Kurs findet an insgesamt fünf Wochenenden statt:

- Block I: 07.03. bis 09.03.2008
- Block II: 04.04. bis 06.04.2008
- Block III: 25.04. bis 27.04.2008
- Block IV: 23.05. bis 25.05.2008
- Block V: 06.06. bis 08.06.2008

Das 20-Stunden-Praktikum findet vom 04.07. bis 06.07.2008 statt.

Die Wochenendblöcke finden jeweils freitags von 14:00 bis 18:00 Uhr, sonnabends von 10:00 bis 18:00 Uhr und sonntags von 10:00 bis 14:00 Uhr statt.

Die Zertifizierung des Kurses als Fortbildungsveranstaltung erfolgt durch die Landesärztekammer Brandenburg.



Wenn der Anfang schwer ist

Jesus von Nazareth kam, wie uns der Arzt und Evangelist Lukas berichtet, im Stall von Bethlehem termingerecht zur Welt: Marias Niederkunft ereignete sich „zur Zeit, da sie gebären sollte“. Ein Frühgeborenes, das sich statt im Dezember schon im September oder Oktober gemeldet hätte, hätte damals keine Überlebenschance gehabt.

Heute überleben schon „Frühchen“, die beim Start nur 500 bis 600 Gramm auf die Waage bringen. Noch vor wenigen Jahrzehnten wäre nicht damit zu rechnen gewesen, dass diese winzigen Neugeborenen überhaupt „durchkommen“. Doch die Applikation von Surfactant und neue Beatmungstechniken brachten schier unfassbare Fortschritte, neuerdings verbessert der Einsatz von CPAP schon im Kreißsaal die Ergebnisse, und auch bei den Ernährungsregimen hat sich viel getan. Studien zeigen, dass die ganz kleinen Frühchen in großen Zentren statistisch gesehen bessere Überlebenschancen haben als in kleineren. Doch die Anzahl der Fälle ist nicht das einzige Kriterium. Frühgeborene brauchen besonders gute medizinische Startbedingungen. Darüber, ob nur große Zentren für die Kleinsten gut genug sind, ist in Berlin ein Streit entbrannt.

Von Adelheid Müller-Lissner



Illustration: SEHSTERN,
nach dem Gemälde
"Sixtinsche Madonna"
von Raphael.

Die Versorgung von Frühgeborenen in Berlin und die Frage nach Mindestmengen

Stolz erwähnen viele junge Eltern in der Geburtsanzeige neben Datum und Uhrzeit auch das Gewicht, mit dem ihr Sprössling auf die Welt kam. Der Durchschnitt liegt heute bei 3800 Gramm. Eines von hundert Babys ist jedoch bei der Geburt weniger als halb so schwer – mit unter 1500 Gramm gehört es zu den Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht. In Berlin werden in jedem Jahr ungefähr 2800 Babys zu früh, vor Ende der 37. Schwangerschaftswoche, geboren, fast 600 davon schon vor Ende der 34. Schwangerschaftswoche. Etwa 370 Kinder wiegen bei der Geburt unter 1500 Gramm, darunter immer noch viele, die nach einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung als Mehrlinge zur Welt kommen.

Nun belegen gleich mehrere neue Untersuchungen, dass die Chancen der sehr kleinen „Frühchen“, gesund – oder auch überhaupt nur – zu überleben, davon abhängen, in welchem Krankenhaus sie auf die Welt kommen. Dabei spielt nicht zuletzt eine Rolle, wie viele andere sehr kleine Frühgeborene dort jedes Jahr geboren werden. In einer Auswertung von 21 Arbeiten aus Europa und Nordamerika konnte Michael Obladen, langjähriger Direktor der Klinik für Neonatologie der Charité am Campus Virchow, zeigen, dass es den Frühchen besser ging, wenn sie in einer Klinik auf die Welt kamen, die mindestens 35 Mal im Jahr Babys unter 1500 Gramm zu betreuen hatte. Im selben Heft der „Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie“ (Band 210, 2006) zeigt eine Auswertung der AOK-Daten von fast 10.000 Frühchen, dass diejenigen unter ihnen, die in einer

Klinik mit wenig Frühgeborenen-Erfahrung zur Welt kamen, mit größerer Wahrscheinlichkeit den ersten Monat nicht überlebten. Günther Heller vom wissenschaftlichen Institut der AOK in Bonn zieht aus der Analyse der bisher umfangreichsten deutschen Datensammlung den Schluss, dass die Geburt und Behandlung der sehr kleinen Frühchen in Deutschland ganz gezielt nur an Kliniken erfolgen sollten, die eine bestimmte jährliche Anzahl von Fällen vorzuweisen haben.

Umstrittene Mindestmengen

Solche „Mindestmengen“ haben den Vorteil, dass man sie leicht erheben kann, und sie sind bei einigen operativen Eingriffen vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) auch schon vorgeschrieben. Die Anzahl der Eingriffe ist tatsächlich aber nur ein grobes Maß für Erfahrung und Qualität. Kritiker bemängeln zum Beispiel, dass das Bild verzerrt wird, weil in vielen Fällen die Patienten kleiner und größerer Krankenhäuser im Hinblick auf ihre Risiken verschieden sind. „Die meisten Mindestmengen-Empfehlungen halten deshalb einer kritischen Überprüfung nicht stand“, schrieb kürzlich Regina Klakow-Franck von der Bundesärztekammer in dieser Zeitschrift (siehe auch die „Stellungnahme der Bundesärztekammer“ in diesem Beitrag).

Spätestens mit der jüngsten wissenschaftlichen Veröffentlichung hält Klaus Vetter vom Vivantes Klinikum Neukölln, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, bei den Frühchen

Strukturelle Vorgaben im Krankenhausplan des Berliner Senats

PERINATALZENTRUM

- Abteilung für Pädiatrie mit einer Abteilung für „Neonatologie“
- Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einer Abteilung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“
- Abteilung für Kinderchirurgie
- Vorhandensein einer/s „Neugeborenennotärztin / -arztes“
- uneingeschränkte Weiterbildungsbefugnis in „Spezieller Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ sowie „Neonatologie“
- Mindestfallzahl von 50 Kindern mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm
- Verfügbarkeit von Kompetenzen aus den Bereichen:
 - Kardiologie,
 - Neuropädiatrie,
 - Ophthalmologie,
 - Mikrobiologie,
 - Humangenetik.
- 24-Stunden-Notfall-Labor
- EEG, bildgebende Diagnostik
- Teilnahme an gängigen Qualitätssicherungsverfahren.

PERINATALER SCHWERPUNKT

- Abteilung für Pädiatrie mit einer Abteilung für „Neonatologie“
- Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einer Abteilung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“
- Teilnahme an gängigen Qualitätssicherungsverfahren

GEBURTSKLINIK

- Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

aber die Beweislage für erdrückend: Im New England Journal of Medicine (Band 356, S. 2165-75) präsentieren Ciaran Phipps von der kalifornischen Stanford University und seine Arbeitsgruppe die Auswertung der Daten von knapp 50.000 Entbindungen in den USA, bei denen Frühgeborene mit weniger als 1500 Gramm Geburtsgewicht auf die Welt kamen. Frühchen, die in einer Klinik auf die Welt kamen, in der im Schnitt nur einmal im Monat ein Neugeborenes ihr Schicksal teilte, überlebten im Vergleich zu denen, die dort ein- bis zweimal in der Woche einen Leidensgenossen hatten, nur halb so oft. „Ein zu früh geborenes Kind profitiert ebenso wie ein krankes Neugeborenes davon, dass es am richtigen Ort geboren und versorgt wird, und das ist nachweislich eine Neugeborenen-Intensiveinheit, in der im Jahr wenigstens 40, besser 50 kritische Kinder behandelt werden“, folgert Vetter. Stützen kann er sich dabei auch auf eine Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer

Fachgesellschaften (AWMF), die im Jahr 2005 von sechs einschlägigen Fachgesellschaften verabschiedet wurde.

Erfahrung entscheidend

Die Behandlung eines Frühchens auf der Intensivstation zieht sich meist über mehrere Wochen hin und kann nur im spezialisierten Team erfolgen. Dessen Erfahrung ist entscheidend, aber in Erhebungen schwerer zu erfassen als die Anzahl der Fälle. „Eine Klinik muss nicht gut sein, weil sie groß ist“, sagt denn auch Obladen. Er fügt jedoch gleich hinzu: „Eine kleine Klinik kann es eigentlich nicht gut machen.“ Übung und Erfahrung machen seiner Ansicht nach im geburtshilflichen, im neonatologischen und im pflegerischen Team den Meister. „Da ist die Sectio, die anders ausgeführt werden sollte, die Abnabelung, die später erfolgen muss, um Hirnblutungen zu verhindern, die Frage der Beatmung, auf die man nach Mög-

lichkeit verzichten sollte, was allerdings schwieriger ist als das Beatmen.“ Ein wichtiger Faktor für den Erfolg ist auf jeden Fall, dass die empfindlichen Frühgeborenen nicht als erstes die Tortur eines Transports zur nächsten spezialisierten Intensivstation mitmachen müssen. Das kann man nach Ansicht der Experten durch gute Planung verhindern. „Man kann fast immer vorher wissen, dass eine Frühgeburt droht, es handelt sich hier um geplante Notfälle“, sagt Vetter.

Berlin geht eigene Wege

Dass diese Schwangeren und ihre Ungeborenen in ein spezialisiertes Zentrum überwiesen werden sollten, stellte im Jahr 2005 auch der G-BA klar. In seinem Kriterienkatalog für Perinatalzentren des obersten Levels 1 finden sich Forderungen wie die nach einer speziellen Schulung der Ärzte und des Pflegepersonals, der räumlichen Nähe von Entbindungsbereich und Neugeborenen-Intensivstation und der 24-Stunden-Präsenz von geschultem Personal. Von einer Mindestmenge ist jedoch – zur Enttäuschung der Perinatalmediziner aus den großen Zentren – nicht die Rede.

In Berlin spielt sie jedoch schon heute eine Rolle, denn der Senat hat in seinem Krankenhausplan im letzten Jahr festgelegt, dass in der Hauptstadt die kleinen Frühchen nur in Zentren zur Welt kommen sollen, in denen jährlich mindestens 50 von ihnen behandelt werden. Auf solche Zahlen kommen zwar die Charité und das Krankenhaus Neukölln, doch Krankenhäuser wie das Helios-Klinikum in Berlin-Buch, in dem mit dem Neubau die räumlichen Voraussetzungen gegeben sind, erreichen sie derzeit nicht. Sie werden als „Krankenhaus mit perinatalem Schwerpunkt“ geführt und sollen nach dem Willen des Senats die ganz kleinen Frühchen nicht aufnehmen – obwohl sie die Kriterien des G-BA für Perinatalzentren ganz oder weitgehend erfüllen.

Der Auftrag der verschiedenen Versorgungsstufen laut Krankenhausplan des Senats

PERINATALZENTRUM

Versorgung von (Hoch-) Risikoschwangerschaften:

- Betreuung von Schwangeren mit drohender Frühgeburt < 32 SSW
- Betreuung von Schwangeren mit drohender Frühgeburt und zusätzlichem Risiko (z.B. Fehlbildung des Feten) bis < 35 SSW
- Betreuung von Schwangeren mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit fetaler Gefährdung.

Versorgung lebensbedrohlich erkrankter Neugeborener:

- Geburtsgewicht unter 1.500 g
- Versorgung reifer, lebensbedrohlich erkrankter Neugeborener, z.B. mit
 - kritischen Herzfehlern,
 - angeborenen Stoffwechselkrankheiten,
 - schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen (Wachstumsretardierung < 3. Perzentile bei Präeklampsie, Gestose, HELLP).

PERINATALER SCHWERPUNKT

Versorgung von gesunden Schwangeren

- > 32. SSW
- Versorgung nicht lebensbedrohlich erkrankter Neugeborener
- Geburtsgewicht > 1.500 g

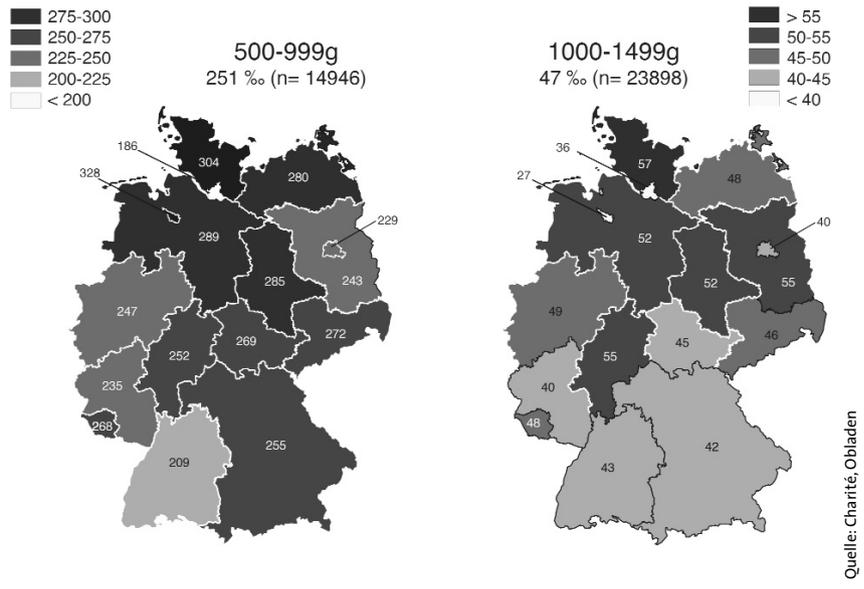
GEBURTSKLINIK

- Versorgung von gesunden Schwangeren > 36 SSW
- Versorgung von gesunden Neugeborenen ohne vorhersehbare Komplikationen

„Wer uns verbieten wollte, diese Frauen und Kinder zu behandeln, würde jedoch an den Bedürfnissen der Menschen in unserem Einzugsgebiet vorbei entscheiden“, meint Michael Untch, Chefarzt der dortigen Frauenklinik, in die vier von zehn Patientinnen aus Brandenburg kommen. Frank Jochum, Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Evangelischen Waldkrankenhaus in Spandau mit Schwerpunkt in Neonatologie und pädiatrischer Intensivmedizin, nennt weitere Probleme: „Wenn alle Kinder unter 1500 Gramm in den zwei Zentren behandelt würden, würde dort möglicherweise durch sehr große Fallzahlen eine Verschlechterung eintreten. Wir würden die Spitzenposition gefährden, die Berlin im Bundesvergleich heute hat.“ Jochum verweist auch darauf, dass die Studie von Phibbs sich auf Daten stützt, die seit 1991

Sterblichkeit sehr untergewichtiger Neugeborener im ersten Lebensjahr, pro 1000 Lebendgeborene.

Quelle: Statistisches Bundesamt



Die Einrichtungen in Berlin:

PERINATALZENTREN IN BERLIN:

Charité (Virchow und Mitte)
 Vivantes Klinikum Neukölln

PERINATALE SCHWERPUNKTE IN BERLIN:

Charité Campus Benjamin Franklin
 DRK Kliniken Westend
 Ev. Waldkrankenhaus Spandau
 Helios Klinikum Buch
 Sana Klinikum Lichtenberg
 St. Joseph Krankenhaus Tempelhof
 Vivantes Klinikum im Friedrichshain

GEBURTSKLINIKEN IN BERLIN:

Maria Heimsuchung Caritas Kliniken Pankow
 DRK Kliniken Berlin Köpenick
 Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
 Krankenhaus Waldfriede
 Martin-Luther-Krankenhaus
 Parksanatorium Dahlem
 St. Gertrauden-Krankenhaus
 Vivantes Auguste Viktoria Klinikum
 Vivantes Klinikum am Urban
 Vivantes Humboldt-Klinikum
 Vivantes Klinikum Hellersdorf

gesammelt wurden. Fortschritte in der Therapie, die seitdem vor allem durch die Einführung der Lungenfrühreifung durch antenatale Steroide erzielt wurden, könnten sich zuerst in den großen Häusern ausgewirkt haben.

Wenn alle Frauen, bei denen in der 23. oder 24. Woche Wehen auftreten, sicherheitshalber in einem der beiden großen Zentren aufgenommen würden – weil es zu einer vorzeitigen Entbindung kommen könnte –, wäre das seiner Ansicht nach auch „strukturell überhaupt nicht zu bewältigen“. Jochum fürchtet zudem, dass in der pädiatrischen Intensivmedizin der kleineren Häuser Know-how verloren gehen könnte. „Außerdem würde der Flaschenhals zu eng, wenn in Berlin die Ausbildung von Neonatologen nur in den zwei Zentren möglich wäre.“ Nicht nur in der Ausbildung von Spezialisten drohen seiner Ansicht nach Engpässe, denn Neonatologie ist auch Bestandteil der Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.

Bestmögliche Behandlungsqualität

Die Großen halten dagegen, das Interesse an der Behandlung der extrem kleinen Frühchen verdanke sich nicht zuletzt dem neuen Abrechnungssystem nach DRGs: Je schwieriger ein Fall aus medizinischer Sicht, desto mehr Geld bringe er den Krankenhäusern ein. Vetter bezweifelt jedoch, dass sie alle den Anforderungen gewachsen sind: „Dem Kenner stehen die Haare zu Berge, weil qualifizierte Kräfte, die den Anforderungen wirklich genügen könnten, derzeit auf dem Markt Mangelware sind.“ Auch Obladen schreckt nicht vor deutlichen Formulierungen zurück: „Ich finde es unmoralisch, die Betreuung dieser Kinder aus finanziellen Erwägungen zu deprofessionalisieren.“

Dabei sind sich die Großen und die etwas Kleineren in ihrer Forderung nach der bestmöglichen Behandlungsqualität einig. „Wir sollten dafür statt der Min-

destmenge aber direkte Indikatoren wie die Anzahl der Hirnblutungen, der bronchopulmonalen Dysplasien und der Frühgeborenen-Retinopathien heranziehen“, sagt Neonatologe Jochum.

„Dadurch ist es möglich, gute kleine Neonatologien zu erhalten und schlechten großen Zentren einen Anreiz zur Verbesserung zu geben.“ In einem neu gegründeten Qualitätszirkel Neonatologie werden dazu Daten ausgewertet und diskutiert. Selbstbewusst sagt Untch: „Die guten Krankenhäuser sollten sich nicht bekämpfen. Wir haben bewiesen, dass wir die ganz kleinen Frühgeborenen gut behandeln können.“ Einen Beleg dafür hat er zusammen mit seinen Kollegen vom Evangelischen Waldkrankenhaus in Spandau, vom St. Joseph-Krankenhaus in Tempelhof, von den DRK-Kliniken Westend, von Vivantes in Friedrichshain und von den Sana-Kliniken Lichtenberg – alles ebenfalls nach dem Willen des Senats „perinatale Schwerpunkte“ – kürzlich bei derselben Zeitschrift zur Veröffentlichung eingereicht, in der jetzt die Arbeiten zu den Mindestmengen publiziert wurden: Eine Auswertung der Berliner Daten, die zeigen soll, dass die 166 sehr leichten Frühchen, die in diesen Krankenhäusern in den Jahren 2003 und 2004 geboren und betreut wurden, sich gleich gut entwickelt haben wie die 577 genauso gefährdeten Winzlinge, die in der Charité oder in Neukölln zur Welt kamen.

Wenn sich heute in Berlin die Geburt eines Frühchens ankündigt, dann gibt es eine ganze Reihe von Häusern, die Mutter und Kind gern bei sich aufnehmen möchten. Auch das ist anders als damals in Bethlehem.

Verfasserin:

Dr. Adelheid Müller-Lissner
Medizinjournalistin

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer war bisher zurückhaltend gegenüber der Festsetzung von Mindestmengen – auch bei der Versorgung von Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW) in Neonatalintensivseinheiten (NICU). Diese Haltung ist von einem Teil der Vertreter der betroffenen Fachgesellschaften kritisiert worden.

Bei Mindestmengen handelt es sich um indirekte klassifikatorische Messgrößen, mit deren Hilfe gute von schlechter Ergebnisqualität unterschieden werden können soll. Dabei werden nicht selten unterschiedliche Fragestellungen in einen Topf geworfen: eine signifikante statistische Assoziation zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität garantiert noch nicht eine ausreichende prädiktive Valenz einer Mindestmenge bei der Unterscheidung von guter und schlechter Ergebnisqualität, und bestätigt insbesondere keinen kausalen Zusammenhang, wie er zur Einführung von Mindestmengen eigentlich nötig wäre.

Bei den vorangegangenen Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), welche zu einer Strukturvereinbarung bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen ab 2006 geführt haben, waren bei der Literaturbewertung zur Frage einer Mindestmenge insbesondere zwei Untersuchungen maßgeblich, welche aufgrund ihrer methodischen Qualität (logistische Regression mit differenzierter Risiko-/Case-mix-Adjustierung und Mehrebenenanalyse) aus den übrigen Studien herausragten: In der einzigen prospektiven Untersuchung (Tucker et al., Lancet 2002; 359:99-107) mit 54 zufällig ausgewähl-

ten Zentren aus Großbritannien, in welcher im Gegensatz zu anderen Studien auch Therapieparameter in die Risikoadjustierung eingingen, fand sich in den drei Fallzahlklassen (< 35; 35 - 57; > 57 VLBW/Jahr) kein Unterschied bezüglich der Mortalität. Diese Studie bezog auch Krankenhausvariablen wie Personalschlüssel in die Analyse ein; bei höherer Auslastung der NICU stieg die Mortalität schrittweise signifikant an. Derartige Aspekte müssen in eine Folgenabschätzung einer Mindestmengen-bedingten Umverteilung von Fällen einbezogen werden.

In einer retrospektiven Untersuchung an 332 Zentren aus den USA und weiteren 22 Ländern (Rogowski et al., JAMA 2004; 291:202-209) fand sich eine signifikante Mengen-Qualitätsbeziehung mit Anstieg der Mortalität bei Fallzahlen unter 50 VLBW/Jahr. Die jährliche Leistungsmenge erklärte jedoch nur 9% der Varianz zwischen den Krankenhäusern bzgl. der Mortalität. Um die prädiktive Valenz der Fallzahl als Surrogat-Qualitätsindikator abschätzen zu können, wurden die Daten in zwei aufeinanderfolgende Zeitperioden gesplittet und die Krankenhäuser in drei Fallzahlklassen (untere 20% vs. mittlere 60% vs. obere 20%) unterteilt. Dabei zeigte sich, dass die Zugehörigkeit zu einer (vorherigen) Fallzahlklasse die (spätere) Mortalitätsrate nicht vorhersagen konnte; mittels des indirekten Surrogat-Parameters Fallzahl konnte nur 1% der Varianz des direkten (und eigentlich maßgeblichen) Ergebnisparameters Mortalität erklärt werden. Dies stellt die Eignung von Mindestmengen als Surrogat-Klassifikationsparameter für Ergebnisqualität bei NICUs in Frage. Schlussfolgerung der Autoren: „Referral of VLBW infants

based on indirect quality indicators such as patient volume may be minimally effective”.

Skeptisches Fazit der Auswertung der Forschungsergebnisse bis einschließlich 2004 zur Frage von Mindestmengen bei NICUs: Evidenz nicht eindeutig, Wirkung unsicher.

Zwischenzeitlich hat der G-BA das IQWiG mit einer Auswertung der in den letzten Jahren neu publizierten Literatur zum Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität in NICUs beauftragt. Die Ergebnisse dieses Evidenzberichts werden bis Mitte 2008 vorliegen und sollen dann als Entscheidungsgrundlage bei der möglichen Festsetzung einer Mindestmenge dienen.

Die Bundesärztekammer hat sich in der – leider häufig monokausal auf Mindestmengen eingegangenen – Diskussion zu Qualitätsverbesserungen in NICUs für eine integrierte Versorgung von VLBW- und anderen intensivpflichtigen Neugeborenen mit einrichtungsübergreifender Kooperation möglichst wohnortnah auch in Flächenländern eingesetzt: Zentren für die Neugeborenen-Intensivversorgung sollten dabei sowohl optimale Strukturen als auch die nötige Erfahrung aufweisen. Essentiell ist eine nach Möglichkeit noch intrauterine Verlegung von Risikoneugeborenen in eine solche Geburtsklinik bzw. NICU. Mögliche DRG-bedingte Vergütungsfehlansätze können nicht durch politische Mindestmengen korrigiert werden.

Dr. med. Hermann Wetzel, M. Sc.
Dezernat IV
Bundesärztekammer

Psychosoziale Unterstützung für die Eltern Frühgeborener

„70 Prozent der Eltern sind auf die Frühgeburt nicht vorbereitet. Wenn sie während der Schwangerschaft an ihr Kind gedacht haben, haben sie sich einen pausbäckigen Säugling vorgestellt, nun sind sie mit einer erschreckenden Abweichung konfrontiert“, sagt die Hamburger Psychologin Susanne Hommel. Nicht nur das Kind, sondern auch die Eltern sind „zu früh geboren“. Hommel betreut sie im Rahmen des „Frühchenprojekts“ des Altonaer Krankenhauses. Ihr Auftrag beginnt oft schon vor der Entbindung, er endet um den zweiten Geburtstag herum. Ihre Stelle wird von der Deutschen Kinderhilfe direkt aus Spendengeldern finanziert, vier weitere Psychologinnen und Sozialpädagoginnen arbeiten, ebenfalls von diesen Mitteln finanziert, in München, in Leipzig und in der Berliner Charité. Das Frühchenprojekt, das von der Charité aus koordiniert wird, wurde vor kurzem im Rahmen der Standortinitiative „Deutschland – Land der Ideen“ als einer von 365 „ausgewählten Orten“ des Jahres 2007 ausgezeichnet.

Was an diesem „ausgewählten Ort“ praktisch geschieht, erzählte im August dieses Jahres bei einer Fachtagung anlässlich der Preisverleihung die Sozialpädagogin und gelernte Kinderkrankenschwester Suzanne Kruschwitz, die das Projekt von der Charité aus leitet. Ihre Arbeit besteht überwiegend aus beratenden Gesprächen. Viele Frühgeborene verbringen mehrere Monate in der Klinik, sie sind an Geräte angeschlossen, durchleben Krisen, werden möglicherweise bleibende Behinderungen davon tragen. Als einfühlsame Begleiter helfen die Mitarbeiter des Frühchenprojekts den Eltern, trotz all dieser Schwierigkeiten eine Bindung zu ihrem Kind herzustellen. Sie kümmern sich zugleich aber auch um den Kontakt zu Einrichtungen wie den sozialpädiatrischen Zentren, in denen die Behandlung nach der Entlassung weitergeht. Und sie

begleiten die Eltern wenn nötig sogar zu Behörden. Um die Eltern von 803 Frühchen konnten sie sich im Rahmen des bundesweiten Projekts im letzten Jahr kümmern – „ein Tropfen auf den heißen Stein“, sagt Kruschwitz. Ein weiteres Angebot in unserer Stadt: Bei Vivantes sind seit einiger Zeit speziell weitergebildete Kinderkrankenschwestern als Case-Managerinnen verfügbar, die den Familien der Frühgeborenen beim Umgang mit Ämtern und Hilfsangeboten, aber auch mit ihrer neuen Rolle helfen.

Kinder, die bei der Geburt wenig wiegen, haben nicht nur überdurchschnittlich häufig mit Beeinträchtigungen der Motorik, der Konzentrationsfähigkeit, des Lernens und der schulischen Leistungen zu kämpfen. Die Kinder dieser Gruppe sind außerdem auch besonders gefährdet, körperlich misshandelt zu werden. Das zeigt eine Studie aus dem Mannheimer Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, für die die Arbeitsgruppe um den Psychologen Manfred Laucht die körperliche und geistige Entwicklung von fast 400 Kindern über 12 Jahre hinweg verfolgt hat. Viele Kinder, die mit wenig Gewicht auf die Welt kommen, haben demnach mit einem „Konglomerat von Risiken“ zu kämpfen. Ihre Mütter sind überdurchschnittlich häufig Raucherinnen, haben Drogenprobleme oder chronische Krankheiten, sind besonders jung oder leben häufig in Armut.

„Frühgeborene machen es den Eltern mit ihren Reaktionen zudem oft nicht leicht“, sagt Psychologin Hommel. Unter ihnen sind besonders viele „Schreibabys“, die sich schwer beruhigen lassen. „Die Eltern von Frühchen brauchen Unterstützung bei der Ausübung ihrer Elternschaft“, folgerte bei der Tagung Gerhard Jorch, Direktor der Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie der Universität Magdeburg.

aml



Foto: Charité

Man sollte es nicht verschweigen: Trotz der großen Erfolge in der Perinatalmedizin gibt es Situationen, in denen es kaum aussichtsreich erscheint, ein ganz kleines Frühchen „durchzubringen“. Wie werden in solchen Fällen denn die Therapieentscheidungen in Deutschland heute getroffen?

Obladen: Dass man im Grenzbereich zwischen Leben und Tod Behandlungsbegrenzungen erwägen muss, ist keine Besonderheit der Neonatologie. Das Besondere ist hier natürlich, dass Geburt und Tod so nah beieinander liegen. Aber die Probleme, die sich stellen, sind vergleichbar mit denen der Erwachsenenmedizin. Ganz entscheidend ist, dass man ein wahrheitsgemäßes, verständliches und ergebnisoffenes Gespräch mit den Eltern führt. Das Bewusstsein dafür ist in den letzten Jahren erheblich gewachsen. Wenn sich die Geburt eines sehr unreifen Kindes nicht weiter aufhalten lässt, sprechen wir vor der Geburt mit den Eltern. Wir schildern ihnen die Chancen des Überlebens und die Risiken, eine Behinderung davon zu tragen, wahrheitsgemäß anhand unserer eigenen Statistik. Dann einigen wir uns auf eine Strategie. Das kann heißen: Alles versuchen. Oder: Gar nichts machen. Aber es kann auch heißen: Intensivmedizin auf Probe. Also künstliche Beatmung, Kreislauftherapie, Antibiotika, Warmhalten. Wenn aber etwas Schlimmes passiert – und bei einem sehr unreifen Frühgeborenen ist das Schlimme, vor dem man sich am meisten fürchtet, die ausgedehnte Gehirnblutung –, dann halten wir uns den Weg offen, die Intensivtherapie zu beenden.

Kann man das denn den Eltern in dieser extrem belastenden Situation vermitteln?

„Neue Gramm-Rekorde sind nicht das Entscheidende“

Interview mit Professor Michael Obladen, dem langjährigen Direktor der Klinik für Neonatologie der Charité am Campus Virchow

Obladen: Mit den allermeisten Eltern kann man sich, wenn nur genug Zeit für das Gespräch ist, auf einen solchen Weg einigen, und einigen muss man sich auch. Die Eltern müssen ja mit der Entscheidung leben, dass nicht alles getan wurde, sie müssen auch damit leben, wenn das Kind eine schwere Behinderung hat. Der Arzt kann nicht allein entscheiden. Er ist in dieser Situation ein Dienstleister, der verpflichtet ist, den Eltern zu erklären, was man machen kann. Er muss das überblicken, und er muss den Eltern die Wahrheit sagen.

Im Jahr 2004 ergab eine Studie, dass in dieser Hinsicht große Uneinheitlichkeit herrscht – in Europa, aber auch innerhalb Deutschlands.

Obladen: Es war tatsächlich erschütternd, wie unterschiedlich sich Ärzte in Umfragen geäußert haben: Während man in Italien und in Deutschland angab, alles zum Überleben der Kinder zu tun, war man in Frankreich und in den Niederlanden viel eher der Meinung, das solle nicht um jeden Preis geschehen. Auch das Ausmaß, in dem die Eltern in die Entscheidung einbezogen wurden, war diesen Umfragen zufolge sehr unterschiedlich. Dass es diese großen Unterschiede auch in der Praxis gibt, konnte ich nie glauben. Inzwischen haben wir aus Skandinavien, aus Freiburg und auch von uns an der Charité Studien, die zeigen, was wirklich gemacht wird. Und siehe da: In 80 Prozent der neonatalen Sterbefälle wird die Behandlung im Konsens mit den Eltern begrenzt. International gibt es die größten Unterschiede sicher bei der aktiven Sterbehilfe, die in den Niederlanden erlaubt und auch üblich ist.

Welche Rolle spielen in dieser Frage für Deutschland die Leitlinien?

Obladen: Ich glaube, dass sie eine eher geringe Rolle spielen. Die deutschen Leitlinien sind mit die rigidesten der Welt,

und gerade im Bereich der Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit enthalten sie auch unglückliche Formulierungen, die die Elternautonomie in Frage stellen. Zumindest die Kliniken, die über ihre Praxis berichten, gehen im Konsens mit den Eltern über die Leitlinie hinaus. Das sind aber sicher Einrichtungen, in denen über dieses Thema in interdisziplinären Teams besonders nachgedacht wird.

Herr Professor Obladen, Sie sind seit 35 Jahren in der Neonatologie tätig und haben viele Fortschritte des Faches miterlebt. Aber auch heute stirbt jedes siebte Kind, das bei der Geburt unter 1500 Gramm wiegt, jedes fünfte wächst mit einer Behinderung auf. Wie wird es weiter gehen, welche Fortschritte werden in den nächsten Jahren und Jahrzehnten kommen?

Obladen: Zu Beginn meiner Assistentenzeit galt es als unethisch, ein Neugeborenes überhaupt zu beatmen, weil niemals eines überlebt hatte. Dann hatte man lange Zeit die Grenze von 1000 Gramm. Augenblicklich hält man sich eher an der Woche fest und sagt, vor der 23. Woche hat es keinen Sinn. Ich glaube auch nicht, dass die Aufgabe der Neonatologie in der Zukunft darin liegt, diese Grenze noch viel weiter nach vorne zu schieben. Es sind nicht besonders viele Kinder, die man so retten könnte, vor allem aber würden viele von ihnen große Probleme haben. Ich denke, wir müssen uns viel mehr darauf fokussieren, bei den Kindern, die überleben, besser zu werden. Hier haben wir noch ein großes Verbesserungspotenzial, wir haben aber in den letzten Jahren auch schon riesenhafte Fortschritte gemacht. Endlich kennen wir die Faktoren, die zu Hirnblutungen führen, wir können dafür sorgen, dass sie deutlich seltener auftreten. Das ist viel wichtiger, als neue Grammrekorde aufzustellen.

(Mit Professor Michael Obladen sprach Dr. Adelheid Müller-Lissner)

In memoriam Reinhard Meitzner



Am 11. April 2007 verstarb der Leitende Medizinaldirektor i. R. Dr. med. Reinhard Meitzner. Er war von 1960-1978 Ärztlicher Direktor und Leiter der

Inneren Abteilung des Krankenhauses der Berliner Justizverwaltung.

Als Sohn des Kaufmanns Paul Meitzner und seiner Ehefrau Johanna, wurde er am 12. Oktober 1920 in Berlin-Lichtenberg geboren. Er legte im März 1939 auf der Kant-Oberschule in Karlshorst das Abitur ab. Nach einigen Pflichtmonaten im Arbeitsdienst nahm Meitzner zum Wintersemester 1939/40 das Medizinstudium in Halle auf. 1941 wurde er zur Wehrmacht eingezogen und an der Ostfront eingesetzt. Er kam

bald in eine Studentenkompagnie und konnte, immer wieder durch Fronteinsätze unterbrochen, das Studium zunächst in Frankfurt/Main und dann in Berlin fortsetzen. Am 4. April 1947 bestand er hier das Staatsexamen und wurde mit einer Dissertation „Kritisch-kasuistischer Beitrag zur Kokain-Therapie des Ulcusleidens“ 1950 promoviert.

Von 1947-1956 war Reinhard Meitzner Assistent und Oberarzt am Städtischen Krankenhaus im Friedrichshain, zunächst unter Paul Rößing und dann unter Joachim Brugsch. Zuletzt leitete er die medizinische Poliklinik. Im Rahmen eines so genannten „Kopftausches“ gelangte er nach Westberlin, wo er auf der Tuberkulosenstation des Ev. Waldkrankenhauses arbeitete.

1960 wurde er Chefarzt der Inneren Abteilung des Krankenhauses der Berliner Vollzugsanstalten. Bald hatte

er nicht nur diese Abteilung sondern die gesamte stationäre medizinische Versorgung dieses Sonderkrankenhauses reorganisiert und war Ärztlicher Direktor. Später übernahm er auch die Leitung des medizinischen Dienstes beim Justizsenator. Sein ärztliches Wirken fällt in die Zeit der Hungerstreiks der in Berlin einsitzenden Terroristen, wobei er sich trotz vieler Widerstände, aufgrund seiner ärztlichen Perspektive, gegen die Zwangsbehandlung einsetzte. Meitzner stellte die ärztliche Ethik gegen politisch-bürokratische Vorstellungen, was ihm viel Ärger mit seinen Vorgesetzten einbrachte. Die dramatischen Auseinandersetzungen zerrütteten seine Gesundheit, so dass er aus gesundheitlichen Gründen 1978 in den Ruhestand versetzt werden musste.

Als Chefarzt war ihm ärztliche Privatpraxis erlaubt, die der begnadete Diagnostiker bis 1985 in seiner Wohnung in Westend fortführte.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

Zum Tode von Heinz Stücklen



Am 15. September 2007 verstarb Dr. med. Heinz Stücklen, Bezirksbürgermeister von Neukölln 1971-1981 und Städtältester von Berlin.

Als Sohn von Georg Stücklen, nach dem 2. Weltkrieg Bezirksstadtrat in Steglitz und seiner Ehefrau Marie geb. Pfaff, wurde er am 23. Dezember 1921 in Berlin geboren. Nach dem Besuch einer Oberschule für Jungen in Lichterfelde musste er zum Reichsarbeitsdienst und zur Wehrmacht. Unterbrochen von Fronteinsätzen konnte er während des Krieges Medizin studieren und sein Studium

zunächst an der Berliner und später an der Freien Universität fortsetzen, an der er 1951 das Staatsexamen ablegte. Von 1951-1959 war er Assistent am Krankenhaus Westend, wo er sich zum Facharzt für Urologie fortbildete. 1954 wurde er von der FUB aufgrund einer Dissertation „Über die Diagnose und Behandlungen von Blasentumoren“ promoviert.

In den Jahren 1948 bis 1959 war er für die SPD Stadtverordneter in Steglitz. 1959 wurde er zum Bezirksstadtrat in Neukölln gewählt und war für das Ressort Gesundheitswesen zuständig, außerdem wurde er 1965 stellvertretender Bezirksbürgermeister. Im Bund gewerkschaftlicher Ärzte engagierte er sich 1961-1966 und war von 1964-1970 Vorsitzender des Kreisverbandes Neukölln des DRK. Von 1971-1981 war er

dort Bezirksbürgermeister mit dem Ressort Personal und Verwaltung.

Nicht nur die Krankenhausneubauten am Mariendorfer Weg, sondern auch die Entstehung der Gropiusstadt und die Bundesgartenschau fallen in seine Amtszeit. Er begründete eine Partnerschaft zum US-Hospital in Lichterfelde und zur Stadt Bar-Yam in Israel.

1981-1987 wurde er Ärztlicher Leiter des AWO-Lore-Lipschitz-Krankenheimes in Neukölln und 1982-1992 Vizepräsident des Landesverbandes Berlin des Deutschen Roten Kreuzes.

Stücklen, aus einer Politikerfamilie stammend, ist als Arzt zu einem Kommunalpolitiker geworden, dem das Wohl der Menschen und des Gesundheitswesens am Herzen lag. Mit seinem verbindlichen Wesen konnte er viele Netzwerke knüpfen.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

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 Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
<ul style="list-style-type: none"> ■ Modul I: 30.11./01.12.2007 Modul II: 25./26.01.2008 Modul IV: 22./23.02.2008 Modul III: 04./05.04.2008 freitags jeweils 15 – 20 Uhr, samstags jeweils 9 – 13 Uhr	„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ in 4 Modulen, basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer	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
<ul style="list-style-type: none"> ■ Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags NEU/ BITTE BEACHTEN: Beginn um 19:00 Uhr 	Fachspezifische Fortbildungsreihe Innere Medizin; Schwerpunktthema im Wintersemester 2007/2008: Geriatrie 06.12.2007: Mangelernährung 13.12.2007: Inkontinenz 10.01.2008: Sarkopenie und Osteoporose 17.01.2008: Stürze im Alter 24.01.2008: Schmerzsyndrom	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
<ul style="list-style-type: none"> ■ Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe jeweils 14-tägig dienstags BITTE BEACHTEN: Beginn um 19:00 Uhr 	Interdisziplinäre Fortbildungsreihe der Ärztekammer Berlin 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
<ul style="list-style-type: none"> ■ 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
<ul style="list-style-type: none"> ■ 08.12.2007 09:00 – 18:15 Uhr 	Impfungen in der Praxis	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: a.langholz@aekb.de Gebühr: 100 € Anmeldung erforderlich!	10 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 13.12.2007 17.01.2008 24.01.2008 jeweils 19:00 – 21:15 Uhr	Weiterbildungskurs „Kinderheilkunde“ zum Facharzt für Allgemeinmedizin Bestandteil der 5-jährigen Weiterbildung Allgemeinmedizin (Ersatz für ein halbes Jahr Kinderheilkunde), Berufsbegleitender 3-Monatskurs, bestehend aus: <ol style="list-style-type: none"> 1. 9 Stunden theoretischer Kurs 2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis 3. 60 Stunden Hospitation in einer Erste-Hilfe-Stelle der KV 	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de Gesamtgebühr: 550 € Anmeldung erforderlich!	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Kursteil C1: 07.01 – 16.01.2008 Kursteil C2: 16.01. – 25.01.2008 	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühren: Kursteile C1, C2 separat: je 440 €, Kursteile C1 und C2 jeweils gemeinsam: 880 €	60 P je Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> ■ 16.02.2008 15:00 – 18:30 Uhr 	Harninkontinenz – Workshop für Ärzte und Apotheker (s. auch Textkasten auf Seite 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Gebühr: 50 € Anmeldung erforderlich!	5 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 € Anmeldung erforderlich!	21 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 € Anmeldung erforderlich!	20 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 29.2.2008 	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 € Anmeldung erforderlich!	5 P

<p>■ 03. - 07.03.2008</p>	<p>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Tele- und Brachytherapie sowie bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen (Therapiekurs)</p>	<p>Ärztchamber Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 1.100 € Anmeldung erforderlich!</p>	<p>51 P</p>
<p>■ 10. - 15.03.2008 14. - 19.04.2008 09. - 14.06.2008</p>	<p>Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (s. auch Textkasten auf Seite 23)</p>	<p>Ärztchamber Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1400, 40806-1207 E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de</p>	<p>50 P pro Modul</p>

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

Harninkontinenz – Workshop für Ärzte und Apotheker

In der Bundesrepublik leiden etwa fünf Millionen Männer und Frauen an einer behandlungsbedürftigen Inkontinenz. 11 Prozent der über 60-Jährigen und 30 Prozent der über 80-Jährigen sind von einer behandlungsbedürftigen Harninkontinenz betroffen. Auch wenn Inkontinenz nicht immer heilbar ist, so gibt es eine Reihe therapeutischer Möglichkeiten, die Lebensqualität der Betroffenen entscheidend zu verbessern. Das konservative Therapiespektrum reicht vom Beckenbodentraining über Elektrostimulation und Biofeedback-Verfahren bis zur pharmakologischen Behandlung. Darüber hinaus ist Vertrauen ein Schlüsselwort bei der Beratung, Betreuung und Versorgung. Die Patienten müssen der Versorgung trauen können. Die aufsaugenden und ableitenden Systeme müssen nach Geschlecht und Stärke der Inkontinenz gewählt werden, sicher sitzen und die Saugstärke von Anfang an passen.

Folgende Schwerpunkte werden für den Workshop gesetzt:

- Ätiologie, Einteilung und Therapie der Harninkontinenz aus somatischer Sicht
- Operative Therapie – Bandeinlagen, Kolposuspension, Neosphinkter
- Physiotherapie – Beckenbodentraining und Rüttelplatte
- Medikamentöse Therapie – Anticholinergika, Hormone, Botox, Phytotherapeutika und Alternativpräparate
- Praktische Vorstellung saugender Systeme
- Demonstration verschiedener Medizinprodukte
- Kostenerstattung

Die Themen werden mit ärztlichen Kollegen und Apothekern aus der öffentlichen Apotheke und dem Krankenhaus gemeinsam erarbeitet und Ansätze der Zusammenarbeit diskutiert. Für Ärzte und Apotheker stehen je 15 Seminarplätze zur Verfügung. Zu den Anmeldeformalitäten beachten Sie bitte die Angaben im Textkasten.

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin
Harninkontinenz – Workshop für Ärzte und Apotheker

Referenten	Rugard Hovermann Romberg-Apotheke, Recklinghausen Dr. med. Annett Gauruder-Burmester St. Hedwig Kliniken Urogynäkologie, Berlin
Moderation	Dr. Christian Heyde, Apotheker, Kommission Arzt/Apotheker der Apothekerkammer Berlin
Termin	Samstag, 16.02.2008, 15.00 bis 18.30 Uhr
Ort	Ärztchamber Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Anmeldung erforderlich	Ärztchamber Berlin, Tel. 40 80 6-1207, E-Mail: fobi-zert@aekb.de
Gebühr	50,00 EUR

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Teilnahme an dem Workshop ist mit 5 Punkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

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

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Jahr 2008 als Kompaktkurs innerhalb von vier Monaten veranstaltet. Dabei werden alle drei Stufen des Curriculums im Rahmen dieser vier Monate absolviert. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Fachärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben. Für eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre und die effektive Beteiligung jedes Einzelnen ist die Teilnehmerzahl (Ärzte und anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen) begrenzt. Das methodisch-didaktische Konzept des Kurses sieht eine Ausrichtung der theoretischen Inhalte auf die praktischen Tätigkeiten und Erfahrungen der Teilnehmer vor. Im Kurs werden wesentliche Kenntnisse über die Instrumente des Qualitätsmanagements, die Steuerungselemente in Gesundheitssystemen sowie über ökonomische Modelle und Theorien und deren wirksame Anwendung vermittelt. Die Teilnehmer werden in die Lage versetzt, die strategische Bedeutung des Faktors Qualität in Gesundheitssystemen einzuschätzen und mit den im Kurs vorgestellten Instrumenten der Qualitätsplanung, Qualitätsregelung, Qualitätsmessung, Qualitätsverbesserung und Qualitätspolitik Projekte im Rahmen der Qualitätssicherung methodisch zu bearbeiten. In den drei Präsenzphasen findet der Kurs jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr statt.

Termine und Inhalte:

10.03.2008 bis 15.03.2008 – Inhalte z.B.: Einführung in das Qualitätsmanagement; Gesetzliche Regelungen; Qualitätsmanagement-Instrumente/Zertifizierung; Budgetierung/ Controlling; Qualitätsberichte; Projekt-/Veränderungsmanagement

14.04.2008 bis 19.04.2008 – Inhalte z.B.: Training zum TQM-Assessor nach EFQM (European Foundation for Quality Management); Gesundheitsökonomie; Externe Qualitätssicherung; Moderations-/ Präsentations-techniken; EbM, Leitlinien/ Behandlungspfade; Gesundheitsökonomie

09.06.2008 bis 14.06.2008 – Inhalte z.B.: Patientensicherheit; Fehlermanagement; Vorstellung erfolgreicher Praxisprojekte, Qualität aus Patientensicht, berufsübergreifende Versorgung

Weitere Informationen erhalten Interessenten: telefonisch unter Tel.: 40 806-1207 (Organisatorisches) und Tel.: 40 806-1400 (Inhaltliches) od.per E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de

ANZEIGE

Kammer führt eigenständigen Facharzt für Allgemeinmedizin wieder ein

Bericht von der Delegiertenversammlung am 14. November 2007

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat mit großer Mehrheit den Facharzt für Allgemeinmedizin als eigenständiges Gebiet mit neuen Inhalten wieder eingeführt. Nachdem bereits auf der vorherigen Delegiertenversammlung am 19. September der Internist ohne Schwerpunkt beschlossen worden war, verständigten sich die Delegierten nach einer längeren Diskussion jetzt mehrheitlich mit dem 6. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung auf die Wiedereinführung des Facharztes für Allgemeinmedizin. Die vollständige Trennung des gemeinsamen Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ist damit vollzogen. Die Berliner Kammer ist bundesweit die erste, die diesen Schritt geht. Daneben verabschiedeten die Delegierten den Wirtschaftsplan 2008 und bestätigten den sehr positiven Jahresabschluss 2006. Der solide Kurs der Finanzierung wird damit fortgesetzt. Außerdem soll die Kammer familienfreundlicher werden. Haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter sollen künftig die Kosten für Kinderbetreuung anlässlich von Gremiensitzungen erstattet bekommen. Einen entsprechenden Antrag stellte der Marburger Bund. Die Kammer-Geschäftsführung erarbeitet jetzt einen Verfahrensvorschlag.

Von Sascha Rudat

Die „Zwangsehe“ von Allgemeinmedizinern und Internisten ist in Berlin beendet. Mit dem 6. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung ist die Scheidung vollzogen – vorausgesetzt die Senatsverwaltung stimmt dem Nachtrag zu: Die Allgemeinmediziner bekommen wieder ein eigenständiges Gebiet mit neuen Inhalten. Nachdem mit dem 5. Nachtrag der Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt wieder eingeführt worden war (als Reaktion auf den Beschluss des diesjährigen Ärztetages in Münster), hatten die Hausärzte bereits auf der DV am 19. September ihrem Wunsch nach Eigenständigkeit Ausdruck verliehen. Eine einberufene Arbeitsgruppe schlug den jetzt verabschiedeten 6. Nachtrag vor, der anschließend vom Kammervorstand verabschiedet wurde.

Allgemeinmedizin breiter aufgestellt

Beendet wird damit auch die gemeinsame Basis-Weiterbildung, die bisher für

den Facharzt für Allgemeinmedizin, den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt sowie die Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt galt. Zudem wird dem Wunsch der Allgemeinärzte Rechnung getragen, mehr ambulant ableistbare Abschnitte aufzunehmen. Durch die breite Differenzierung der Inhalte wird die Weiterbildung für Allgemeinmediziner künftig professioneller aufgestellt und passt sich den höheren Anforderungen in der Praxis an.

Der Entscheidung war eine heftige Diskussion unter den Delegierten vorausgegangen. Nachdem Vorstandsmitglied Vittoria Braun (Hausärzte) eindringlich für die Vorlage geworben hatte (lesen Sie dazu auch ihr Editorial auf Seite 3), gab es von verschiedenen Seiten Kritik. Kinderarzt Wolfram Singendonk (Fraktion Gesundheit) beklagte, dass der Vorschlag nicht im zuständigen Weiterbildungsausschuss besprochen worden sei und fügte hinzu: „Sie definieren hier einen Alleinvertretungsanspruch für die



hausärztliche Versorgung und wollen politisch etwas installieren, das alle anderen Ärzte von der hausärztlichen Versorgung ausschließt.“ Dem widersprach Braun: „Wir wollen niemanden ausschließen. Es geht darum, die Weiterbildung zu strukturieren.“ Unterstützung kam von Angelika Prehn (Hausärzte) „Es war doch schon immer so, dass die Allgemeinmedizin die breite Fläche ist. Wir wollen niemandem etwas wegnehmen. Die Definition des Allgemeinmediziners entspricht internationalem Standard“, sagte sie. Ähnlich äußerte sich Hans-Peter Hoffert (Hausärzte): „Der Allgemeinmediziner ist kein Gebietsarzt. Allgemeinmedizin steht auch nicht in Konkurrenz zu anderen Gebieten.“

Kritik kam aber auch aus den eigenen Reihen. Wolfgang Kreischer (Hausärzte) monierte „handwerkliche Fehler“ des Entwurfs, unterstützte aber den Wunsch nach Eigenständigkeit. Braun erwiderte, dass dies Kleinigkeiten seien, die sich beheben ließen. „Es geht doch jetzt um die Frage, ob wir nur eine Subgruppe der Internisten sind.“

Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) plädierte dafür, „innerärztliche Honorarverteilungskämpfe aus der Diskussion herauslassen. Die ganze Frage der Honorarverteilung macht der Gesetzgeber“. Aufgabe der Kammer sei es, die Definition der Inhalte festzulegen. Und solange „Innere Medizin“ und „All-



Foto: Rudat

gemeinmedizin“ unterschiedliche Fächer seien, müsse sich das auch in der Weiterbildungsordnung widerspiegeln, betonte Jonitz. „Es war ein Fehler, die beiden Fächer Innere und Allgemeinmedizin zusammenzuführen. Einige Landesärztekammern haben diesen Beschluss des Ärztetages in Rostock nicht umgesetzt und damit ein einheitliches Vorgehen verhindert. Die Ärztekammer Berlin ist die erste, die die Weiterbildungsordnung wieder vom Kopf auf die Füße stellt und die Glaubwürdigkeit der Kammern wiederherstellt.“ Vorstandsmitglied Werner Wyrwich (Marburger Bund) fügte hinzu: „Wir sind an einem Punkt angelangt, wo die ärztliche Versorgung in Deutschland gefährdet ist. Wir brauchen deshalb breit weitergebildete Kollegen. Wir sollten also nicht Partikularinteressen, sondern das Wohl der Patienten im Blick haben.“

Von Seiten der Fraktion Gesundheit wurde die Frage aufgeworfen, ob sich die Berliner Kammer mit diesem bisher in Deutschland einzigartigen Modell nicht „in eine Sackgasse“ manövriere. „Es geht nicht, dass wir in Berlin eine einsame Lösung machen“, warnte Volker Pickerodt und äußerte auch europarechtliche Bedenken. Jonitz unterstrich: „Wenn man in Berlin den Facharzt für

Allgemeinmedizin macht, wird dieser in ganz Deutschland und Europa anerkannt.“ Man könne davon ausgehen, dass mit dieser Änderung die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin verbessert werde. „Eine Arbeitsgruppe auf Landesebene verhandelt momentan über eine bessere Organisation der Weiterbildung. Ein Expertentreffen im Bundesgesundheitsministerium mit Beteiligung von Frau Professor Braun und Vertretern der Betroffenenengruppe WABe findet am 20. November statt.“ Harald Mau (Liste Allianz) forderte die Delegierten auf, ihren Gestaltungsspielraum wahrzunehmen. Statt in eine Sackgasse zu fahren, könne man so eine Spitzenposition übernehmen.

Ein verbaler Vorstoß gegen einige jüngere DV-Mitglieder, die für die Einführung des Gebietes Allgemeinmedizin stimmen wollten, führte zu heftigem Protest. Dennoch wurde der 6. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung schließlich mit 26 zu 10 Gegenstimmen der Fraktion Gesundheit angenommen.

Positives Ergebnis 2006

Schatzmeister Rudolf Fitzner (Liste Allianz) stellte den Delegierten die gesunde Finanz- und Wirtschaftslage der

Kammer vor. Er konnte die erfreuliche Mitteilung machen, dass die Ärztekammer im Jahr 2006 statt einer erwarteten Unterdeckung von rund 787.000 Euro ein positives Ergebnis in Höhe von rund 1,1 Millionen Euro verzeichnen konnte. „Dieses Überschussergebnis ist Resultat gemeinsamer Anstrengungen von Verwaltung, Kammermitgliedern und

Ehrenamtlern anlässlich des Ende 2005 befürchteten Einbruchs des Beitragsaufkommens“, erklärte Fitzner. Beitragsmehreinnahmen von rund 677.000 Euro, Gebührenmehreinnahmen für die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen in Höhe von circa 285.000 Euro, Gebühreneinnahmen für Ärztliche Weiterbildung von etwa 232.000 Euro sowie eine pauschale Reduktion von Aufwendungen der Verwaltung von circa 400.000 Euro hätten wesentlich dazu beigetragen. „Allen Beteiligten ist dafür ausdrücklich zu danken“, betonte der Schatzmeister. Kurz- und mittelfristig ergäben sich allerdings besondere Finanzbelastungen aus dem Ressort Weiterbildung durch die Umsetzung der neuen WbO und die konsequente Erneuerung von Hard- und Software im IT-Bereich. Als Finanzrisiken nannte Fitzner die Einführung des elektronischen Arztausweises (geschätzte Kosten von 100 bis 140 Euro pro Arzt) sowie eine – derzeit wenig wahrscheinliche – Steuernachzahlung für die Verrechnung von Werbeeinnahmen durch den Verlag von BERLINER ÄRZTE in Höhe von rund 550.000 Euro.

Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO erklärte, dass es keinerlei Beanstandungen am Jahresabschluss 2006 gebe und der uneingeschränkte Prüfungsvermerk erteilt werden konnte. Dem folgten die Delegierten. Sie nahmen den Jahresabschluss zur Kenntnis und erteilten dem Vorstand ohne Gegenstimmen Entlastung.

ANZEIGE



Solide Finanzierung

Wie der Kaufmännische Leiter der Kammer, Frank Rosenkranz, weiter erläuterte, könne die geplante Unterdeckung des Wirtschaftsplanes 2007 von rund 346.000 Euro voraussichtlich deutlich unterschritten werden, ein positives Ergebnis sei wahrscheinlich. Grund seien höhere Beitragseinnahmen, Gebühren für die ärztliche Weiterbildung, höhere Zinseinnahmen sowie geringere Aufwendungen in verschiedenen Bereichen. Für das Jahr 2008 werden Erträge in Höhe von 9,669 Millionen Euro erwartet, die Aufwendungen werden sich voraussichtlich auf 9,867 Millionen Euro belaufen. Das ergibt eine geplante Unterdeckung von rund 198.000 Euro. Die um etwa 497.000 Euro höheren Einnahmen decken laut Rosenkranz die Sondereinflüsse wie die IT-Anpassung nicht. Vorgeesehen ist im Wirtschaftsplan 2008 außerdem eine Sondertilgung für das Restdarlehen des Kammergebäudes in der Friedrichstraße in Höhe von 500.000 Euro. Nach Aussagen von Rosenkranz sei diese Tilgung kaufmännisch sinnvoll, da der Zinssicherungsvertrag 2009 auslaufe.

Wunsch nach genaueren Plänen

Dieser Punkt wurde in der anschließenden Aussprache unter den Delegierten kontrovers diskutiert. Nach Ansicht von Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) wird die gegenwärtige Ärztegeneration zu stark für die Finanzierung des Kammergebäudes herangezogen. Dem widersprach Kammerpräsident Jonitz und wies darauf hin, dass bei den künftigen Arztgenerationen nicht von großen Einkommenssprüngen auszugehen sei und die Zahl der Ärzte zurückgehe.

Umfassend diskutiert wurde auch die Frage, weshalb Plan und Ist des Haushaltes in den vergangenen Jahren immer auseinander lagen und Einnahmen schließlich höher ausfielen als erwartet. Dies sei auch Thema der Haushaltskommission gewesen, berichtete deren stellvertretender Vorsitzender Peter Bobbert (Marburger Bund) in Vertretung für den Vorsitzenden Reinhold Grün. Auch wenn sich die Haushaltskommission einstimmig

für den vorliegenden Wirtschaftsplan ausgesprochen habe, mögen Vorkerungen getroffen werden, die eine exaktere Planung ermöglichen, sagte Bobbert. Volker Pickerodt wandte ein, dass die Beiträge der Ärzte nicht dazu da seien, um das Vermögen der Kammer zu erhöhen, sondern um die laufenden Kosten zu decken. Er wiederholte seine Forderung aus der Haushaltskommission mit den zu erwartenden Mehreinnahmen in diesem Jahr die Kammerbeiträge zu senken. Dies stieß auf Kritik von Detlef Ruland (Liste Allianz): „Ich finde es unsolid, jetzt Gelder zurückzuführen, wenn nicht ausgeschlossen ist, dass Nachzahlungen auf uns zukommen.“ Schatzmeister Fitzner fügte hinzu: „Unsere Pflicht ist es, eine ausgewogene Bilanz vorzulegen.“

Dem folgten die Delegierten mehrheitlich und lehnten eine Beitragssenkung ab. Die Beitragstabelle 2007 wird damit unverändert übernommen. Der Wirtschaftsplan 2008 wurde schließlich mit 26 Ja-Stimmen bei 7 Nein-Stimmen und 5 Enthaltungen angenommen.

Kammer soll familienfreundlicher werden

Um die Teilnahme von Kinder erziehenden Mitgliedern in den Kammergremien zu erleichtern, sollen künftig die Kosten für Kinderbetreuung anlässlich von Gremiensitzungen erstattet werden. Diesen Antrag brachte der Marburger Bund ein. „Die Aktivitäten der Kammer für familienfreundliche Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis sollen durch aktive Maßnahmen zur Förderung der Tätigkeit in der ärztlichen Selbstverwaltung konkretisiert werden“, heißt es in dem Antrag. Dieser Vorschlag, der für Ehrenamtler und Kammermitarbeiter gelten soll, stieß auf wenig Gegenliebe bei der Fraktion Gesundheit. Deren Sprecher Andreas Grüneisen kritisierte den Antrag als unkonkret. Jonitz erklärte, dass ein von der Geschäftsführung zu erarbeitender Verfahrensvorschlag ohnehin der DV nochmals zur Abstimmung vorgelegt werde. Die Delegierten nahmen den Antrag mit Gegenstimmen der Fraktion Gesundheit schließlich an. *srd*

2008: Mehr Punkte. 2009: Mehr Geld?

Was bringt die Honorarreform den niedergelassenen Ärzten?

Im Januar kommt der neue EBM 2008. Fest steht: Ärztliche Leistungen werden im Durchschnitt um zehn Prozent höher bewertet. Doch niedergelassene Ärzte und Verbände sind skeptisch, ob der neue Bewertungsmaßstab auch finanziell halten wird, was mit ihm versprochen worden ist.

Von Angela Mißbeck

Euro statt Punkte und die Berücksichtigung der Morbidität – mit diesen Versprechen ist die aktuelle Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) gestartet. Die Bundesregierung drückte aufs Tempo und hatte Erfolg: Fristgerecht haben Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Krankenkassenverbände nach kontroversen Verhandlungen Ende Oktober den neuen Bewertungsmaßstab beschlossen. Im Januar tritt er in Kraft.

Durchschnittlich zehn Prozent mehr Punkte erhalten Haus- und Fachärzte dann für ihre Leistungen. Die hausärztlichen Leistungen werden gar um 21 Prozent aufgewertet. So hätten sich die Hausärzte mit ihrer Forderung nach einer Betreuungspauschale von 75 Euro pro Quartal durchgesetzt, wenn man den Punktwert von 5,11 Cent ansetzt. Doch für 2008 hat KBV-Chef Dr. Andreas Köhler den Vertragsärzten ein „Tal der

Tränen“ angekündigt. Die bisherige Budgetierung und die regionalen Honorarverteilungsverträge gelten vorerst weiter. Solange greifen die höheren Punktzahlen nur im unbudgetierten Bereich, also zum Beispiel bei Impfungen. Innerhalb der Budgets wird dagegen ein Punktwertverfall erwartet.

Die Hoffnung der niedergelassenen Ärzte auf bessere Bezahlung richtet sich weiter ins Jahr 2009. Dann soll ein einheitlicher Orientierungspunktwert den Praxen mehr Planungssicherheit bieten. Dass dieser Punktwert die kalkulierten 5,11 Cent erreicht, gilt als äußerst unwahrscheinlich. Die KBV legt den derzeitigen durchschnittlichen Auszahlungspunktwert von 3,72 Cent zugrunde und rechnet auf dieser Basis mit mindestens 2,4 Milliarden Euro zusätzlich im Jahr 2009. „Wir gehen davon aus, dass der Orientierungspunktwert weit höher liegt“, sagte Köhler bei der Präsentation der EBM-Be-

schlüsse. Auch der an den Verhandlungen beteiligte Berliner KV-Vize Dr. Uwe Kraffel zeigt sich hoffnungsvoll und erwartet „mehrere Milliarden Euro“ mehr.

Skeptisch bis pessimistisch fallen dagegen die Reaktionen der Ärzte an der Basis aus. Keiner der von BERLINER ÄRZTE befragten Kammerdelegierten glaubt derzeit daran, dass dem neuen EBM tatsächlich neues Geld folgt. Auch der Berliner Kammervize Dr. Elmar Wille will den Versprechen erst glauben, wenn seine KV-Quartalsabrechnung einen höheren Betrag ausweist. Ähnlich haben bundesweite Ärztenverbände reagiert. Der Hausärztenverband verweist darauf, dass EBM-Reformen immer nur Umverteilung aber noch nie mehr Geld gebracht hätten. Aus Sicht des Hartmannbunds muss die KBV erst beweisen, dass die Ärzte wirklich mehr Honorar erhalten, und auch der Internistenverband BDI sieht den EBM noch vor einer Bewährungsprobe. Große Probleme fürchteten zuletzt die hausärztlichen Diabetologen und Rheumatologen, weil sie auf Überweisung eines Hausarztes für die Behandlung der chronisch kranken Patienten nur die halbe Betreuungspauschale abrechnen dürfen. Krankenkassen und KBV haben dazu Mitte November erneut Verhandlungen aufgenommen.

Eines steht indes fest: Die Abrechnung wird anders. Glaubt man der KBV, so wird sie einfacher. Zumindest für die Hausärzte scheint das nicht von der Hand zu weisen: Sie rechnen künftig für die Behandlung eines Patienten eine

ANZEIGE

Das sagen Delegierte der Berliner Ärztekammer über den



Dr. Elmar Wille, niedergelassener Augenarzt und Vizepräsident der Berliner Ärztekammer:
„Punkte betrügen Ärzte weiter um Honorar.“

Ich habe es mir durch leidvolle lange Jahre Berufspolitik abgewöhnt, noch etwas von der großen Politik zu erwarten. Anfangs wurden phantastische Zahlen genannt: Je acht Milliarden Euro mehr für Haus- und Fachärzte. Dann sagte unser KBV-Köhler, er wäre mit drei Milliarden zufrieden. Jetzt gibt es im nächsten Jahr 2008 gesichert gar nichts und 2009 möglicherweise einige Euro mehr. Na so was? Sagen Sie das doch mal den streikenden Lokführern: 2008 gibt es nichts, dafür erproben wir ein neues Arbeitszeitmodell, und 2009 wird für Lokführer und sonstiges fahrendes Bahnpersonal ein neuer Tarif eingeführt mit der Möglichkeit eines höheren Stundenlohns, mit einem Orientierungswert, bundesweit, aber bitte schön, regional und nach Schuhgröße oder Augenfarbe differenziert ... Nein, ernsthaft: Solange auf meinem KV-Konto-Auszug nicht mehr Honorar für die erbrachte Leistung ausgewiesen wird, glaube ich gar nichts. Solange eine Gebührenordnung in der Lügenwährung „Punkte“ erscheint, darf die Ärzteschaft sicher sein, dass sie um einen erheblichen Teil ihres Honorars betrogen wird! Wenn sich irgendetwas durch diesen EBM zum Positiven verändert, dann kann das die Bürokratie sein. Soweit ich sehe, wird die so genannte Berichtspflicht von Fachärzten an den Hausarzt etwas vermindert. Das wäre ein ganz kleiner Einstieg in den Bürokratieabbau.



Dr. Wolfgang Kreisler, Allgemeinarzt:
„Wir tauschen Muschelwährung gegen Kieselsteine.“

Der neue EBM ist aus meiner Sicht alter Wein in neuen Schläuchen. Bei jeder EBM-Reform gab es die Versprechung, dass mehr Geld kommt. Das Problem ist jedoch, dass wir in immer kürzeren Abständen neue Bewertungsmaßstäbe bekommen – jetzt kommt für mich der fünfte –, und keiner hat bislang finanzielle Verbesserungen gebracht. Dabei werden die Durchhalteparolen immer schlimmer. Diesmal wird gleich gesagt, dass es mehr Geld früherstens in einem Jahr geben kann. Vermeintliche Erfolge werden dafür unglaublich aufgebauscht. Als großer Erfolg wird jetzt die Steigerung der Punktzahlen verkauft. Dabei tauschen wir im Prinzip nur die Muschelwährung gegen Kieselsteine. Erstaunlich ist auch, wie sehr betont wird, dass der neue EBM auf solider Finanzbasis kalkuliert sei. Das legt die Vermutung nahe, dass der EBM 2000plus das entgegen den Besteuerungen Richter-Reichhelms doch nicht war. Immerhin: Die Hausärzte erhalten die geforderte hohe Pauschale. Jetzt ist die Frage wie die einzelnen Praxen darauf reagieren. Ich vermute, dass viele wieder ins Hamsterrad treten werden, damit die Ausgangslage für die Mengenkalkulation ab 2009 möglichst gut ist.



Helmut Mälzer, niedergelassener Orthopäde:
„Ich werde gebraucht, und das ist auch gut so.“

Für 2008 erwarte ich keine wesentlichen Änderungen und vor allem nicht mehr Geld vom neuen EBM. Wozu also das Ganze? Die Konsultations- und Gesprächsgebühr brauche ich nicht mehr einzeln aufschreiben, was jeweils fünf Ziffern spart. Das Tagesprofil wird in der Plausi kaum noch zu prüfen sein, doch Vorsicht beim Quartalsprofil! Im übrigen freuen wir uns auf 2009 und haben die Hoffnung – die stirbt ja bekanntlich zuletzt – auf mehr Geld. Daran glauben kann ich nicht mehr. Dazu hat die Gesundheitspolitik der SPD unser Vertrauen zu oft enttäuscht. Also soll nun im Wahljahr 2009 alles besser werden? Der Wettbewerb wird auf jeden Fall schärfer. Jeder für oder gegen jeden? Wer leistet am meisten Qualität für das wenigste Geld? Den Orthopäden und damit auch mir wird die Grundpauschale abgewertet. Das ist ein Akt der Willkür der Krankenkassen. Bleibt als Hoffnungsschimmer die Betrachtung der Morbidität. Ob sie mehr Geld bringt sei dahingestellt, sie wird mir jedenfalls unabhängig von irgendeinem EBM mit jedem Rentner mehr Arbeit verschaffen, und das heißt: Ich werde gebraucht, und das ist auch gut so.

neuen EBM ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■



Dr. Bernd Köppl, Leitender Arzt der Sana Gesundheitszentren:
„Punkte sind eben keine Euros – die müssen noch kommen“

Der EBM als Rechensystem für ambulante ärztliche Leistungen war immer ein Notbehelf gegen die Ansprüche der Ärzte auf echte Bezahlung. Solange die regionalen Honorarverteilungsregelungen das echte Geld begrenzen, stößt die Arztpraxis mit dem jeweiligen EBM eben schneller oder langsamer an den viel zu kleinen Deckel. Das trifft alle, ob Einzelpraxis oder MVZ-Ärzte. Mit dem neuen EBM werden nun die Grundleistungen der Praxis stärker pauschaliert und höher bewertet. Dies halte ich für vernünftig. Für große Gemeinschaftspraxen und MVZ gibt es keine Zuschläge bei der Ordinationsgebühr (neu: Versichertenpauschale) mehr. Dafür kann endlich jeder Patientenkontakt der verschiedenen Fachgruppen abgerechnet werden. Auch dies ist eine Verbesserung. Große Probleme sehe ich für die diabetologischen und rheumatologischen Schwerpunktpraxen, die zum Beispiel in Berlin zu 80 Prozent im hausärztlichen Sektor zugelassen sind. Sie erbringen ihre „Spezialleistungen“ auf Überweisung von anderen Hausärzten und verlieren nun mit dem neuen EBM 50 Prozent der Versichertenpauschale. Dies ist eine gravierende Benachteiligung und gefährdet die sehr gute ambulante diabetologische Versorgung.

altersabhängig gestaffelte Quartals-Betreuungspauschale ab, mit der fast alle Leistungen abgegolten sind. Bei mindestens zwei Patientenkontakten pro Quartal kann zusätzlich ein Morbiditätszuschlag abgerechnet werden. Für Psychosomatik gibt es einen Qualitätszuschlag. Weiterhin einzeln abgerechnet werden vorerst Leistungen der Sonografie, Prokto- und Rektoskopie, Langzeit-EKG und Blutdruckmessung, Spiro-, Ergo- und Tympanometrie, Chirotherapie und Kleinchirurgie. Bei den Fachärzten ändert sich dagegen zunächst wenig. Die geplanten diagnosebezogenen Fallpauschalen für den ambulanten Facharzt-Bereich kommen nicht vor 2011. Bis dahin sind Grundpauschalen vorgesehen. In diese Pauschalen gehen der bisherige Ordinationskomplex, der Konsultationskomplex, übliche Gesprächsleistungen – und gegebenenfalls übliche diagnostische Leistungen ein. Sie werden entsprechend ihrem Anteil und ihrer Häufigkeit im 1. Halbjahr 2006 gewichtet. Eine Ausnahme bilden die gesprächsorientierten Fächer. Psychosomater und verwandte Fachgruppen rechnen die Gesprächsleistungen weiterhin getrennt ab. Bei bestimmten Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmalen können in einigen Fächern ab 2008 Zusatzpauschalen angesetzt werden. Daneben bleibt die Einzelleistungsabrechnung erhalten.

Ob der neue EBM dauerhaft Erleichterungen bei Abrechnung und Dokumentation bringt, wird sich jedoch auch erst im Lauf des kommenden Jahres zeigen.

Insbesondere das neue Dokumentationssystem wird mit Spannung erwartet. Die Krankenkassen konnten sich mit ihrer Forderung nicht durchsetzen, dass Ärzte weiterhin nach dem alten EBM dokumentieren sollen. Stattdessen hat das KBV-Dokumentationsmodell den Zuschlag bekommen. Die KBV verspricht, dass die Leistungsdokumentation in der zweiten Jahreshälfte 2008 mit wenigen Klicks am Computer erledigt sein soll. Geplant ist, dass sich bei der Abrechnung einer Pauschale automatisch ein Fenster mit den Leistungsbestandteilen der Pauschale öffnet, in dem der Arzt die erbrachten Leistungen nur anzuklicken braucht.

Verfasserin:
 Angela Mißlbeck, Fachjournalistin für Gesundheitspolitik

Zweitmeinung und Followup bei Hodentumoren

Die Einholung einer Zweitmeinung bei Hodentumoren soll für niedergelassene und klinisch tätige Urologen künftig sehr unkompliziert werden. Auf Initiative der Deutschen Hodentumor Studiengruppe wurde eine Internet-basierte Kommunikationsplattform entwickelt, die bundesweit mit geringem zeitlichem Aufwand die direkte Einholung einer Zweitmeinung ermöglicht. Die Einholung der Zweitmeinung wurde in den vergangenen Monaten bereits in einigen Regionen Deutschlands von der AOK außerbudgetär honoriert, in Berlin wird dies in naher Zukunft der Fall sein. Zweitmeinungszentren sind mit Sicherheit kein Allheilmittel um Behandlungsfehler zu vermeiden. Bei fortbestehender dezentraler Versorgung werden sie jedoch dazu beitragen, die evidenzbasierten Leitlinien zu implementieren.

Von Mark Schrader, Michael Siegsmond, Anita Jagota, Kurt Miller

Keimzelltumoren zählen zu den am besten heilbaren soliden Tumoren. Nichts desto trotz besteht nach Schätzung des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg in Deutschland gegenwärtig eine Kluft zwischen tatsächlicher Mortalität und der bei adäquater Umsetzung des Therapiestandards zu erwartenden Mortalität (1). Darüber hinaus gibt es deutliche regionale Unterschiede der Versorgungsqualität (2). Einen weiteren Hinweis für Verbesserungspotenzial bietet der internationale Vergleich: In Norwegen (3,2%) und in den USA (4,2%) verstarben im Vergleich zu Deutschland (5,3%) deutliche weniger Neuerkrankte (Globocan 2002).

Über die Ursachen kann gegenwärtig nur spekuliert werden, weil – wie bei den meisten Malignomen in unserem Land – die Mortalitätsrate der einzige flächendeckend erfasste Indikator der Versorgungsqualität ist. Der Messparameter „Mortalitätsrate“ ist jedoch nur

unzureichend geeignet, Versorgungsergebnisse nachzuweisen. Das unterstreicht eine Marburger Studie von Schrader et al. (3). Eine nicht-leitlinienkonforme Therapie bedeutete in der Mehrzahl eine „Übertherapie“, ein Sachverhalt, der sich lediglich als „Morbiditäts-“, nicht jedoch als Mortalitätsrate erfassen ließe. Nicht zu vernachlässigende Ursache eines Therapieversagens und damit erhöhter Morbidität, ist die inadäquate Behandlung (4).

Versorgungsstrategien der vergangenen Jahre

In den vergangenen Jahren wurde versucht, mit drei unterschiedlichen Strategien die Therapieergebnisse zu verbessern.

Klinische Studien

Diese haben nach unserer Einschätzung die Behandlungsergebnisse nur gering-

fügig verbessert. Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass nur 5% der Patienten mit Keimzelltumoren im Rahmen von Therapiestudien behandelt werden (Studienstatistik der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie, <http://www.auo-online.de>).

Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien

Die interdisziplinär erstellten, 1997 erstmals publizierten Leitlinien blieben aufgrund fehlender flächendeckender Implementierung „Papiertiger“ und verbesserten die Versorgungsergebnisse nur punktuell (5).

Mündliche und schriftliche Fortbildungsbeiträge

Das Interesse an den Inhalten solcher Beiträge ist hoch. Eine flächendeckende Implementierung von Leitlinien ist hierdurch allein nicht möglich, weil diese Angebote limitiert sind.

Bessere Versorgungsqualität

Angesichts der eingeschränkten Effektivität der genannten Strategien wurde von der Deutschen Hodentumor Studiengruppe ein weiterer Schritt unternommen, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Zentraler Ansatz dieses Projektes ist eine internet-basierte Kommunikationsplattform, mit deren Hilfe eine Zweitmeinung bei regional zugeordneten Zweitmeinungszentren denkbar einfach eingeholt werden kann. Die AOK unterstützt dieses Projekt in einigen Regionen Deutschlands und honoriert die Einholung einer Zweitmeinung außerbudgetär. Darüber hinaus wird für teilnehmende Urologen, der Bericht über den Therapieverlauf und das Spätresultat honoriert.

Ein von der Deutschen Krebshilfe gefördertes Datenzentrum begleitet das Projekt. Erstmals werden hier die folgenden Indikatoren der Versorgungsqualität erfasst: der Ausgangsbefund, die intendierte Therapie, die durchgeführte Therapie, der Therapieverlauf und das Spätergebnis. Von diesen Daten sind Hinweise auf die tatsächliche Versorgungsqualität und die Wahl des Vorgehens bei gleichwertigen Therapiealternativen zu erwarten. Erstmals kann hierdurch ein umfassendes Abbild sowohl epidemiologischer Daten, als auch der Versorgung von Patienten geschaffen werden. Die geplante Projektlaufzeit von sechs Jahren trägt dafür Sorge, dass es sich nicht um eine Momentaufnahme handeln wird. Das Followup wird zentral über ein das Projekt begleitendes Datenzentrum erfolgen.

Mit diesem Schritt wird die bestehende dezentrale Versorgungsstruktur beibehalten, aber die interdisziplinäre leitlinienkonforme Therapie von Patienten mit Hodentumoren besser unterstützt werden. Unsere Ziele sind es, die Versorgungsergebnisse bundesweit dem internationalen Niveau anzugleichen und urologische Behandlungskompetenz auf dem Gebiet des Hodentumors zu erhalten.

Wer kann an diesem Projekt teilnehmen?

Unabhängig vom Abschluss integrierter Versorgungsverträge kann die Internetbasierte Kommunikationsplattform (www.iv-hodenkrebs.de) von jedem niedergelassenen oder klinisch tätigen Urologen genutzt werden. Über diese Plattform kann eine Zweitmeinung für alle Patienten mit Erstbefund eines Hodentumors, unabhängig von der Kassenzugehörigkeit, eingeholt werden (Abb. 1).

Dieser Kommunikationsweg ermöglicht über eine strukturierte Datenmaske eine rasche und denkbar einfache Eingabe der klinischen Daten eines Patienten. Nach entsprechender Eingabe werden die Daten via Internet an ein Zweitmeinungszentrum gesendet. Die Daten werden zudem an die das Projekt beglei-

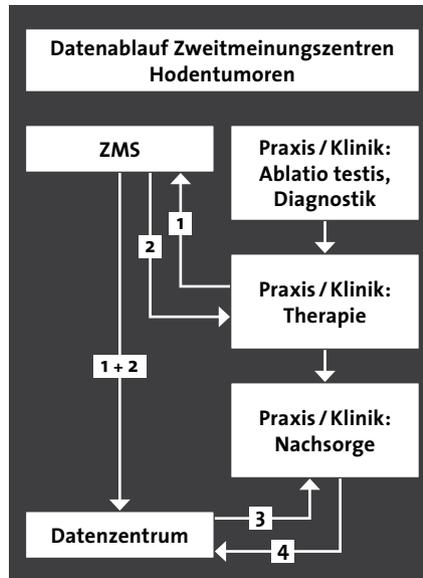


Abb. 1: (1) Beteiligte Urologen melden einen klinischen Primärdatensatz an ein Zweitmeinungszentrum. (2) Das Zweitmeinungszentrum gibt umgehend eine Therapieempfehlung. Diese Datensätze werden dem Datenzentrum ebenfalls mitgeteilt. (3) Drei Monate und erneut 2 Jahre nach Abschluss der Therapie recherchiert das zentrale Datenzentrum beim niedergelassenen Urologen, (4) wie der Patient behandelt wurde und ob der Patient rezidivfrei ist.

tende Datenzentrale in Berlin übermittelt. Innerhalb kurzer Zeit sendet das Zweitmeinungszentrum eine evidenzbasierte Therapieempfehlung zurück.

Welche Befunde werden abgefragt?

Bei Patienten mit Erstdiagnose eines malignen Keimzelltumors sind neben dem histologischen Befund, die Ergebnisse der Ausbreitungsdiagnostik und der Tumormarkerstatus einzugeben (Abb. 2, S. 32).

Wie kann ich mich an diesem Projekt beteiligen?

Zur Kommunikationsplattform gelangt man unter www.iv-hodenkrebs.de. Hier kann man sich online oder per Fax anmelden, um eine Zweitmeinung kostenfrei einzuholen.

Wer ist Ansprechpartner in Zweitmeinungszentren?

Eine Liste der aktuellen Leiter von Zweitmeinungszentren findet sich unter www.iv-hodenkrebs.de. Diese Liste wird in Zukunft um einige Zentren erweitert werden. Wir appellieren an alle Kollegen, dieses Projekt durch Meldung von

Kontakt für inhaltliche Fragen

Bisherige Zweitmeinungszentren in Berlin:

PD Dr. med Mark Schrader
Charité – Campus Mitte
Klinik für Urologie
Schumannstraße 20-21
10117 Berlin
Fon: 030 4505 15002
Fax: 030 4505 15912
mark.schrader@charite.de

Prof. Dr. Michael Siegsmond
Vivantes Klinikum Am Urban
Hodentumorgruppe
Dieffenbachstraße 1
10967 Berlin
michael.siegsmond@vivantes.de

Datenzentrum der Zweitmeinungszentren

PD Dr. med Mark Schrader und
Barbara Szostak
Charité – Campus Benjamin Franklin
Klinik für Urologie
Hindenburgdamm 30
12200 Berlin
Fon: 030 8445 4289
Fax: 030 8445 4620
info@iv-hodenkrebs.de

Deutsche Hodentumor Studiengruppe

Sprecher urologische Sektion:
Prof. Dr. Axel Heidenreich
Bereichsleiter Uroonkologie
Klinik und Poliklinik für Urologie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln
axel.heidenreich@uk-koeln.de

ANZEIGE

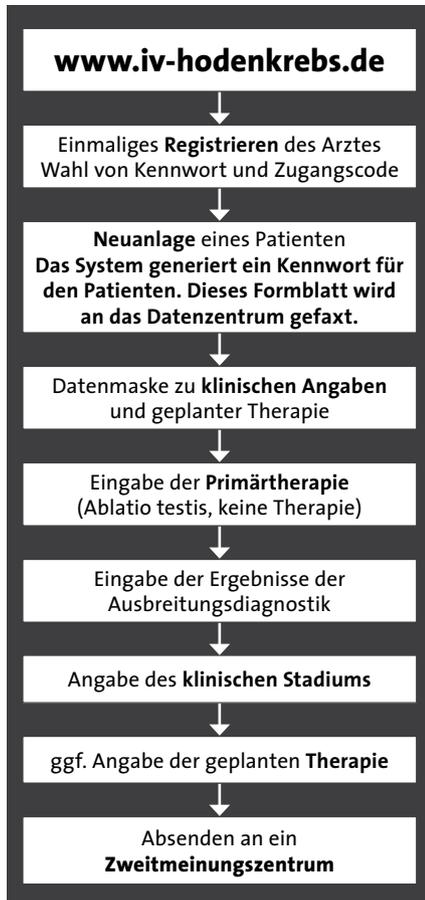


Abb. 2: Ablauf der Dateneingabe unter www.iv-hodenkrebs.de

Patienten mit Hodentumoren zu unterstützen. Wir helfen Ihnen gerne bei der Dokumentation bzw. eventuellen Problemen oder Fragen. Wenden Sie sich mit Ihren Anliegen an die Datenzentrale.

Verfasser:
PD Dr. med Mark Schrader et. al.

Literatur

1. Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland. Becker, N., Wahrendorf, G., Springer 2004
2. Unger, G., KV-Bericht Niedersachsen, Projekt Hodentumoren, 2004
3. Schrader, A. J., Ohlmann, C. H., Rossmanith, S., Hofmann, R., and Heidenreich, A. Impact of evidence-based interdisciplinary guidelines on testis cancer management. *Cancer*, 106: 313-319, 2006.
4. Köhrmann, K. U., Albers, P., Hartmann, M., Heidenreich, A., Krege, S., Walz, P., Weber, A., Alken, P., Management analysis of patients who died of germ cell tumors. AUA, Abstract #697, 1999
5. Schrader, M., Weißbach, L. and Miller, K. Therapie von Hodentumoren; Illusion oder Realität – ändern Leitlinien die Versorgungsergebnisse? *Dtsch Arztebl*, 101: A 2612-2618, 2004.

Kommentar

Der Keimzelltumor gilt als ein Tumor mit den besten Heilungschancen. Das Projekt Zweitmeinungszentrum führt an, dass in Deutschland nach Schätzung des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg eine negative Differenz zwischen tatsächlicher Mortalität und zu erwartender Mortalität besteht. Auch im Verhältnis zu anderen westlichen Nationen sei die Mortalitätsrate in Deutschland höher.

Aus diesem Grunde und da man sich von den bisherigen Versorgungs- und Qualitätsstrategien keine wesentliche Verbesserung erwartet, wurde das Projekt Zweitmeinungszentrum Hodentumor von der Deutschen Hodentumor Studiengruppe ins Leben gerufen. Begleitet wird das Projekt von der Deutschen Krebshilfe. Die AOK unterstützt das Projekt in einigen Regionen Deutschlands, mit einem integrierten Versorgungsvertrag außerbudgetär. Das Projekt ist auf 6 Jahre konzipiert.

In der Praxis soll der Ablauf so aussehen, dass sich der entsprechende Arzt mit der Erstdiagnose Keimzelltumor auf dem Wege des Internets an das Zweitmeinungszentrum wendet und einen Evidenz-basierten Vorschlag zur Behandlung und Nachsorge erhält.

Als niedergelassener Urologe sieht man schätzungsweise 2 bis 4 Keimzelltumore pro Jahr. Auch in der Klinik ist der Hodentumor kein häufiges Krankheitsbild. Man kann also nicht auf eine große Behandlungsroutine zurückgreifen wie zum Beispiel beim Prostatakarzinom. Ähnliche Verhältnisse spiegeln sich auch in der Fortbildungshäufigkeit im Verhältnis Hodentumor zum Prostatakarzinom wider. Sicherlich ist die Standardbehandlung der Erkrankung bekannt. Nicht selten treffen wir jedoch in der Medizin nicht den Normalfall an und durch Kontraindikationen, Nebenwirkungen oder Begleiterkrankungen muss vom Standard abgewichen werden. Aus diesem Grunde und aus den vom Zweitmeinungszentrum angeführten Gründen halte ich das Projekt für durchaus sinnvoll. Ob sich die erhofften Erfolge einstellen werden und ob damit die Ursache der unterschiedlichen Mortalitätsraten gefunden wird, bleibt abzuwarten.

Den mortalitätsvergleichenden Ausführungen des Herrn Kollegen Schrader kann ich die einzelnen Tumorstadien nicht entnehmen. Mir stellt sich die Frage, ob diese in den verglichenen Ländern ähnlich vorlagen. Die zeitliche Anlage des Projektes auf 6 Jahre scheint mir lange genug, um später Aussagen zur Mortalität treffen zu können.

Die Erreichbarkeit bundesweit über eine Kommunikationsplattform im Internet ist eine gute Einrichtung zur jederzeit verfügbaren, schnellen Kontaktaufnahme, da die Erkrankung auch relativ schnelle Therapieentscheidungen erfordert. Diese Kontaktform bedarf wegen der Anonymität auch eine bedeutend geringere Hemmschwelle der Kontaktaufnahme und könnte daher eventuell mehr genutzt werden als bestehende Systeme, wie zum Beispiel die Fallvorstellung in Tumorkonferenzen. Ich begrüße, das inzwischen auch weitere Kliniken, wie etwa das Vivantes Klinikum Am Urban in das Projekt mit einbezogen wurden.

Für mich ist es durchaus denkbar, dass Patienten von dieser Einrichtung positiv profitieren. Von daher sehe ich es bei diesem Krankheitsgeschehen auch als mögliche Leistung der Krankenkassen an. Prinzipiell muss man sich jedoch die Frage stellen, kann es eine Kassenleistung sein, regelmäßig eine 2. Meinung einzuholen und was geschieht, wenn in Zukunft zu jeder Tumorentität ein oder sogar mehrere Zweit- und Drittmeinungszentren entstehen würden, die sich von den gesetzlichen Krankenkassen finanzieren ließen. Außerbudgetär heißt ja zunächst nur, dass der Betrag dem kassenärztlichen Versorgungsanteil im Vorfeld abgezogen wird, bisher aus dem Topf der Integrierten Versorgung.

Weiterhin stellen sich mir folgende Fragen über die Zukunft des niedergelassenen Facharztes, in diesem Fall speziell des Urologen. Kann die Medizin mit Hilfe von vielen Erkrankungen abdeckenden Zweitmeinungszentren zukünftig auch ohne ihn auskommen? Werden vielleicht zukünftig nur noch Behandlungen nach Einholung einer Zweitmeinung erstattet?

Dr. med. Bernd Müller,
Facharzt für Urologie,
Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin



Foto: Stiebitz

Leiden lindern bis zum Ende

Leben ist ein Zustand, der ausnahmslos tödlich endet. Auch für Ärzte. Und trotz aller medizinischen Fortschritte. Ob die letzte Lebenszeit qualvoll oder friedlich verläuft, hängt wesentlich von Ärzten ab. Leidenslinderung – Palliation – ist vielleicht die dankbarste ärztliche Aufgabe. Und doch wird sie noch immer vernachlässigt. Dass und wie sich dies langsam ändert, gerade hier in Berlin zeigten zwei Symposien, an denen wir Sie nachträglich kurz teilnehmen lassen möchten.

Man spricht zwar von „kurativer“ Medizin, aber Heilung ist eher die Ausnahme. Was in der Regel nur zu erreichen ist: Ein längeres oder besseres Leben trotz Krankheit. Deshalb habe die Medizin in der Ära der chronischen Leiden weithin einen palliativen Charakter, sagte Michael de Ridder, Leiter der Rettungsstelle im Vivantes-Klinikum Am Urban. Dass der Sterbeprozess da nicht ausgeschlossen werden darf, sei nur zögerlich ins öffentliche Bewusstsein gedrungen.

Preis fürs Ricam-Hospiz

Früh erkannt habe dies aber Dorothea Becker, Gründerin und Leiterin des ersten stationären Hospizes in Berlin. Bei ihrer Tätigkeit im Krankenhaus Neukölln habe sie erkannt, „dass Sterbende keinen Ort haben“. Nun besteht das „Ricam-Hospiz“ (von it. ricambio = Übergang) seit fast zehn Jahren. Es habe mit seinen lichten Räumen und der freundlichen Atmosphäre „den Tod ins Leben geholt“. Dorothea Becker empfing im Rahmen eines Symposiums über Realität und Vision palliativer Versorgung den diesjährigen Preis für hervorragende Bemühungen und eine bessere Krankenversorgung von Menschen in der letzten Lebensphase, gestiftet von dem Neuköllner Arztehepaar Hans-Joachim und Käthe Stein. (Zum ersten Mal wurde er 2006 für die erste Berliner Palliativstation im Vivantes-Klinikum Spandau von deren heutigen Leiter Ernst Späth-Schwalbe entgegengenommen (siehe BERLINER ÄRZTE 3/06 S. 27-29).

Das Ricam-Hospiz steht zwar unter der Schirmherrschaft der Ärztekammer Berlin, aber es war lange nicht einmal in

den onkologischen Stationen bekannt, bemerkte de Ridder. Ob sie dem Bedarf an Palliation selbst so gut gerecht werden, wie Jörg Beier, Onkologe im Vivantes-Klinikum Am Urban, dies forderte? 54 000 Krebskranke werden jährlich in Berliner Kliniken behandelt. Die meisten sind alt und viele multimorbide. Ein großer Teil von ihnen leidet unter Luftnot oder Schmerzen, Erschöpfung und Auszehrung, den Nebenwirkungen der Therapie, dem Versagen des sozialen Netzes. Sie alle brauchen eine kompetente palliative Versorgung, sagte Beier. Die müsste also überall stattfinden, nicht nur in Spezialeinrichtungen. Und ob man sich am Patienten orientiert, sei weniger eine Frage des Personalschlüssels als der persönlichen Einstellung. „Es kann jeden von uns treffen. Leitsatz sollte sein: Behandle die Menschen so wie du selbst behandelt werden willst.“

Onkologische Praxen und Home care helfen

Das heißt auch: Solange wie möglich zu Hause. In Berlin ist das besser möglich als anderswo – wegen der 22 hämatologisch-onkologischen Praxen und wegen „Home Care“. Frieder Ludwig hat Erfahrungen in beiden Bereichen. Das in dieser Form seit 1992 einzigartige Home Care-Projekt steht dank einer Vereinbarung mit der KV auf soliden Füßen, berichtete er. Die beteiligten Ärzte werden nur auf Überweisung des Hausarztes tätig. Sie behandeln schwerstkranke Krebspatienten zu Hause, aber auch in Pflegeheimen und Hospizen, nötigenfalls rund um die Uhr. Fortbildung und Dokumentation sind Pflicht. Seit 1998 besteht auch ein Konsiliardienst zur Unterstützung der Hausärzte.

Das Ricam-Hospiz

„Ins Ricam-Hospiz kommen unheilbar kranke Menschen mit einer geringen Lebenserwartung und starken Krankheitssymptomen. Sie kommen auf eigenen Wunsch. Ihnen ein Maximum an Lebensqualität zu ermöglichen, ist das Ziel. Dabei werden auch die Angehörigen in ihrer schwierigen, emotional belastenden Lebenssituation aufgefangen und begleitet. Das Ricam-Hospiz bietet die medizinische und pflegerische Sicherheit eines Krankenhauses, aber in einer Atmosphäre, die häusliche Wärme und Geborgenheit vermittelt.“

(Aus dem Hausprospekt des Ricam-Hospizes.)

Die 22 Home Care-Ärzte versorgen jährlich 1700 Patienten. Zwei Drittel davon sind bei Überweisung durch die Hausärzte schon in der Terminalphase. Viele müssen abgewiesen werden, und Ludwig sieht noch größere Kapazitätsprobleme kommen, wenn künftig (wie eine geplante Richtlinie es vorsieht) nicht mehr nur Krebskranke diese ambulante palliative Spezialversorgung erhalten. Die für Berlin geplanten insgesamt (Krebskranke eingeschlossen) 30 bis 40 Palliative Care-Praxen seien mit Sicherheit nicht bedarfsdeckend, meint Ludwig, zumal die notwendige Beratung der Angehörigen viel Zeit braucht.

Die (wahrscheinlich 2008 verabschiedete) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird keine Krankheiten, sondern nur Symptome nennen, was de Ridder sehr begrüßte: „Es wurde bisher nicht begriffen, dass nicht nur Krebs- und AIDS-Kranke palliativ versorgt werden müssen, sondern zum Beispiel auch Patienten mit schweren degenerativen Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates oder mit terminalen Herz- und Lungenleiden.“

„Die Palliative Geriatrie sieht es als ihre wichtigste Aufgabe an, alten Menschen bis zuletzt ein beschwerdearmes und würdiges Leben zu ermöglichen. Schmerzen, belastende Symptome und soziale wie seelische Nöte sollen gelindert werden. Das erfordert ein ganzheitliches Pflegekonzept für die von Multimorbidität Betroffenen.“

(Unionhilfswerk Senioren-einrichtungen gGmbH)

Wo die Hospizbewegung begann

Auch am Ursprung der internationalen Hospizbewegung hat man dies erst spät erkannt. Nigel Sykes, der heutige Medical Director des vor 40 Jahren von Dame Cicely Saunders gegründeten St. Christopher's Hospice in London, berichtete auf der Berliner Tagung über Entwicklung, Stand und Zukunftsvisionen der palliativen Versorgung im Ur-Hospiz und in seinem Land. St. Christopher's ist nach wie vor ein Ort mit großer Ausstrahlung. Es ist nicht nur ein stationäres Hospiz (mit 48 Betten), es hat auch schon 1969 das erste ambulante Palliativ-Team aufgebaut. Heute werden täglich etwa 500 Patienten zu Hause versorgt, und es gibt auch eine Tagesklinik.

Die Versorgung war schon früh mit Forschung verbunden. Hier wurde die moderne Krebschmerztherapie ohne Morphin-Phobie entwickelt, und neben der medikamentösen erprobte man auch die psychotherapeutische Symptomkontrolle. Neben der Versorgungsforschung spielt die Lehre eine wesentliche Rolle. Zahllose Ärzte und Pflegekräfte aus aller Welt lassen sich hier in palliativer Medizin und Pflege schulen – ein Schneeballeffekt. Heute finden in dem 1973 aufgebauten Lehrzentrum von St. Christopher's mehr als 80 Kurse jährlich statt. Es gibt auch einen „deutschen Tag“ – den nächsten am 4. April 2008 – mit deutschsprachigen Vorträgen.

Heute arbeiten im United Kingdom 220 stationäre Hospize (Deutschland: 142), 255 Hospiz-Tageskliniken, 372 ambulante Palliativteams und 307 Teams, die in Krankenhäusern die palliative Versorgung unterstützen. Es gibt 13 palliativmedizinische Lehrstühle (Deutschland: 6, weltweit 30). Palliative Versorgung ist Gegenstand des Medizinstudiums, es gibt Fachgesellschaften und -kongresse; elf englischsprachige Zeitschriften (mit Peer Review) befassen sich mit palliativen Themen.

Zufrieden ist Nigel Sykes aber nicht. Nur 29 Prozent der Hospiz-Kosten trägt der nationale Gesundheitsdienst, der Löwenanteil kommt aus Spenden und Vermächtnissen. Die Hälfte aller Krebskranken stirbt immer noch im Krankenhaus, nur fünf Prozent der Hospizpatienten haben andere Krankheiten, und man erkennt zunehmend auch deren Bedarf an palliativer Versorgung. „Hospize sind selten und allein“, sagte Sykes – immer noch, und selbst in ihrem Mutterland.

Der elende Tod in Heim oder Klinik

Aber die Hospiz-Idee breitet sich aus und durchdringt alle Einrichtungen, in denen Schwerkranken und Sterbende versorgt werden; nicht nur die Krankenhäuser auch die Pflegeheime. St. Christopher's schult seit einiger Zeit auch deren Personal, mit dem Ziel, den Bewohnern ein gutes Sterben zu ermöglichen. Wie notwendig solche Anstrengungen auch bei uns sind, zeigt eine Erhebung, über die man Näheres auf einer Berliner Fachtagung zum Thema Palliative Geriatrie erfuhr.

„Wo und wie sterben unsere Heimbewohner?“ wollte das Unionhilfswerk wissen. Das Ergebnis der Datenerhebung und anonymen Mitarbeiterbefragung dürfte, so deprimierend es klingt, eher noch günstiger sein als im Berliner Durchschnitt. Denn das Unionhilfswerk betreibt nicht nur Pflegewohnheime mit insgesamt 447 Plätzen, es ist vielmehr

auch Träger der seit zehn Jahren bestehenden Zentralen Anlaufstelle Hospiz für Berlin, die als Teil eines bundesgeförderten Modellprojekts begann.

Ausweg: Palliative Geriatrie

Aber auch von den Bewohnern der Heime des Unionhilfswerks stirbt jeder zweite im Krankenhaus, eingewiesen vom Notarzt, aber auch von den Hausärzten. Selbst sie, die ihre Patienten meist jahrelang kennen, weisen 60 Prozent zum Sterben in die Klinik ein, ergab die Studie. Häufig starben sie noch auf dem Transport oder gleich auf der Rettungsstelle. Und die im Heim Gebliebenen? Oft wurde ihr Tod während eines Routinekontrollgangs festgestellt. „Mit anderen Worten: Die Bewohner sterben häufig unbemerkt“, sagte Dirk Müller, der bisher die Zentrale Anlaufstelle

Kontaktadressen

► Ricam-Hospiz

Delbrückstraße 22
12051 Berlin-Neukölln
Telefon: 62 888 00
E-Mail: hospiz@ricam.de
www.ricam-hospiz.de

► Zentrale Anlaufstelle Hospiz beim Unionhilfswerk

Information und Beratung – auch für Institutionen – zu Themen wie Sterbebegleitung, Pflege, Schmerztherapie, Patientenverfügung, Fortbildung u.a. Dort erhältlich auch die Broschüre „Wenn Ihr Arzt nicht mehr heilen kann – Informationen rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer.“

Kopenhagener Straße 29
13407 Berlin-Reinickendorf
Telefon: 40 71 11 14 (Büro) und
40 71 11 13 (Beratungstelefon)
E-Mail: post@hospiz-aktuell.de
www.hospiz-aktuell.de

Hospiz leitete und jetzt für das Unionshilfswerk ein „Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie“ aufbaut. Dort wird ein Konzept entwickelt, um den Hospizgedanken und eine fachgerechte palliative Versorgung auch in den Heimen zu verwirklichen.

Eine Analyse von 542 Hausbesuchen deckt diverse Defizite auf: In der Schmerztherapie – 60 bis 80 Prozent

der Pflegeheimbewohner leiden unter oft nicht erkannten Schmerzen – bestehe erheblicher Fortbildungsbedarf nicht nur bei den Pflegekräften, sondern auch bei den Hausärzten, sagte Müller. Auch lässt die Zusammenarbeit von Heimpersonal und Hausärzten sehr zu wünschen übrig. Über die Behandlungsziele bei multimorbiden Hochbetagten bestehe oft Unklarheit. Viele

leiden über lange Zeit unter belastenden Beschwerden wie Angst, Verwirrtheit, Schlaflosigkeit, Mundtrockenheit, Leidenslinderung muss also oberstes Ziel sein. „Wir brauchen eine kompetente ärztliche Versorgung – das ist unsere Achillesferse“, sagte Müller.

Rosemarie Stein



Stellenwechsel? Umzug? Neuer Name?

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

**Ärztchamber Berlin
– Meldestelle –
Friedrichstraße 16
10969 Berlin**

Name, Vorname:

NEUE DIENSTANSCHRIFT:

Bezeichnung der Dienststelle:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon:

Genauere Dienstbezeichnung:

Namensänderung:

Promotion / Habilitation am:

NEUE PRIVATANSCHRIFT:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon:

Der Läppchenbaum

Zufällig bestand die kleine Gruppe fast nur aus Ärzten, die „Kulturwandern“ an der Ägaisküste und im Latmosgebirge gebucht hatten. So fing man unterwegs angeregt an zu reden: Über die wissenschaftliche Medizin und wie der Volksglaube sie unterwandert, mit Ritualen, die sich quer durch die Religionen immer ähneln; über die Heil-Kraft des Wünschens und Erwartens; über den Placebo-Effekt, der immer mitspielt, auch wenn man noch so evidenzbasiert behandelt.

Denn wir waren auf der Wanderung durch endlose silbrige Olivenhaine vor einem Baum stehen geblieben, der einen seltsamen Schmuck trug. Über und über war er behängt mit Tüchern und Läppchen, vom Papiertaschentuch, das in einen Zweig geknotet war, bis zum edlen Seidentuch. Die kostbarsten Tücher aber waren an einem schlichten Steingrab befestigt. „Ilyas“ (Elias) war zu entziffern. Ein hoch verehrter alawitischer Ortsheiliger, sagte die deutsch-türkische Wanderführerin. (Die Alawiten bilden eine schiitische Strömung mit mystischen Zügen und Affinität zum Christentum, sind also nicht gerade orthodoxe Muslime.)

Die Kranken und Bedrückten pilgern zu diesem Grab, wie sie überall in islamischen Ländern zu den Gräbern wunderstätiger Heiliger wallfahrten. Denn von ihnen geht „baraka“ (Heil und Segen) aus. Ihren Wunsch knüpfen sie als Tüchlein an den Baum neben dem Heiligengrab. Oder auch ihren Dank, zum Beispiel für die gelungene Operation des Sohnes. (Die „Schulmedizin“ wird einfach integriert.) Da wird schon mal an Ort und Stelle ein Hammel geopfert, erfahren wir, als uns die typische Rostfarbe einiger großer Stoffstreifen auffällt: Sie wurden blutgetränkt in den Ölbaum gehängt.

Was den Dank angeht, so würden wir in unserer aufgeklärten Einfalt ja meinen,

den Hammel hätte eher der Chirurg verdient als der Heilige. Bei den Bitten sieht's schon anders aus. Die Selbstheilungskräfte stärken, das tun wir doch alle gern, sagten die wandernden Ärzte. Aber wir brauchen dazu zahllose Pseudoplacebos, von der Tablette bis zu manchmal wenig fundierten diagnostischen und therapeutischen Eingriffen. Und das kostet. Mit Hilfe höherer Mächte wäre es wahrscheinlich effektiver und effizienter.

In Bayern hängen ja noch heute die Lahmen, Schmerzgeplagten oder Kinderlosen Nachbildungen von Armen, Beinen und Wickelkindern in die Wallfahrtskirchen – wie einst die alten Griechen in die Heiligtümer ihrer Götter. Das waren nicht immer so herrliche Marmorreliefs,

politiker im unfrohen Berlin nur ein Traum. Aber jeder der weitgereisten Wanderer erinnerte sich an Wunschbäume in aller Welt. Zum Beispiel im südyprischen Paphos. Da breiten sich tüchleinbehängte Zweige über eine unterirdische Grabanlage aus hellenistischer Zeit. Dort wird von orthodoxen Christen eine Jüdin als Heilige verehrt: Solimani. Wegen ihres jüdischen Glaubens soll sie samt ihren sieben Söhnen 168 v. Chr. den Märtyrertod gestorben sein.

Steigt man die feuchten Stufen zu ihrem Grab hinab, findet man einen angekettenen Becher zum Schöpfen von Wasser aus einem heilkräftigen Brunnen. Es hat „für die Behandlung von Augenleiden guten Ruf“, heißt es kommentarlos in einem Studienreiseführer für Zypern. Denn die Agia Solomani soll zahlreiche Wunderheilungen besonders an Augenkranken vollbracht haben.



Foto: Stein

wie wir sie Tage später im Museum Selçuk (Ephesus) sahen. Das tägliche Brot waren für Asklepios schlichte Tontäfelchen. Noch einfacher sind Votivlappen als kunstlose Zeichen der Hoffnung. Man macht dem Heiligen quasi einen Knoten ins Taschentuch, damit er die Bitte nicht vergisst.

Solche Läppchenbäume in hiesigen Klinikparks zwecks Reduktion der Einweisungen wären für Gesundheits-

Auch islamische Heilige sind oft als Spezialisten gesucht. Eine Mitreisende erinnerte sich an die „Marabouts“ (so heißen Heilige wie auch ihre Grabstätten) in Marokko. Nach Tamegrout im Draa-Tal oder nach Salé zum Beispiel pilgern besonders psychisch Kranke und Epileptiker. Aber dort hängen an den Palmen keine Läppchen.

Rosemarie Stein

BERLINER  ÄRZTE

12/2007 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.)
Dipl.-Pol. Sybille Golkowski
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, -4102, FAX -4199
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungs austausch unter der Ärzteschaft und ihrer 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-Grüner-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