

# Sie haben es bestanden!

**M**an steht vor der Prüfungskommission und einem bleiben erst mal die Worte weg. Ich war von diesem Augenblick so sehr überwältigt, dass ich nicht wusste, ob ich lachen oder weinen sollte. Ich glaube, dass vielen in diesem Moment die Tragweite dieses Satzes nicht unbedingt bewusst war.... Woher auch ... nach langen Jahren des Studiums und des Lernens Tag ein, Tag aus und den Momenten der schieren Verzweiflung: Das Lernen nimmt einfach kein Ende. (...)

Am ersten Tag saß man in einem großen Hörsaal und man lauschte einem Vortrag eines Professors, der einer erklärte, dass jetzt eine andere Zeitrechnung beginnt und wir uns auf einiges gefasst machen können. (...)

Es folgten eifrige Käufe von Kitteln, Reflexhämmern und einer kompletten OP-Kombi mit integriertem Stethoskop und man fühlte sich schon als halber Arzt, dachte man. Es begann nun eine Reise, bei der viele Ideale Stück für Stück demontiert wurden und man sich dann irgendwann völlig apathisch darin wieder fand, wie man den Stoff nur so in sich rein paukte. Vorklinik war eine sehr anstrengende Zeit. (...) Aber auch diese Hürde haben wir genommen.

Und dann war er da, der große Tag: Physikum. Man dachte, jetzt kann es nur noch besser werden: Die Klinik. Man durfte endlich den Kittel und das Stethoskop benutzen, was man sich vor 2,5 Jahren gekauft hat. Etwas unsicher, aber die Kurse und Scheine brachte man wie im Flug hinter sich und man bekam das erste Mal ansatzweise das Gefühl, was Industriemedizin bedeutet: Die massenhafte Abfertigung von Patienten. (...)

Mit einer Selbstverständlichkeit wurde unsere Arbeitskraft eingesetzt und ausgebeutet (...). Als Blutsauger um 8, als Aktenschlepper zur Röntgenbesprechung um 12 und als Patienten-zum-CT-Schieber



Foto: privat

## Stephan Kurz

*hat die diesjährige Absolventenrede der Charité gehalten.*

nach 16 Uhr. Da blieb einem nicht viel Zeit zum Lernen. Jeder musste schauen, wie er sich die Fülle des Stoffes selbst aneignete, denn es stand das Hammerexamen vor der Türe. (...)

Man merkte, dass irgendetwas nicht richtig war. Das ganze System funktionierte nur, so lange alle den Mund gehalten haben: Doktorarbeit für umsonst, drei Jahre Arbeiten, um dann festzustellen, dass der Doktorvater über Nacht Chef in Köln geworden ist und es einfach vergessen hat, seinen Doktoranden darüber zu informieren, dass die Zusammenarbeit etwas schwieriger wird ... ein nicht zu überbietender Egoismus und ein Konkurrenzdenken, welches sich noch weit in die Strukturen der niedergelassenen Kollegen niederschlägt. Das Ergebnis: Was viele andere Berufsverbände schon haben, müssen wir erst aufbauen: Eine Lobby und eine Interessenvertretung, die frei ist, von Profitinteressen der Vorstände à la GDL oder einer anderen Gewerkschaft. Wir müssen den Zusammenhalt neu lernen, denn nur dann können wir den politischen Raubbau, der an unserem Beruf in den letzten Jahren betrieben wird, stoppen. Wir werden von unserem eigenen Staat ausverkauft.

Ein Assistenzarzt, der vor 30 Jahren, ich betone vor 30 Jahren, seine erste Stelle antrat, bekam damals 4000 Mark netto! 30 Jahre später sind wir bei einem Nettolohn von 1500 Euro. Haben wir da irgendetwas verpasst? Ein Kollege und Freund

sagte mir, das geht doch als Berufsanfänger ... Klar geht das, mit einem Zimmer im Schwesternwohnheim, was braucht man auch in dieser Zeit, wenn man 80 Stunden die Woche arbeitet. Es hat sich wenig geändert. Die Überstunden werden heute noch nicht abgegolten und den Freizeitausgleich gibt es auch nicht. Vielmehr Zwei-Monatsverträge und die Angst, sich jeden Tag einen anderen Job suchen müssen.

Aber die Zeiten ändern sich: Plötzlich stellen wir alle fest, dass es an Ärzten fehlt und tatsächlich nur noch wenige den eigentlichen Beruf ergreifen. Viele gehen in die Industrie oder ergreifen ihren Beruf im Ausland. Ich denke, das sind die politischen Konsequenzen und wir brauchen dies auch nicht schön zu reden. Noch weitere Jahre, in denen sich nichts Grundsätzliches an unserer Situation ändert und wir stehen vor einer der größten Krisen des Gesundheitssystems und unseres Berufsstandes, wie wir sie noch nicht erlebt haben. (...)

Unbestritten hat sich in den letzten 40 Jahren nach den 68ern vieles zum Positiven geändert. Ich glaube nur, dass wir es dabei nicht belassen dürfen. Jede Generation hat die Aufgabe, die für ihre Zeit notwendigen Erneuerungen durchzusetzen. Das Bessere ist der Feind des Guten! Lasst uns einen neuen Zusammenhalt leben und den heutigen Tag hierfür als Grundstein nehmen. Wir sollten aber dabei auch nicht die unveränderten Ziele des von uns gewählten Berufes aus den Augen verlieren. (...)

*(Die Absolventenrede musste aus Platzgründen gekürzt werden.)*



# BERLINER ÄRZTE

NR 05/2008



MEINUNG.....

**Sie haben es bestanden!**

*Von Stephan Kurz.....3*

BERLINER ÄRZTE *aktuell*..... 6

**ARS – Antibiotika-Resistenz-Surveillance in Deutschland – gestartet**

Informationen aus dem Robert Koch-Institut..... 11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK .....

**Bericht von der Delegiertenversammlung am 2. April 2008**

*Von Sascha Rudat.....20*

**Gesagt ist nicht getan**

Ausschreibung des Berliner Gesundheitspreises 2008 .....21

**Qualitätssicherung in der Hämotherapie**

Drei Erfahrungsberichte.....24

**„Wenn alles so an einem zoppelt...“**

Bericht von einer Diskussionsrunde zur Ethik im Krankenhaus.

*Von Adelheid Müller-Lissner.....28*

**Hohe Auszeichnung für MUT**

Die MUT Gesellschaft für Gesundheit wurde als einer von 365 Orten im „Land der Ideen“ geehrt.

*Von Sascha Rudat.....32*

FORTBILDUNG.....

**Sicherer verordnen..... 10**

TITELTHEMA.....

**Unter Hochdruck – die Volkskrankheit Hypertonie**

Über den aktuellen Stand der Hypertonie-Forschung berichtet BERLINER ÄRZTE anlässlich des internationalen Hypertonie-Kongresses vom 14. bis 19. Juni im ICC.

*Von Adelheid Müller-Lissner.....14*

**Fortbildungskalender**

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin..... 26

BERUFSRECHT.....

**Dem Zugriff der Kammer entzogen**

*Von Sascha Rudat.....30*

PERSONALIEN.....

**Zum Tode von Ulrich Bienze**

.....31

**In memoriam Hans Witzgall**

.....31

BUCHBESPRECHUNGEN....

**Psyhyrembel-Sozialmedizin.**

**De Gruyter.....33**

**Psyhyrembel: Der Klassiker**

**De Gruyter.....33**

FEUILLETON.....

**Ein früher Expressionist**

Zur Berliner Grünewald-Ausstellung  
*Von Rosemarie Stein ..... 34*

**Impressum..... 42**

## Neue Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung

Seit 1. April 2008 gibt es in Berlin fünf Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung. Zu diesen werden die früheren Sozialmedizinischen Dienste für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft und die Beratungsstellen für sexuell übertragbare Erkrankungen sowie AIDS zusammengefasst.

Der Bereich Sexuelle Gesundheit unterliegt wie der Bereich Tuberkulose dem Infektionsschutzgesetz, § 19. Danach können diese Angebote anonym in Anspruch genommen werden. Die Kosten werden aus öffentlichen Mitteln getragen, „falls die Person die Kosten der Untersuchung oder Behandlung nicht selbst tragen kann; des Nachweises des Unvermögens bedarf es nicht, wenn dieses offensichtlich ist oder die Gefahr besteht, dass die Inan-



spruchnahme anderer Zahlungsverpflichteter die Durchführung der Untersuchung oder Behandlung erschweren würde“.

Alle Erkenntnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Sollte dabei ein illegaler Aufenthalt bekannt werden, besteht im Land Berlin gemäß Stellungnahme des Innensenators vom Juli 2003 keine Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde. Allen Ärzten sollte dieser humanitäre Ansatz zur gesundheitlichen Versorgung vertraut sein, damit entsprechende Patientinnen und Patienten an diese Stellen weitergeleitet werden.

In allen Zentren arbeiten multiprofessionelle Teams mit ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, ArzthelferInnen und SprachmittlerInnen.

Jedes Zentrum bietet Übersetzung in unterschiedlichen Sprachen an, diese können telefonisch nachgefragt werden. Jede/r kann ein Zentrum seiner/ihrer Wahl aufsuchen.

### Adressen der Zentren:

1) Zentrum Charlottenburg-Wilmersdorf  
Hohenzollerndamm 174  
Tel.: 030/9092 16887

2) Zentrum Friedrichshain-Kreuzberg, Urbanstr. 24  
Tel.: 030/9092 88368

3) Zentrum Marzahn-Hellersdorf  
Etkar-Andre-Str. 8  
Tel.: 030/9029 33655

4) Zentrum Mitte mit 2 Standorten:

a) Ruheplatzstr. 13, nur: sozialmedizinische Aufgaben  
Tel.: 030/20094 4235

b) Erfurter Str. 8, nur: Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten sowie AIDS  
Tel.: 030/7560 6428

5) Zentrum Steglitz-Zehlendorf  
Klingsorstr. 95 a mit Klinikbindung an die Charité, Klinikum Benjamin Franklin, nur: sozialmedizinische Aufgaben  
Tel.: 030/8445 3587

Med. Dir. Dr. med. Ruth Hörnle  
Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin  
Abteilung Gesundheit und Soziales  
Gesundheitsamt - Ges 5-FL  
STD/AIDS-Beratungsstelle  
Standort: Erfurter Str.7-8  
10825 Berlin  
Tel.: 030/7560 6428  
Fax: 030/7560 7847



## Wenn Ärzte zu Patienten werden Berliner Ärzte 01/2008

Wir freuen uns über das Aufgreifen dieses wichtigen, uns alle betreffenden Themas in BERLINER ÄRZTE.

Bedauerlicherweise wurde weder bzgl. des Artikels noch des Infokastens, der zum Teil private Telefonnummern angibt, mit uns Rücksprache gehalten. So haben sich einige Missverständnisse eingeschlichen.

Wir sind Mitglieder einer kleinen privat organisierten Selbsthilfegruppe, die sich ausschließlich an ärztliche KollegInnen wendet. Uns geht es in erster Linie um einen Austausch in einem geschützten Rahmen sowie um gegenseitige emotionale Unterstützung. Wir sind keine Beratungsstelle. Wir würden uns besonders über MitstreiterInnen freuen, die an einem langfristigen Austausch interessiert sind.

Dr. R. Diedrichs  
Dr. I. Traencker-Probst

## Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



### Evangelisches Krankenhaus Hubertus

Dr. med. Matthias Albrecht MBA ist seit dem 1. April 2008 Geschäftsführer des Evangelischen Krankenhauses Hubertus. Zuvor verantwortete er das Zentrale Qualitätsmanagement des Vereins zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser e.V. und war in 2007 zudem als kommissarischer Geschäftsführer im Evangelischen Krankenhaus der Paul-Gerhardt-Stiftung in Wittenberg tätig. Sein Vorgänger im Ev. Krankenhaus Hubertus, Lutz Werner, verabschiedete sich nach langjähriger Tätigkeit in den Ruhestand.

### HELIOS Klinikum Emil von Behring

Dr. med. Gregor J. Förster ist

seit dem 1. Februar Chefarzt des Instituts für Nuklearmedizin und molekulare Bildgebung. Er tritt damit die Nachfolge von Dr. med. Ali Savaser an, der in den Ruhestand verabschiedet wurde. Vor der Übernahme der Chefarztposition war Dr. Förster Leiter des Bereichs Nuklearmedizin im neu gegründeten ambulanten Gesundheitszentrum Charité Campus Mitte.

### HELIOS Klinikum Emil von Behring

Dr. med. habil. Holger Rüss-

mann ist seit dem 1. März Chefarzt des Instituts für Mikrobiologie, Immunologie und Laboratoriumsmedizin. Er folgt damit Prof. Dr. med. Harald Mauch, der in den Ruhestand verabschiedet wurde. Vor der Übernahme der Chefarztposition war Dr. med. habil. Rüssmann als Professor für „Medizinische Mikrobiologie und Hygiene“ am Max von Pettenkofer-Institut in München tätig.

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

## Fehlerteufel

...in den Hinweisen der Chefarztwechsel von BERLINER ÄRZTE 4/2008, S. 7: Vivantes Klinikum Am Urban - Prof. Roigas war nicht Leitender Oberarzt der Kinderneurologie, sondern Leiter der Abteilung für Kinderurologie und der Urologischen Einheit am Campus Virchow Klinikum sowie stellvertretender Leitender Oberarzt der Klinik für Urologie am Campus Charité Mitte. Wir bedauern den Fehler.

## Lehrgang

### Sachkunde zur Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis

Der Sachkundelehrgang zur Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte findet am 31.05.2008 und 21.06.2008 statt. Die neuen Richtlinien zum Hygienestandard in Arztpraxen im Rahmen des Qualitätsmanagements erlauben eine Rechtfertigung der Forderung nach Qualitätssicherung in der Instrumentenaufbereitung. Bundesweit werden in zunehmendem Maße Praxisbegehungen durch staatliche Behörden registriert. Es geht um die Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsstandards.

Ziel ist und muss immer die Minimierung von Gefahrenpo-

tenzial (Infektionsrisiko) für Patienten und Personal sein.

Für die Lehrgänge am 31.05.2008 und 21.06.2008 bestehen noch Anmeldemöglichkeiten. Bitte beachten Sie die Termine für den Anmeldeschluss (09.05.2008 und 30.05.2008).

Weitere Informationen finden Sie auf: [www.mut-gesundheit.de/fo-aufbereitung.htm](http://www.mut-gesundheit.de/fo-aufbereitung.htm)

Telefon: 030/293302-25  
E-Mail: [elvira.flegel@mut-gesundheit.de](mailto:elvira.flegel@mut-gesundheit.de)

Dipl. Med. Elvira Flegel  
MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH

## Podiumsveranstaltung

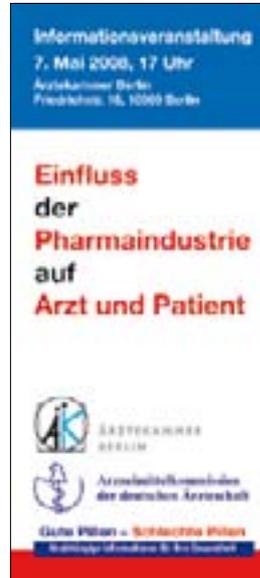
### Einfluss der Pharmaindustrie auf Arzt und Patient

Der „Einfluss der Pharmaindustrie auf Arzt und Patient“ beschäftigt eine hochkarätige Podiumsdiskussion, die am 7. Mai von der Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und dem Informationsblatt „Gute Pillen-Schlechte Pillen“ (Herausgeber: „arzneitelegramm“, „Arzneiverordnung in der Praxis“, „DER ARZNEIMITTELBRIEF“, „PHARMA-BRIEF“) veranstaltet wird. Einer der Referenten ist der australische Pharmakritiker Peter Mansfield („Healthy Skepticism“). Die Veranstaltung beschäftigt sich mit den vielfältigen Einflussnahmen der Pharmaindustrie auf die ärzt-

liche Arbeit. Dass Arzneimittel-desinformation eher die Regel als die Ausnahme ist, zeigte BERLINER ÄRZTE 12/2006 ausführlich im Titelthema.

Die Podiumsdiskussion findet am 7. Mai, ab 17.00 Uhr (Achtung geänderte Uhrzeit!) in der Ärztekammer Berlin statt und ist kostenlos. Sie ist mit 4 Punkten als Fortbildungsveranstaltung zertifiziert. Das genaue Programm finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de)

Wegen begrenzter Kapazitäten bitten wir dringend um Anmeldung unter E-Mail: [presse@aekb.de](mailto:presse@aekb.de)



## Telematik

### Vorstand befasst sich erneut mit elektronischem Arztausweis

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat sich in seiner Sitzung am 7. April 2008 erneut mit dem Thema bundesweiter elektronischer Arztausweis – einer multifunktionalen Signaturkarte als ärztliches Gegenstück zur geplanten elektronischen Gesundheitskarte gemäß § 291 a SGBV – befasst.

Anlass war ein von der Bundesärztekammer übermitteltes, inzwischen circa 1500 Seiten umfassendes Rahmenvertragswerk, das die Herausgabe des Ausweises durch die Landesärztekammern im Zusammenwirken mit den (privaten)



Zertifizierungsdiensteanbietern (ZDA) auf eine technisch, organisatorisch und rechtlich solide Basis stellen soll. Dieses umfassende und hochkomplexe Regelwerk wurde von der Projektgruppe Elektronischer Arztausweis der Bundesärztekammer erstellt und stützt sich auf eine Vielzahl zum Teil ineinander verschachtelter Einzeldokumente. Darunter befinden sich u.a. auch technische Beschreibungen, die in letzter Konsequenz nur noch von einigen wenigen IT-Experten landesweit durchdrungen werden; denn mit dem bekanntermaßen extrem kostenträchtigen Gesamtprojekt, das nach dem Willen der Regierung die Telematik-Ära in der deutschen Medizin einläuten soll, betreten nicht nur die Ärztekammern in ihrer Herausgeberfunktion absolutes Neuland. Weltweit gibt es hierzu in der geplanten Form keine Erfahrungen. Erste vorläufige Berichte aus

den Testregionen über Schwierigkeiten auf allen Ebenen der Kartenausgabe und -funktion bestätigen insofern, was zu erwarten war. Eine belastbare Evaluation der Testergebnisse steht noch aus.

Es herrschte Einigkeit im Vorstand, dass die Sichtung und Prüfung der Vertragsdokumente, die vor ihrer Freigabe ein Bewertungsverfahren in den jeweiligen herausgebenden Kammern durchlaufen, notwendigerweise eine erhebliche Zeit in Anspruch nehmen wird und muss. Denn für die Kammer als Herausgeber der Karte nach dem Signaturgesetz ergäben sich bei einer überhasteten, ungenügend reflektierten Vorbereitung der Ausgabe im Zweifel unkalkulierbare Kosten- und Haftungsrisiken. Diese trägt letztlich das Kammermitglied. Angesichts des rechtlich schwer einzuordnenden Herausgabe-

konstrukts sei im Übrigen nicht auszuschließen, dass sich im Verlauf der Prüfung die Notwendigkeit ergebe, die Senatsgesundheitsverwaltung als Rechtsaufsicht um eine Stellungnahme zu bitten. Weiterhin bleibe abzuwarten, welche Regelungen zur Zusammenarbeit der Ärztekammern untereinander getroffen würden. Diese müssten sich u. a. hinsichtlich des Umgangs mit den ZDA, verschiedenen Karten-Sperrszenarien (zum Beispiel bei Karten-Diebstahl oder Approbationsverlust), Mehrfachmitgliedschaften von Kammerangehörigen u.a.m. auf einheitliche und (rechtlich) verbindliche Vorgehensweisen einigen.

Der Vorstand sieht im Übrigen noch aus einem weiteren Grund keinen Anlass für unbesonnenen Aktionismus: Die elektronische Gesundheitskarte befinde sich

bisher nicht nur im Stadium der (guten) Absichten, sie werde auch auf dem diesjährigen Ärztetag weitere Kritik erfahren, die geeignet sei, an ihren Grundfesten zu rütteln. Eine Notwendigkeit indes, den elektronischen Arztausweis auch ohne Gesundheitskarte herauszugeben, sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu erkennen. Die Befürworter einer solchen Vorgehensweise hätten bisher kein schlüssiges Konzept hinsichtlich anderer Anwendungsfelder vorlegen können. Angesichts der generell noch ungeklärten Kostenfrage die Herausgabe betreffend sei an dieser Stelle also Zurückhaltung geboten.

Mit seiner jetzigen Entscheidung folgt der Vorstand konsequent seiner bisherigen Linie – und befindet sich damit in völliger Übereinstimmung mit der derzeitigen Beschlusslage der Delegiertenversammlung.

ANZEIGE

ANZEIGE

*Fluorochinolone***Achillessehnenruptur**

Tendinitiden bis hin zu Sehnenrupturen sind unter der Einnahme aller Fluorochinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, Norfloxacin, Ofloxacin) bekannt. Diese UAW wurde in dieser Serie bereits beschrieben, darunter auch der Fall einer Kollegin, bei der freitags nach provisorischer Versorgung einer Achillessehnenruptur und geplanter Operation am darauf folgenden Montag beim Stolpern am Sonntag auch die andere Achillessehne riss. In einem aktuellen Fallbericht wird

noch einmal auf die Risikofaktoren hingewiesen, unter denen eine Tendopathie vermehrt auftreten kann (Grunddaten: Tendinitis: 0,1 - 0,01 % der behandelten Patienten, Sehnenruptur: weniger als 0,01 %):

- höheres Alter (bis 7-fach erhöhtes Risiko),
- Gabe von Glukokortikoiden (circa 3-fach erhöhtes Risiko),
- chronische Niereninsuffizienz (keine Risikoberechnung, Dosisanpassung bei eingeschränkter Nierenfunktion erforderlich).

Eine Kombination dieser Risikofaktoren erhöht die Möglichkeit des Auftretens einer Tendopathie. Da-

rüber hinaus kann eine erhebliche Latenzzeit zwischen der Einnahme und dem Auftreten einer Tendopathie bestehen (1 bis 510 Tage, Median 6 Tage). Die Beurteilung

einer Kausalitätsbeziehung ist bei spätem Auftreten erschwert.

Quelle: Dtsch Med. Wschr. 2008; 133: 241

*HPV-Impfstoff***Unklare Todesfälle**

Nach dem Bekanntwerden mehrerer unklarer Todesfälle junger Frauen in zeitlichem Zusammenhang mit der Gabe eines HPV-Impfstoffes (Gardasil®) stellten Behörden (EMA, Paul-Ehrlich-Institut) und Interessenverbände fest, dass der Impfstoff sicher und sein Nutzen-Risiko-Verhältnis vertretbar erscheint. Ein ungutes Gefühl bleibt. Vor einer Impfeempfehlung sollten Ärzte **Nutzen**, u.a.

- nur ca. 70 % der Infektionen werden durch den Impfstoff abgedeckt, circa 99 % aller HPV-Infektionen heilen ohne Folgen

aus, kein statistischer Vorteil bei hochgradigen Dysplasien, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sind weiterhin erforderlich, Wirkdauer unklar und **mögliche Risiken**, u.a.

- keine Langzeitergebnisse, Verdachtsfälle auf Schädigungen des ZNS, zusätzlich ist der Bezug auf die allgemeine Statistik der weiblichen Todesfälle in der betroffenen Altersgruppe nicht stimmig,

sorgfältig mit der Patientin und deren Eltern diskutieren.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2008; 105(7): C 270, Pressemeldungen u.a. der Deutschen Krebsgesellschaft

**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

ANZEIGE

## ARS – Antibiotika-Resistenz-Surveillance in Deutschland – gestartet

Die Entstehung und Ausbreitung von Resistenzen gegen Antibiotika hat sich weltweit zu einem gravierenden Problem der öffentlichen Gesundheit entwickelt, da dadurch die Behandlung von Infektionskrankheiten zunehmend erschwert wird und häufig erhebliche zusätzliche Behandlungskosten entstehen. Als Reaktion darauf plant das Bundesministerium für Gesundheit eine Strategie zur Erkennung, Prävention und Kontrolle von Antibiotika-Resistenzen in Deutschland.

Eine zentrale Stellung nehmen dabei Surveillance-Systeme zur Antibiotika-Resistenz sowie zum Antibiotika-Verbrauch ein, um auf der Basis verlässlicher und repräsentativer Daten Maßnahmen zur Begrenzung des Problems ergreifen zu können.

In Deutschland existierten bislang zwei laborgestützte Surveillance-Systeme zur kontinuierlichen Erhebung von Resistenzdaten: Seit 1999 erfasst das European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) Resistenzdaten für sieben ausgewählte Infektionserreger aus Blutkulturen, seit 2002 liefert das German Network for Antimicrobial Resistance Surveillance (GENARS) Resistenzdaten für alle klinisch relevanten Erreger aus Universitätskliniken. Beide Systeme sind aufgrund geringer Beteiligung nicht repräsentativ für das jeweils untersuchte Segment. Die Situation in der ambulanten Versorgung wird durch beide Netzwerke nicht erfasst.

Vor diesem Hintergrund hat das Robert Koch-Institut (RKI) die Surveillance unter der Bezeichnung ARS – „Antibiotika-Resistenz-Surveillance in Deutschland“ – neu strukturiert: Nach einem einheitlichen Erhebungsplan werden Resistenzdaten aus der Laborroutine für das gesamte Spektrum klinisch relevanter bakterieller

Erreger sowohl aus der stationären wie der ambulanten Versorgung kontinuierlich erfasst. Damit sollen zukünftig allgemeine und nach Regionen und Strukturmerkmalen der Krankenversorgung differenzierte Aussagen zur epidemiologischen Situation und zeitlichen Entwicklung der Antibiotika-Resistenz ermöglicht werden.

An ARS können sich alle medizinischen Laboratorien beteiligen, die bakteriologische Diagnostik nach den Mikrobiologisch-Infektiologischen Qualitätsstandards (MIQ) durchführen und die Ergebnisse der Resistenzprüfung

zusammen mit Angaben zur Probe, zum Einsender der Probe und zum Patienten in einem Labor-Informationssystem (LIS) elektronisch verwalten. Für die Übermittlung der Daten vom Labor an das RKI wurde eine für alle LIS implementierbare Schnittstelle entwickelt, die den Datentransfer automatisierbar macht und damit den Aufwand für die Teilnehmer auf ein Minimum begrenzt.

Im Januar 2008 haben die ersten Teilnehmer mit dem Datentransfer begonnen – damit hat der Aufbau eines Resistenzdatenpools begonnen, der mit wachsender Beteiligung immer belastbarere Aussagen zur Resistenzsituation und -entwicklung in Deutschland ermöglichen wird. In den nächsten Wochen wird die ARS-Website online geschaltet, die allgemeine und differenzierte Resistenzstatistiken öffentlich zugänglich macht und den Projektteilnehmern umfassende Abfragemöglichkeiten der eigenen Daten bereitstellt.

### Weitere Informationen:

[www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Antibiotikaresistenz



### Der 6. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung seit 29. März in Kraft

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hatte am 14.11.2007 den 6. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin vom 18. Februar und 16. Juni 2004 beschlossen. Nach der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde und Veröffentlichung im Amtsblatt für Berlin ist der 6. Nachtrag am 29. März 2008 in Kraft getreten. Mit dem vorangegangenen 5. Nachtrag war die Facharztkompetenz Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) eingeführt worden. So war es nur logisch und konsequent, auch den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in Berlin durch ein eigenes Gebiet Eigenständigkeit zurückzugeben. Das (neue) Gebiet Allgemeinmedizin hat jedoch deutlich umfangreichere und geänderte Inhalte erhalten. Unter anderem sind die Inhalte der Weiterbildung breiter gefächert und große Teile können auch ambulant abgeleistet werden.

Die Ärztekammer Berlin übernimmt damit Vorreiterfunktion. Sie ist die erste Landesärztekammer in Deutschland, die diesen Schritt geht.

Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin steht damit im Einklang mit allen anderen Ländern Europas, denn gemäß der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen ist im Rahmen der gegenseitigen Anerkennung der Befähigungsnachweise der EU-Staaten für Deutschland der „Facharzt für Allgemeinmedizin“ notifiziert. Das ehemals gemeinsame Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ gehört in Berlin nunmehr der Vergangenheit an.

Weitere Änderungen betreffen die Facharztkompetenz Orthopädie und Unfallchirurgie im Gebiet Chirurgie, die Zusatzweiterbildung Psychotherapie – fachgebunden – und Befugnisse zur Leitung der Weiterbildung für neu in die Weiterbildungsordnung aufgenommene Bezeichnungen. Nachzulesen sind diese Änderungen in der konsolidierten Fassung der Weiterbildungsordnung, eingestellt auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de). Auch die spezifischen Logbücher, unverzichtbarer Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung, sind auf der Internetseite der Ärztekammer Berlin einsehbar und abrufbar.

#### Dramatischer Anstieg der Antragszahlen

Die Delegiertenversammlung hatte am 2. April 2008 die aktuellen Antragszahlen von Antragstellerinnen und Antragstellern zur Kenntnis genommen. Seit Inkrafttreten der

Weiterbildungsordnung gibt es einen ungebrochenen Strom von Anträgen auf Anerkennung und auf Befugnis zur Leitung der Weiterbildung. Aktuell haben diese Antragszahlen noch einmal dramatisch zugenommen. So sind in der ersten Aprilwoche allein 180 Anträge auf Anerkennung (üblich sind 50 - 60) und 102 Anträge auf Befugnis zur Leitung der Weiterbildung eingegangen. Die Ärztekammer Berlin hat alle zur Verfügung stehenden Ressourcen mobilisiert, um alle Anträge so schnell wie möglich zu bearbeiten. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung bemühen sich um die rasche Bearbeitung der eingegangenen Anträge.

Die Ärztekammer Berlin erwartet zukünftig deutlich höhere Antragszahlen als in der Vergangenheit, da mit dem gestuften Auslaufen der Übergangsbestimmungen anders als bisher in jeder Facharztkompetenz, in jedem Schwerpunkt und jeder

Zusatzweiterbildung – bis auf wenige Ausnahmen – eine Prüfung abzulegen ist. Wir bitten vereinzelte Verzögerungen zu entschuldigen und bedanken uns bei allen Antragstellerinnen und Antragstellern für Ihr Verständnis.

Für Fragen rund um das Thema Befugnisse bietet die Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung seit kurzem dienstags, mittwochs und donnerstags in der Zeit von 10.00 bis 15.00 Uhr drei neue Service-Telefone mit den Nummern 030/408 06-1114, -1115, -1116 an.

Bitte beachten Sie, dass diese Telefonnummern nur für das Thema Befugnisse zur Verfügung stehen. Bei anderen Fragen zur Weiterbildung wenden Sie sich bitte an unsere anderen Service-Nummern: 030/408 06 -1111, -1112, -1113.

Dr. med. Michael Peglau  
Abteilungsleiter Weiterbildung/  
Ärztliche Berufsausübung

### Zweiter Qualitätszirkel zum Aufbau von QM in Praxen



Auf Grund der hohen Nachfrage nach diesem Qualitätszirkel bietet die ÄKB einen zusätzlichen Zirkel an. Um möglichst bald starten zu können, bitten wir Sie, sich umgehend anzumelden.

#### 1. Termin: 7.5.2008, 19.00 Uhr in der ÄKB

Die Folgetermine werden gemeinsam mit den Teilnehmern festgelegt.

In dem Qualitätszirkel werden Themen rund um die Einführung von QM in Praxen bearbeitet. Durch eine sachkundige Moderation sowie die gegenseitige Unterstützung der Teilnehmer besteht die Möglichkeit, Fragen zum

Aufbau eines QM-Systems zu erörtern, Unsicherheiten oder Probleme, die bei der Einführung von QM auftreten, auszuräumen und Ihren eigenen Weg für ein gelungenes Qualitätsmanagement in Ihrer Praxis zu finden. Fortbildungspunkte: 3 Punkte pro Termin

#### Ihre Ansprechpartnerinnen bei der Qualitätssicherung der ÄKB sind

Angelika Mindel-Hennies (Inhalte und Planung), Tel. 40 80 61 000, [a.mindelhennies@aekb.de](mailto:a.mindelhennies@aekb.de)  
Regina Drendel (Organisation und Anmeldung), Tel. 40 80 61 401, [r.drendel@aekb.de](mailto:r.drendel@aekb.de)

## Gesundheitspolitik

## Kammer: Politik trägt Verantwortung für Zwei-Klassen-Medizin

Eine von der Universität Köln veröffentlichte Studie zur Terminvergabe in Arztpraxen zeigt nach Ansicht der Ärztekammer Berlin die Auswirkungen einer verfehlten Gesundheitspolitik.

Die ständige Unterfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zwingt viele Ärztinnen und Ärzte leider dazu, Privatpatienten bei der Terminvergabe bevorzugt zu behandeln. „Durch jahrelangen politischen Missbrauch ihrer Beiträge sind GKV-Versicherte immer schlechter gestellt worden“, betonte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz in einer Presseerklärung. So fließen drei Milliarden Euro pro Jahr als Quersubvention an die Arbeitslosenversicherung. Die vom SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach geäußerte Kritik an den längeren Wartezeiten für GKV-Patienten und den damit verbundenen gesundheitlichen Risiken verwunderte. „Herr Lauterbach beklagt jetzt die Folgen einer Politik, die er als Bundestagsabgeordneter und Mitglied einer Regierungspartei mitzuverantworten hat“, erklärte Jonitz.

Kammer-Vizepräsident Dr. med. Elmar Wille hält die Quersubventionierung durch Privatpatienten in vielen Praxen für überlebensnotwendig. „Ohne Privatpatienten könnte ich die Praxis schließen“, betonte der niedergelassene Augenarzt. PKV-Versicherte unterstützten mit ihren Prämien laufend ein marodes

GKV-System. Ohne sie wären beispielsweise Investitionen in die technische Ausstattung der Praxen, die allen Patienten zugute kommen, kaum möglich.

Wie es um die finanzielle Ausgestaltung der GKV bestellt ist, wird anhand der Kopfpauschalen deutlich, die die Krankenkassen pro Versichertem an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen. Diese schwankten in Berlin 2007 zwischen rund 55 und 125 Euro pro Versichertem (und Mitversichertem) und Quartal.

So hat die KV Berlin beispielsweise von der Betriebskrankenkasse der Verkehrsbau Union (VBU) im zweiten Quartal 2007 eine Kopfpauschale von 55,56 Euro erhalten. Demnach müssen Berliner Ärztinnen und Ärzte einen VBU-Versicherten und seine mitversicherten Familienangehörigen für 222,24 Euro ein Jahr lang medizinisch versorgen. „Das bedeutet heruntergebrochen auf die Arztvergütung, dass beispielsweise ein Augenarzt für drei Monate Versorgung und Betreuung von eben dieser Krankenkasse nur 9 Euro bekommt! Welche ärztliche Leistung will die Politik da erwarten?!“, erklärte dazu Dr. Wille. „Statt laufend selbst verschuldete Missstände im Gesundheitswesen zu beklagen, sollte die Politik endlich anfangen, diese Missstände zu beseitigen“, fügte Kammerpräsident Jonitz hinzu.

## Mindestmengen

## Jonitz kritisiert Gemeinsamen Bundesausschuss

Die Einführung von Mindestmengen hat nicht zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität in Krankenhäusern bei chirurgischen Eingriffen geführt. „Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat durch seine öffentlichen Verlautbarungen zur Mindestmengen-Begleitforschung bei Kniegelenk-Totalendoprothesen-Operationen (Knie-TEP) einen falschen Eindruck entstehen lassen. Die Ergebnisse zeigen, dass auch kleine Kliniken trotz niedriger Fallzahl besser geworden sind. Auch wenn Krankenhäuser mit der Fallzahl unterhalb der Mindestmenge bleiben, können sie gute Qualität vergleichbar den größeren Kliniken gewährleisten“, erklärte Kammerpräsident und Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer, Dr. med. Günther Jonitz. Aus den Ergebnissen der Forschung könne daher nicht auf den vom G-BA behaupteten qualitätssteigernden Effekt der Knie-TEP-Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Jahr geschlossen werden.

Der G-BA habe sich nur auf ein einzelnes Teilergebnis, nämlich die Häufigkeit postoperativer Wundinfektionen bei Knie-TEP bezogen. Erfreulicherweise sei hier tatsächlich die Rate der postoperativen Wundinfektionen zurückgegangen – jedoch auch schon vor Einführung der Mindestmenge. „Dass weniger Wundinfektionen aufgetreten sind, fand sich gleichermaßen in kleinen wie größeren Krankenhäusern. Gerade in den Krankenhäusern, welche unterhalb der Knie-TEP-Mindestmenge lagen, war dieser Rückgang der Wundinfektionen vergleichsweise sogar stärker ausgeprägt. Deshalb auch ist es mehr als fragwürdig, diese Qualitätsverbesserung ursächlich auf die Einführung der Mindestmenge zurückzuführen“, fasste Jonitz zusammen. Bei der Mindestmengen-Begleitforschung handelt es sich um eine Beobachtungsstudie. Daher sind Schlussfolgerungen zu einer ursächlichen Wirkung der eingeführten Mindestmenge auf die Ergebnisqualität nicht möglich. Der punktuelle Befund bei Knie-TEPs lässt sich nicht allgemein auf andere Eingriffe oder andere Mindestmengenregelungen übertragen.

**Masse gleich  
Klasse?**



# UNTER HOCHDRUCK

Vom 14. bis zum 19. Juni findet im Berliner ICC der Kongress „Hypertension 2008“ statt. Zu diesem medizinischen Groß-Ereignis werden bis zu 10.000 Teilnehmer erwartet.

Der Kongress stellt zugleich das 18. Scientific Meeting der European Society of Hypertension und das 22. Scientific Meeting der International Society of Hypertension dar und wird in Zusammenarbeit mit der Deutschen Hochdruckliga organisiert. Während die Hochdruck-Experten aus aller Welt über neueste wissenschaftliche Ergebnisse „from bench to bedside“ diskutieren, bietet die Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) am 14. Juni eine praxisrelevante Fortbildung für alle interessierten Berliner Mediziner an. Berlin im Zeichen der Hypertonie:

**BERLINER ÄRZTE** schließt sich an und widmet sich der Volkskrankheit in diesem Schwerpunktbeitrag.

*Von Adelheid Müller-Lissner*



BERLINER ÄRZTE 9-2003

# Die Volkskrankheit Hypertonie auf dem Prüfstand

**E**inerseits wirkt die Sache ausgesprochen einfach: Bluthochdruck ist nicht nur einer der ganz wichtigen kardiovaskulären Risikofaktoren, er ist zudem medizinisch auch einer derjenigen, die man leicht erkennen und beeinflussen kann. Die Diagnostik ist unproblematisch, denn der Blutdruck wird mit einer nicht-invasiven, wenig belastenden und praktisch überall anwendbaren Methode gemessen, die sogar der Laie für die Selbstuntersuchung erlernen kann.

Doch schon beginnen die Schwierigkeiten, zeichnet sich der arterielle Blutdruck doch durch eine große Schwankungsbreite aus. Von der „Weißkittel-Hypertonie“, die den Blutdruck in wenig repräsentative Höhen treibt, sobald ein Patient von seinem Arzt die Manschette umgelegt bekommt, war in den letzten Jahren vielfach die Rede. Doch auch im Detail kann der Arzt eine Menge falsch machen. Eine Arbeitsgruppe der European Society of Hypertension hat deshalb Verhaltensregeln für die Messung in der Praxis ausgearbeitet. Dazu gehört, dem Patienten zuvor eine Verschnaufpause in einem ruhigen Raum zu lassen, mindestens zwei Messungen im Abstand von ein bis zwei Minuten vorzunehmen und beim ersten Mal an beiden Armen zu messen, nicht zuletzt aber auch, Manschetten für verschieden dicke Arme zur Verfügung zu haben.

Das Bild von der auf den ersten Blick einfachen, auf den zweiten höchst komplexen Krankheit bestätigt sich, wenn man die Behandlung betrachtet. Hatte sehr hoher Blutdruck noch Mitte des vorigen Jahrhunderts fast schicksalhaft den frühen Tod zur Folge, so stehen

heute für dessen Senkung eine Reihe wirksamer Substanzen zur Verfügung. „Allerdings werden sie nicht rigoros genug und bei weitem nicht immer in der richtigen Kombination eingesetzt“, kritisiert Thomas Unger, Leiter des Instituts für Pharmakologie der Charité und als Vizepräsident zuständig für das wissenschaftliche Programm des Berliner Kongresses. Noch immer scheint die schon vor Jahren in kritischer Absicht formulierte 50-Prozent-Regel zu gelten: Nur bei der Hälfte der Betroffenen wird die Hypertonie erkannt, nur die Hälfte der korrekt diagnostizierten Fälle wird auch richtig behandelt, und nur die Hälfte derjenigen, denen ein Rezept ausgestellt wurde, nimmt auf die Dauer auch die verordneten Mittel.

Spätestens bei der Frage, wer denn nun medikamentös behandelt werden sollte, wird das vermeintlich Einfache wirklich knifflig. Denn wer von Hypertonie spricht, spricht nie nur über Blutdruckwerte, die über einem bestimmten Normwert liegen. Und die keine Beschwerden verursachen. Sorgen machen diese Messwerte schließlich wegen der Schäden an Herz, Niere und Gehirn, die mit ihnen im klaren Zusammenhang stehen. „Das primäre Behandlungsziel für Patienten mit Bluthochdruck ist es, das Langzeitrisiko von kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität maximal zu senken“, heißt es aus gutem Grund in den Leitlinien der Deutschen Hochdruckliga und der Deutschen Hypertoniegesellschaft. Nur weil und insofern er Gefahr für Leib und Leben birgt, soll der hohe Blutdruck, der meist selbst keine Beschwerden macht, also medikamentös auf Normalmaß gesenkt werden. Doch auch hier tun sich neue Schwierigkeiten auf.

## Streit um Messwerte

Einig sind sich die Experten darin, dass es am besten ist, wenn der obere, systolische Wert 120 mmHg nicht überschreitet. Doch wo genau beginnt „hoher Blutdruck“? Ab welchem Wert sollte man in dem Bewusstsein leben, ein Gesundheitsrisiko mit sich zu tragen, obwohl man sich eigentlich ganz wohl fühlt? Wann sollte man mit Medikamenten gegensteuern? Die Deutsche Hochdruckliga stuft in ihren Leitlinien Werte bis zu 139 zu 89 als „hoch normal“, Werte bis 159 zu 99 als leichte Hypertonie, Werte bis 179 zu 109 als mittelschwere Hypertonie ein, über 180 zu 110 gilt die Hypertonie als schwer.

Darüber, ob es der Bevölkerung nützt, wenn die Schwelle für das Eingreifen weiter abgesenkt wird, streiten derzeit in den USA jedoch die Mediziner. Die National Institutes of Health der USA kamen in ihren letzten Leitlinien überein, Werte zwischen den optimalen 120 zu 80 und einem – bei über 60-Jährigen durchaus mehrheitsfähigen – Wert von 139 zu 89 als „Prehypertension“, also als Vorstufe des Hochdrucks, einzustufen. Dass damit praktisch ein Drittel der erwachsenen US-Bevölkerung über Nacht ein Besorgnis erregendes diagnostisches Etikett angeheftet bekam, rief vor allem außerhalb der USA einiges Kopfschütteln hervor. Nun hat sich die Lage nochmals verschärft, wird doch jenseits des großen Teichs neuerdings seitens der einschlägigen Fachgesellschaft, der American Society of Hypertension, dafür geworben, die leicht erhöhten Werte schon als „Hypertension der Stufe eins“ zu klassifizieren. Heute leben in den USA etwa 65 Millionen Menschen

mit der Diagnose „hoher Blutdruck“, dank dieser neuen, strengeren Definition könnten es bald doppelt so viele sein. Nicht umsonst entzündet sich der Streit auch an der leidigen Frage, ob die Hersteller von Hochdruck-Medikamenten auf die Empfehlungen Einfluss genommen haben. „Auch bei uns versuchen die Firmen über die Beeinflussung der Leitlinien von Fachgesellschaften den Markt zu beeinflussen“, warnte der Internist Peter Sawicki, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), vor einiger Zeit im Gespräch mit dem Tagespiegel. „Natürlich sind wir Ärzte, wie alle anderen Menschen auch, zugänglich für Einflussnahme“, gesteht Unger zu, „aber dass die Empfehlungen unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die einen nach oftmals mühevollen und

kontroversen Diskussionen errungenen Konsens darstellen, wesentlich von der Industrie gesteuert seien, das kann ich nicht nachvollziehen“. Jeder zweite Bundesbürger über 60 hat einen Blutdruck über 140 zu 90. Das heißt jedoch nicht automatisch, dass er oder sie auch einen behandlungsbedürftigen Hochdruck hat. „Was wir sicher gelernt haben, ist, dass wir uns bei der Therapie nicht allein nach der Höhe des Blutdrucks richten dürfen“, sagt Unger. Einen systolischen Wert von bis zu 149 mmHg könne man den Europäischen Leitlinien zufolge für eine gewisse Zeit ohne Medikamente mit Gewichtsabnahme und körperlicher Aktivität zu beeinflussen versuchen, wenn keine weiteren Risikofaktoren vorliegen. Wesentlich sei, ob weitere Risikofaktoren wie Diabetes mellitus oder Fettstoffwech-

selstörungen vorliegen, die eine medikamentöse Behandlung unabdingbar machen – was allerdings bei über 85 Prozent der Menschen mit erhöhten Blutdruckwerten der Fall sei.

## Evidenzbasierte Hochdrucktherapie

Am strengsten sind die Maßstäbe für den Zielwert in der Sekundärprävention. Die Evidenz dafür, dass er hier auch unterhalb der magischen Grenze von 140 zu 90 noch weiter gesenkt werden sollte, stammt aus Untersuchungen wie der PROGRESS-Studie, in der gezeigt werden konnte, dass Patienten, die nach einem Schlaganfall oder einer transitorischen ischämischen Attacke ein sehr hohes Risiko für ein weiteres derartiges Ereignis aufweisen, selbst bei Blutdruckwerten unter 140 zu 90 noch von einer Senkung profitieren. Die ABCD-Studie konnte Ähnliches für Typ-II-Diabetiker ermitteln: Bei aggressiver Blutdrucksenkung nahmen Schlaganfälle deutlich ab, außerdem war ein Rückgang der Proteinurie zu verzeichnen. In der Sekundärprävention werden die angesteuerten Blutdruckwerte deshalb in den nächsten Jahren nach Einschätzung von Unger noch weiter nach unten gehen.

Als große Forschungsaufgabe bleibt für den Pharmakologen: „Was können wir tun, um Endorganschäden an Herz, Gefäßen und Niere nicht nur zu verzögern, sondern möglichst weitgehend zu verhindern?“ Inzwischen suchen Wissenschaftler seines Instituts auch in Ausgründungen, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert werden, nach neuen Substanzen.

Zukunftsmusik ist auch die Impfung gegen Hypertonie. Kürzlich wurde im „Lancet“ über erste Erfolge einer Phase IIa-Studie berichtet, in der eine aktive Immunisierung gegen Angiotensin II im mehrwöchigen Abstand getestet wurde. Ein solches Konzept könnte die Compliance verbessern, es ist jedoch

### Der Kongress

Hypertension Berlin 2008 ist das 18. wissenschaftliche Meeting der European Society of Hypertension (ESH) und das 22. wissenschaftliche Meeting der International Society of Hypertension (ISH) in Kooperation mit der Deutschen Hochdruckliga. Es findet vom 14. bis zum 19. Juni im ICC Berlin statt. Das volle Programm ist unter [www.hypertension2008.com](http://www.hypertension2008.com) abzurufen. Die Möglichkeit zur Tagesregistrierung zielt nach Auskunft des Programmverantwortlichen Thomas Unger von der Charité vor allem auf Besucher aus dem Berliner Raum.

### Fortbildungs-Symposium für Berliner Ärzte am 14. Juni 2008 von 10.00 bis 12.30 Uhr im ICC Berlin im Rahmen des Kongresses Hypertension Berlin 2008.

Vorsitz: K. H. Rahn (Universitätsklinikum Münster)  
D. C. Novak (Ärztchamber Berlin)

Den genauen Programmablauf entnehmen Sie bitte der Ankündigung im Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin auf Seite 27.

Eine Anmeldung zur Veranstaltung ist nicht erforderlich. Die Teilnahme ist kostenlos.

Veranstaltungsort ist das ICC Berlin, Saal 3, Eingang Neue Kantstraße/Ecke Messedamm.

Die Veranstaltung ist mit 2 Punkten für das Fortbildungszertifikat anerkannt. Tragen Sie sich bitte mit Ihrem Barcode-Aufkleber in die ausliegende Teilnehmerliste ein.

### Das Programm für Ihre Patienten:

Am Samstag den 14. Juni widmet sich ein Gesundheitstag in der Urania dem Thema Hochdruck mit Vorträgen und Aktionen für Laien.

**Gesamtrisiko bei Hypertonie**

	Leichte Hypertonie	Mittelschwere Hypertonie	Schwere Hypertonie
Keine Risikofaktoren (RF)	Gering erhöhtes Risiko	Mäßig erhöhtes Risiko	Hohes Risiko
1-2 Risikofaktoren	Mäßig erhöhtes Risiko	Mäßig erhöhtes Risiko	Sehr hohes Risiko
3 bzw. >3 RF, Diab., Organschaden	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Sehr hohes Risiko
Begleit- oder Folgekrankheit	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko

Kardiovaskuläres Risiko (%) / 10 Jahre: 0-10, 10-20, 20-30, >30

Quelle: Karl-Heinz Rahn

stoffen häufiger zu leichten Erhöhungen der Blutzuckerwerte kommt“. Unter dem Strich seien Thiaziddiuretika und Chlorthalidon aber die blutdrucksenkenden Wirkstoffe mit dem am besten belegten Nutzen. Für den Pharmakologen Thomas Unger ist indes wichtig, „dass wir Mittel einsetzen müssen, die Diabetes nicht induzieren, sondern im Gegenteil verhindern helfen“. Das sei inzwischen in der Wissenschaft unstrittig und habe sich zuletzt in einer im „Lancet“ veröffentlichten Meta-Analyse gezeigt, so der Charité-Forscher im Gespräch mit BERLINER ÄRZTE, es sei jedoch „offensichtlich in Köln noch nicht angekommen“.

## Lebensstil: Der Arzt als Vorbild?

Unstrittig ist zumindest eines: Auf jeden Fall sollte man bei allen Patienten auf Veränderungen des Lebensstils hinwirken. Auch wenn deren Erfolge, in Millimetern auf der Quecksilbersäule gemessen, sich zunächst bescheiden ausnehmen: Eine Gewichtsreduktion um zehn Kilo bringt zugleich eine Senkung des systolischen Blutdrucks um fünf bis 20 mmHg, ähnliche Ergebnisse konnten für ein leichtes regelmäßiges Ausdauertraining ermittelt werden: Zwei bis drei Stunden pro Woche Fahrradfahren, Gehen oder Joggen in einer Intensität von 40 bis 70 Prozent der maximalen Sauerstoffaufnahmekapazität machen sich nach zehn Wochen mit einer Reduktion von sieben bis neun Millimeter auf der Quecksilbersäule bemerkbar. „Die Effekte sind umso ausgeprägter, je höher die Ausgangswerte lagen“, sagt der Internist Hans-Georg Predel, Leiter des Instituts für Kreislaufforschung und Sportmedizin an der Deutschen Sporthochschule in Köln. „Die Wirkung geht dabei über die Senkung des Blutdrucks hinaus: So können das kardiovaskuläre Risikofaktorenprofil, hochdruckassoziierte Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die Lebensqualität günstig beeinflusst werden.“ Der berühmte Lifestyle-Faktor spielt vor allem in der Primär-

durchaus riskant. Das entwicklungs-geschichtlich alte Renin-Angiotensin-Aldosteron-System langfristig zu beeinflussen, kann unabsehbare Folgen haben, so wird im Kommentar zur Studie gewarnt. Zu befürchten sind zudem allergische Reaktionen.

„Die bestehenden Möglichkeiten sind bei der Behandlung der Hypertonie schon so gut, dass es für Innovationen schwer ist, besser zu sein“, sagt der Hypertensiologe Karl-Heinz Rahn von der Uni Münster (siehe Interview, Seite 19). Er findet es auffällig, dass die Firmen heute bei der Entwicklung von Neuerungen zur Hypertonie-Behandlung deutlich zurückhaltender geworden sind. „Die Wahrscheinlichkeit, dass man etwas findet, was einen Durchbruch darstellt, ist sehr gering.“ Durchbrüche erhofft er sich eher von Forschungsvorhaben zu Genkonstellationen, anhand derer man Hochrisikopatienten zuverlässiger als bisher identifizieren kann.

Klare Verhältnisse herrschen ohnehin bei der schweren Hypertonie. Dann sei es nicht nötig, das gesamte kardiovaskuläre Risiko vor dem Beginn der Therapie abzuschätzen, betonen die Leitlinien. Die komplette Diagnostik könne auch nach Behandlungsbeginn erfolgen.

Doch selbst wenn klar ist, dass behandelt werden muss, reißt die Kette der schwierigen Fragen beim Thema Hypertonie noch längst nicht ab. Welche Mittel sollen nun zum Einsatz kommen? In einem Vorbericht, der im letzten Jahr veröffentlicht wurde, geht das IQWiG davon aus, dass bei der Hälfte der erwachsenen Patienten mit einer essenziellen Hypertonie eine Monotherapie mit nur einem Wirkstoff zur Kontrolle des Blutdrucks ausreicht, bei den übrigen jedoch ein zweiter oder sogar dritter kombiniert werden muss. Es sei deshalb sinnvoll, immer mit einem Wirkstoff zu beginnen und nur im Bedarfsfall eine Kombinationstherapie einzuleiten. Nach der Analyse von 16 kontrollierten randomisierten Studien, die fünf Wirkstoffgruppen mit dem Endpunkt Folgekomplikationen vergleichen, kommt das Institut zu dem Ergebnis, dass Diuretika den anderen Gruppen in keinem Therapieziel unterlegen seien. Thiaziddiuretika und Chlorthalidon schnitten im Hinblick auf die Vorbeugung von Schlaganfällen und einer Anzahl verschiedener Herz-Kreislauf-Ereignisse sogar deutlich besser ab als ACE-Hemmer und Kalziumantagonisten. Der Bericht bestätigt allerdings, „dass es während der Einnahme von Diuretika im Vergleich zu einzelnen anderen Wirk-

prävention eine tragende Rolle. Bei Hypertonien der Schweregrade I und II reichen nichtmedikamentöse Maßnahmen in manchen Fällen alleine aus, um den Blutdruck zu normalisieren.

Um schon sprachlich zu verdeutlichen, dass die Rolle von Bewegung und Ernährung inzwischen wissenschaftlich genauer unter die Lupe genommen wird, spricht Predel gern vom „Therapeutic Lifestyle Changing“. Was die Interventionen Gewichtsreduktion und regelmäßige körperliche Betätigung betrifft, so kann der Arzt sich inzwischen auf den höchsten Evidenzgrad stützen. Es fehlen allerdings noch große Untersuchungen zu der Frage, wie beide Faktoren zusammenwirken. „In kleineren Untersuchungen konnten wir additive Effekte zeigen“, sagt Predel. Befragungen von Patienten haben gezeigt, dass es der behandelnde Arzt ist, der den meisten Einfluss darauf hat, ob Hochdruck-Patienten eine Lebensstiländerung in Angriff nehmen: Auch wenn ihr Hausarzt sich für eine entsprechende Aufklärung in jedem Quartal gerade einmal fünf Minuten Zeit nimmt, bringt das für die Compliance eine Menge. Auch die Vorbildfunktion des Arztes dürfe man dabei nicht ganz außer Acht lassen, meint Predel. „Hier können wir noch eine Menge verbessern, auch im eigenen gesundheitlichen Interesse.“

Berufshalber einen weißen Kittel zu tragen, schützt Mediziner schließlich selbst nicht vor einer Hypertonie. Wichtig ist, dass die Lebensstiländerung von Dauer ist, andernfalls steigt auch der Blutdruck wieder unbarmherzig in die Höhe. Spätestens hier zeigt sich, dass auch das Thema Lebensstilveränderung schwierig ist. Im Rahmen des Projekts M.O.B.I.L.I.S., der multizentrisch organisierten bewegungsorientierten Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung, konnte gezeigt werden, dass beim Durchhalten eine Verhaltenstherapie hilfreich ist.

## Streit um das Salz in der Suppe

Auch die Empfehlung, Salz nur in Maßen zu konsumieren, ist durch Studien gut abgesichert. „Seit der großen INTERSALT-Studie ist der Streit aus meiner Sicht wissenschaftlich entschieden“, sagt Walter Zidek, Leiter der Medizinischen Klinik für Nephrologie der Charité am Campus Benjamin Franklin. Plausibel ist der Zusammenhang ohnehin: Salz bindet Wasser, erhöht die Blutmenge und steigert die Bereitschaft der Gefäße zur Verengung, was zur Drucksteigerung führen kann. Kritiker der Salz-Restriktion führen jedoch ins Feld, dass nur die salzsensitive Hälfte der Hypertoniker davon profitiere. Wenn mehrfach ein zu hoher Blutdruck gemessen wurde, lohnt sich der Versuch aber schon deshalb, weil sich eine medikamentöse Behandlung damit zunächst erübrigen könnte. Die Sensitivität zu testen, indem man Hypertoniker eine Woche lang streng salzarm, danach eine Woche lang extrem salzreich essen und dabei wegen der Natriumausscheidung den Urin sammeln lässt, ist wenig praktikabel. Zidek betont zudem, dass auch weniger salzsensitive Hypertoniker von einer bewussten Ernährung profitieren. „Eine mediterrane Diät, die wenig Salz, viel frisches Gemüse und überwiegend ungesättigte Fettsäuren enthält, senkt den Blutdruck auch aus anderen Gründen.“ Warum, das ist noch nicht genau bekannt, möglicherweise kommt hier ein positiver Effekt der Antioxidanzien ins Spiel. Im Rahmen des groß angelegten Nordkarelien-Projekts ging in der kardiovaskulär zuvor besonders gefährdeten finnischen Region der durchschnittliche Konsum an Natriumchlorid von stolzen 14 auf acht bis neun Gramm zurück. Nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung ist das immer noch zu viel. Es reichte aber, um die Zahl der Myokardinfarkte und der Schlaganfälle deutlich zu reduzieren, die Lebenserwartung der Männer erhöhte sich seit Ende der 60er Jahre um acht Jahre – und das, obwohl die Finnen in

diesem Zeitraum keineswegs dünner wurden. Inzwischen helfen in Finnland Logos auf den Verpackungen, unter den nach wie vor beliebten Fertigprodukten die salzärmeren auszuwählen. Nur wer seine Mahlzeiten von Grund auf selbst kocht, hat deren Salzgehalt wirklich in der Hand. Einerseits kommt damit ein Schichtproblem ins Spiel. Denn Pommes von der Imbissbude, Konserven und Tiefkühlpizzen stehen häufiger auf dem Speiseplan der weniger Betuchten. „Ich habe jedoch auch genügend gut situierte Patienten, die dasselbe Problem haben, vor allem solche im mittleren Lebensalter, die im Beruf sehr aktiv sind und wenig Zeit zum Kochen finden“, sagt Zidek. Seiner Erfahrung nach sind es eher die Rentner, die die Diätvorschläge sorgsam in den Alltag integrieren.

Was einfach scheint, ist auch in diesem Punkt schwer umzusetzen. „Wir Menschen sind wahrscheinlich von unserem Bauplan her nicht geeignet, unsichtbare, weit in der Ferne liegende, abstrakte Gefahren ernst zu nehmen“, sinniert Zidek. Genau solche Gefahren birgt die Volkskrankheit Hypertonie.

Verfasserin:

Dr. Adelheid Müller-Lissner  
Medizinjournalistin

### IM BEITRAG GENANNTEN STUDIEN:

- \* HOT (Hypertension Optimal Treatment) – Studie: Lancet 1998, Band 351, 1755 ff.
- \* ABCD (Appropriate Blood Pressure Control in Diabetes) – Studie: New England Journal of Medicine 1998, Band 338, 645 ff.
- \* PROGRESS (Perindopril Protection against Recurrent Stroke) – Studie: Lancet 2001, Band 358, 1033 ff.
- \* INTERSALT (International Study of Sodium, Potassium and Blood Pressure) – Studie: British Medical Journal 1988, Band 297, 319 ff.
- \* M.O.B.I.L.I.S. (Multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung) – Programm: Deutsches Ärzteblatt, Heft 11 vom 14. März 2008, 197 ff.
- \* Die Meta-Analyse zu Antihypertensiva und Diabetes-Entwicklung von Elliot und Meyer: Lancet 2007, Band 369, 201-207
- \* Die Impfstudie: Band 371 S. 821ff. Lancet 2008



Foto: privat

## „Die Compliance ist das wirkliche Problem“

**INTERVIEW** mit Prof. Dr. med. Karl-Heinz Rahn, Vizepräsident des Kongresses (s. S. 16) und ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik D der Universität Münster. Rahn, der von 1998 – 2000 auch Präsident der internationalen Fachgesellschaft war, hat entscheidenden Anteil daran, dass der Hypertonie-Kongress nach Berlin kam.

*Herr Professor Rahn: Woran hapert es bei der Behandlung der Hypertonie?*

Bluthochdruck wird immer noch unzureichend behandelt, vor allem in Deutschland sieht die Situation nicht gut aus. Wir haben inzwischen im Vergleich mit der Zeit vor 20 bis 30 Jahren weltweit etwas strengere Kriterien für den anzustrebenden Blutdruck, allgemein ist die Ansicht, dass man den Blutdruck auf Werte unter 140 zu 90 mmHg senken sollte. Diesen Grenzwert sollte man unterschreiten. Wenn man dieses Kriterium anlegt, sind in Deutschland heute 20 bis 25 Prozent der Frauen mit Hypertonie ausreichend behandelt, aber nur zehn bis zwölf Prozent der Männer. In Ländern wie den USA sieht es besser aus, dort gab es in den letzten 15 Jahren Gesundheitsprogramme, die den Behandlungsgrad deutlich verbessert haben. Dazu kommt, dass die deutsche Bevölkerung genetisch gesehen ungünstig dasteht: Die Blutdruckwerte sind hier höher als in Kanada, den USA, Italien, Frankreich. Das spiegelt sich auch in der Häufigkeit von Schlaganfällen wider, hier liegen Deutschland und Finnland im Acht-Länder-Vergleich an der Spitze.

*Wird die genetische Disposition auch Kongresssthema sein?*

Es wird Hauptreferate über die Gene geben, die für einen hohen Blutdruck verantwortlich sind. Leider sind es sechs bis zehn Gene, die hier zusammenwirken, sodass die Situation relativ unübersichtlich

ist. Es wäre ja schön, wenn wir ein einziges Gen hätten, auf dessen Beeinflussung wir uns stürzen könnten. Das ist aber leider nur bei einigen seltenen Formen des Hochdrucks der Fall, nicht bei der weit verbreiteten essentiellen Hypertonie.

*Die ist als große Volkskrankheit auch ein großer Markt für die pharmazeutische Industrie. In den USA kam bei der letzten Absenkung der Zielwerte sofort der Verdacht auf, die zuständigen Fachgesellschaften könnten unter deren Einfluss stehen.*

Sicher, dieser Verdacht liegt nahe. Aber die Grenze 140 zu 90 ist durch zahlreiche große Studien belegt. Diskutieren kann man allerdings über die Tendenz, sie immer weiter abzusenken, Werte über 130 zu 80 schon als „hochnormal“ zu bezeichnen und erst einen Blutdruck unter 120 zu 75 als optimal anzusehen. Hier spielen exogene Einflüsse interessierter Firmen eine Rolle, aber das hat sich auch nicht durchgesetzt. Im Gegenteil: Es gibt ein paar Studien, in denen sich zumindest indirekt in einer Post-hoc-Analyse gezeigt hat, dass es für einige Patientengruppen auch schädlich sein kann, den Blutdruck zu weit abzusenken, etwa für Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit, deren Mortalität bei einem diastolischen Wert unter 70 wieder etwas anzusteigen scheint. Das sind Hinweise, die zur Vorsicht mahnen.

*Also gibt es keine klare Grenze, die für alle gelten würde?*

Nein, die kann es schon deshalb nicht geben, weil sie sich an den Risiken orientieren muss. Ganz im Vordergrund stehen hier der Schlaganfall und der Herzinfarkt. Wir wissen, dass Diabetiker mit hohem Blutdruck besonders gefährdet sind, in den nächsten zehn Jahren eine solche Komplikation zu erleiden. Für sie gilt ein Zielblutdruck von 130 zu 80. Ähnliches gilt für Patienten mit einer Nierenfunktionsstörung und in der Sekundärprävention von Patienten, die bereits einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall durchgemacht haben. In der Praxis helfen bei der Entscheidung vereinfachte Tabellen.

*Und was hilft dem Hausarzt später dabei, die Compliance für die Einnahme der verordneten Mittel herzustellen?*

Sie haben recht, die Compliance ist das wirkliche Problem: Erhöhter Blutdruck tut

nicht unmittelbar weh, es vergehen 10 bis 20 Jahre, ehe man sich davon beeinträchtigt fühlt. Wer wegen verschiedener Erkrankungen mehrere Mittel braucht, wird eher die Hochdrucktabletten als die Medikamente gegen Angina pectoris vergessen. Es ist also nicht erstaunlich, wenn die Unzuverlässigkeit in der Medikamenteneinnahme den wichtigsten Faktor bei der schlechten Einstellung des Blutdrucks darstellt. Hier liegt eine wichtige Aufgabe für Hausärztin und Hausarzt. Regelmäßige Kontakte sind entscheidend für die Motivation, und zwar nicht immer zum Arzt selbst, sondern auch zu dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Man darf nicht müde werden, darauf hinzuweisen, wie wichtig es ist, die Medikamente regelmäßig zu nehmen, und man muss das auch immer wieder mit harten Daten belegen. Wichtig ist auch, dass man die Patienten anhält, ihren Blutdruck selbst zu messen. Vor 30 Jahren hat man es für völlig unmöglich gehalten, das einem Laien beizubringen. Inzwischen sind die Geräte verbraucherfreundlicher geworden, und das technische Verständnis älterer Menschen ist gewachsen.

*Welche Rolle spielen die Nebenwirkungen?*

Sie sind bei den gängigen Blutdruck senkenden Mitteln eigentlich sehr gering. In Studien waren sie zum Teil nicht höher als unter Placebo. Das Problem sind wohl eher Bequemlichkeit und Sorglosigkeit. Wie schwer es ist, Medikamente wirklich zuverlässig zu nehmen, kann man an sich selbst beobachten, wenn man etwa eine Zeitlang Antibiotika nehmen muss.

*Nehmen die Ärzte ihren eigenen Blutdruck ernst genug?*

Ich kann dazu keine detaillierten Studien liefern. Aber wenn ich so um mich schaue – und ich bin inzwischen ja selbst in dem Alter, in dem viele Menschen erhöhten Blutdruck haben –, dann habe ich den Eindruck, dass die Kollegen besorgt sind und versuchen, ihren Blutdruck gut einzustellen. Allerdings sind wir Ärzte bei einem Faktor, der den Blutdruck erhöht und auch unabhängig davon ein Risiko darstellt, nicht unbedingt Vorbilder: beim Übergewicht.

Mit Prof. Rahn sprach  
Dr. Adelheid Müller-Lissner

# Delegierte setzen EU-Richtlinie um

Bericht von der Delegiertenversammlung am 2. April 2008

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat sich am 2. April intensiv mit der Satzung zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG befasst. Hinter dem spröden Titel verbarg sich eine umfangreiche Richtlinie der Europäischen Union, die Änderungen in der Weiterbildungs-, Melde- und Berufsordnung notwendig machten. Daneben beschlossen die Delegierten eine Entschädigungsregelung zur Kinderbetreuung für ehrenamtlich tätige Kammermitglieder. Darüber hinaus verabschiedeten die Delegierten die Kandidatenliste für die Wahl der ehrenamtlichen Richter für das Berufsgericht und das Berufsobergericht.

Von Sascha Rudat

Wie Kammergeschäftsführer Gerhard Andersen zusammenfasste, betrifft die EU-Richtlinie primär die Anerkennung ausländischer Berufsdiplome in Deutschland. Betroffen ist davon vor allem die Weiterbildungsordnung (WbO), so dass ein 7. Nachtrag notwendig wurde, der Teil der Satzung ist. Der geänderte Paragraph 19 der WbO sieht demnach verschiedene Stufen der Facharztanerkennung vor. Mit der Systematisierung sind die bisher geltenden Anerkennungsregelungen vereinheitlicht und gestrafft worden.

Gehört ein Facharzt diplom aus dem EU-Ausland zu den 53 in Brüssel notifizierte FA-Anerkennungen, so muss die Ärztekammer Berlin die entsprechend notifizierte deutsche Bezeichnung auf Antrag bescheinigen. Entspricht ein ausländisches Diplom nicht vollständig der EU-Notifikation, kann der in Deutschland lebende Antragsteller aber einen Nachweis erbringen, dass er in den vergangenen fünf Jahren drei Jahre am Stück die entsprechende Tätigkeit ausgeübt hat, so erhält er das Recht zum Führen der deutschen Bezeichnung. Das ist ebenso der Fall, wenn die zuständige Behörde im EU-Ausland eine Bescheinigung über die Gleichwertigkeit ausstellt. Die Anerkennung wird auch ausgestellt, wenn ein aus einem Drittland stammender Arzt zunächst in einem anderen EU-Land gearbeitet hat und dort die entsprechende Bescheinigung bekommen hat. Eine Eignungsprüfung bei der Kammer wird hingegen notwendig, wenn

a) die Notifikation nicht deckungsgleich ist, keine Bescheinigung einer ausländischen Behörde vorliegt und die Dauer der Weiterbildung im Ausland mindestens ein Jahr unter der entsprechenden in der WbO liegt;

- b) die Inhalte der Weiterbildung und der nachgewiesenen Tätigkeiten im Ausland wesentlich von den in der WbO geregelten Inhalten abweichen;
- c) wenn der Antragsteller nicht über die notwendige Berufspraxis verfügt.

Bei der Eignungsprüfung werden nur die Defizite abgefragt, das heißt der ausländische Arzt muss nicht die Weiterbildung in Deutschland vollständig nachholen. Als Erfolg wertete Andersen auch die in Absatz 8 aufgenommene Regelung einer so genannten Plattform. In diese Plattform sollen zukünftig neue, noch nicht notifizierte Facharztbezeichnungen aufgenommen werden, wenn sich eine bestimmte Anzahl von EU-Mitgliedsländern darauf verständigt. Somit entfällt die zeitraubende Notwendigkeit, dass die Notifizierung von allen EU-Ländern anerkannt werden muss.

Die Delegierten verabschiedeten die Satzung einstimmig. Sie muss jetzt noch von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz als Aufsichtsbehörde genehmigt werden.

## Kinderfreundliche Kammer

Einen Schritt in Richtung mehr Kinderfreundlichkeit unternahmen die Delegierten mit der Einführung einer Entschädigungsregelung für Kinderbetreuung, die der Marburger Bund eingebracht hatte. Die Regelung sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte, die ehrenamtlich in der Kammer tätig sind, für die Kinderbetreuung eine Entschädigung erhalten können, wenn sie ein Kind bis zehn Jahre oder ein aus gesundheitlichen Gründen ständig zu betreuendes Kind zuhause haben und andere im Haushalt lebende

Personen die Betreuung nicht übernehmen können.

Ein Änderungsantrag von Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit), wonach eine Entschädigung für Kinderbetreuung nur gezahlt werden sollte, wenn keine weiteren Entschädigungen anfallen, fand keine Mehrheit. Für die Entschädigungsregelung wurden pro Kalenderjahr zunächst 8.400 Euro veranschlagt. Der Antrag wurde schließlich mehrheitlich bei einigen Enthaltungen angenommen.

Einstimmig verabschiedet wurden die Kandidatenlisten für die Wahl der ehrenamtlichen Richter beim Berufsgericht und Berufsobergericht. Sie entscheiden bei berufsgewerkschaftlichen Verfahren mit. Für das Berufsobergericht wurden 14 Vorschläge gemacht, von denen drei ehrenamtliche Richter und drei Stellvertreter gewählt werden. Für das Berufsgericht gab es 34 Vorschläge, von denen gemäß Kammergesetz acht ehrenamtliche Richter und acht Stellvertreter gewählt werden. Die neue Legislaturperiode beginnt im Oktober dieses Jahres.

## Folgen der Gesundheitspolitik

In den Mitteilungen des Vorstandes informierte Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) über den Preis, den die Kammertochter MUT Gesellschaft für Gesundheit gGmbH im Rahmen der bundesweiten Initiative „Deutschland – Land der Ideen“ erhalten hatte (s. Seite 32). Die MUT war als einer von 366 Orten in Deutschland ausgezeichnet worden, wo beispielhafte Ideen erfolgreich umgesetzt werden. Jonitz würdigte die hervorragende Arbeit, die die MUT seit vielen Jahren leistet.

Daneben machte er auf eine Pressemitteilung der Kammer anlässlich einer vom Kölner Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie veröffentlichten Studie, wonach Kassenpatienten bis zu drei Mal länger auf einen Arzttermin warteten als Privatpatienten, aufmerksam (s. Seite 13). Jonitz betonte, dass die Ungleichbehandlung die Folgen einer jahrelangen verfehlten Gesundheitspolitik seien. Der staatliche Missbrauch der Gesetzlichen Krankenversicherung sei gang und gäbe. Alleine die Mehrwertsteuererhöhung belaste die Kassenpatienten mit jährlich 600 Millionen Euro. „Das wären rund 12 Millionen Hausbesuche“, machte der Kammerpräsident die Größenordnung anschaulich. *srd*

# GESAGT IST NICHT GETAN



Berliner  
Gesundheitspreis  
2008

Der „Berliner Gesundheitspreis“ ist ein bundesweiter Ideenwettbewerb von AOK-Bundesverband, AOK Berlin und Ärztekammer Berlin, der seit 1995 alle zwei Jahre ausgeschrieben wird.

Der Preis widmet sich jeweils einem bestimmten Thema mit einer besonderen Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Wir suchen und prämiieren innovative, praxiserprobte Modelle oder zukunftsweisende Versorgungskonzepte, die zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beitragen können. Dafür stellen die Initiatoren Preisgelder in Höhe von 50.000 Euro zur Verfügung. Diesmal widmet sich der Berliner Gesundheitspreis dem Thema „Adherence“.



## ADHERENCE

Arzt und Patient  
in gemeinsamer  
Verantwortung

Bundesweiter Innovationswettbewerb  
des AOK-Bundesverbandes, der AOK  
Berlin und der Ärztekammer Berlin  
[www.berliner-gesundheitspreis.de](http://www.berliner-gesundheitspreis.de)

## Was ist „Adherence“?

Der Begriff „Adherence“ ist im öffentlichen Sprachgebrauch bislang noch weitgehend unbekannt. Doch hinter ihm steht ein innovativer Ansatz. Zentrales Element ist die partnerschaftliche Kommunikation zwischen Arzt und Patient mit dem Ziel, die Therapiemotivation zu erhöhen.

Nach WHO-Definition bezeichnet „Adherence“ das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person, Medikamente einzunehmen, eine Diät durchzuführen und/oder Änderungen von Lebensgewohnheiten vorzunehmen, mit der Zustimmung zu den Empfehlungen des medizinischen Fachpersonals korrespondiert.

Im Unterschied zum geläufigeren Begriff „Compliance“ betont „Adherence“ stärker das aktive partnerschaftliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient und eine notwendige Zustimmung zu den Empfehlungen.

## Worum geht es?

Aus Sicht des Patienten ist es das Ziel seiner medizinischen Behandlung, ein möglichst optimales Ergebnis zu erreichen. Dazu gehört, dass der Patient unter der Berücksichtigung seiner eigenen Präferenzen der Therapie bewusst zustimmt und damit auch selbstverantwortlich zu ihrem Erfolg beiträgt.

Therapien und Verhaltensweisen können dies unterstützen, wenn der Arzt die konkrete Lebenssituation und persönlichen Wünsche des Patienten in seine Therapieentscheidungen einbezieht. Um die Therapietreue und das Durchhaltevermögen – die sogenannte Adherence – des Patienten zu stärken, ist ein partnerschaftlicher Kommunikationsstil zwischen Arzt und Patient erforderlich. Dies entspricht jedoch noch längst nicht dem medizinischen Alltag.

Die auf eine ausgeprägte Adherence ausgerichtete Behandlung sucht mit dem Patienten gemeinsam aus verschiedenen

Therapieoptionen die für ihn persönlich am besten geeignete heraus. Dazu muss der Patient zunächst in einer verständlichen Sprache über seine Krankheit und über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten sowie über die damit verbundenen Belastungen aufgeklärt werden. Daraus sollte gemeinsam ein individuelles Therapie-Konzept entwickelt werden, das dem Patienten ermöglicht, die Therapie erfolgreich durchzuhalten.

## Einige Beispiele:

- *Einem Patienten, der beruflich viel unterwegs ist und einen unregelmäßigen Tagesablauf hat, fällt es schwer, Medikamente über den Tag verteilt zu exakten Zeitpunkten einzunehmen. Sein Arzt stellt ihm deshalb andere Therapieoptionen vor. Als Alternative könnte er das Arzneimittel in einer etwas anderen Dosierung zu weniger Einnahmezeitpunkten oder ein Retardmedikament einnehmen. Der Patient muss abwägen, ob damit einhergehende Nebenwirkungen von ihm als weniger belastend erlebt werden als die Einhaltung der exakten Einnahmezeitpunkte bei anderer Dosierung. Auch eine Tablettenbox für unterwegs kann bereits eine große Wirkung erzielen und die regelmäßige Einnahme erleichtern.*

- *Ein Patient mit hohem Blutdruck erlebt seine Medikamenteneinnahme als belastend, weil damit unmittelbar nach der Einnahme Nebeneffekte wie Müdigkeit und Abgeschlagenheit auftreten. Auch anderen Medikamenten steht er ablehnend gegenüber. Der Arzt überlegt mit ihm gemeinsam, statt eines Blutdrucksenkers ein Bewegungsprogramm zu organisieren und ihn für eine salz- und fettarme Ernährung zu motivieren.*

- *Einem Patienten gelingt es nicht, regelmäßig und organisiert Sport zu treiben, obwohl dies dringend geboten ist. Eine Physiotherapeutin entwickelt mit ihm gemeinsam ein Konzept, wie sich mehr Bewegung in seinen Tagesablauf integrieren lässt.*

- *Einer übergewichtigen Patientin fällt das medizinisch dringend erforderliche Abnehmen schwer. Gemeinsam mit ihrem Hausarzt und einer mit diesem zusammenarbeitenden Selbsthilfegruppe entwickelt sie einen Ernährungsplan, der ihre Lebensumstände berücksichtigt. Es werden Etappenziele vereinbart und regelmäßig kontrolliert.*

Immer stehen im Zentrum der Zusammenarbeit Verhaltensvereinbarungen, für die der Patient die Verantwortung übernimmt und die gemeinsam mit dem Arzt oder Therapeuten kontrolliert werden.

## Was suchen wir?

Wir suchen praxiserprobte Ideen, die von bzw. mit den Beteiligten im Therapieprozess entwickelt wurden sowie Projekte und Konzepte, die den Patienten befähigen und unterstützen, sich aktiv in den Behandlungsprozess einzubringen.

Der Beitrag ist auf den höchstmöglichen Gewinn des Patienten bei der Bewältigung seiner Erkrankung auszurichten. Der Patient wird durch die gemeinsam erarbeiteten Therapieziele in die Lage versetzt und motiviert, langfristige Behandlungsverläufe aktiv in sein Lebenskonzept zu integrieren, d.h. eine Einstellung zur Krankheit zu entwickeln, die die Heilung unterstützt, Verschlimmerung oder Folgeerkrankungen vermeidet.

## Wer kann sich bewerben?

Bewerber können aus sehr unterschiedlichen Arbeitsfeldern kommen. Wir suchen Einrichtungen, die Konzepte zur Stärkung der Adherence bereits im praktischen Patientenkontakt umsetzen.

Dies können Klinikabteilungen oder Arztpraxen, Physiotherapeuten, Reha- oder Pflegeeinrichtungen sein. Auch wissenschaftliche Einrichtungen können sich bewerben, die Konzepte zur Steigerung der Adherence entwickeln und in Zusammenarbeit mit Modelleinrichtungen in der Praxis testen.

Zudem können sich Einrichtungen beteiligen, die in diesem Bereich gezielt Schulungen und Fortbildung für Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitseinrichtungen anbieten. Ziel dieser Schulungen sollte eine Verbesserung der Patienteninteraktion und eine auf eine Steigerung der Adherence ausgerichtete Kommunikations- und Informationsstrategie sein.

Bewerben können sich z.B.:

- Ärzte, Krankenschwestern/-pfleger, Pflegekräfte, Therapeuten oder Netzwerke, die sich im direkten Arzt-Patienten-Kontakt befinden
- Universitäten, Schulungs- und Fortbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe, die spezielle Bildungsmaßnahmen zu Adherence anbieten
- Wissenschafts- und Forschungseinrichtungen, die spezielle Verfahren entwickelt, getestet und untersucht haben, die eine erfolgreiche Therapiebeteiligung des Patienten nachweisen.

## Bewertungskriterien

- Die Beschreibung der Ziele und deren Erreichung ist verständlich, nachvollziehbar und aussagekräftig.
- Die beschriebenen Projekte, Konzepte und Verfahren sind erprobt oder es wird die Praxistauglichkeit plausibel gemacht sowie deren Wirtschaftlichkeit nachgewiesen.
- Die Aufbereitung von Patientenfür Informationen wird beschrieben sowie deren wirkungsvolle Vermittlung dargelegt.
- Die beschriebenen Verfahren tragen zu einer Veränderung des Lebensstils und Motivation einer gesundheitsfördernden und an die Krankheit angepassten Lebensweise bei.
- Die Stärkung der Patientensouveränität/eine Integration in den Behandlungsprozess wird beispielhaft beschrieben.
- Die Konsequenzen für die Kommunikation mit den Patienten werden veranschaulicht.
- Das Vorgehen und die Entscheidungsprozesse werden dokumentiert und überprüft.

- Es wurden Kriterien zur Messung/Beurteilung von Ergebnissen entwickelt.

## Teilnahmebedingungen

Die beschriebenen Modelle und Projekte sind bereits in der Praxis erprobt oder die Praxistauglichkeit des Konzeptes ist plausibel dargestellt.

Sofern Arbeiten auch für andere Preise eingereicht wurden bzw. schon einen Preis erhalten haben, ist dies der Geschäftsstelle Berliner Gesundheitspreis mitzuteilen.

Der Umfang des Wettbewerbsbeitrages sollte 20 Seiten nicht überschreiten. Die inhaltliche Gliederung sollte folgendermaßen aussehen:

## Bewerbungsraster:

- Daten zum Teilnehmer
- Unterschriebener Teilnahmechein
- Inhaltsverzeichnis
- Einseitige Zusammenfassung
- Konkrete Ziele des Projektes/Konzeptes/ Verfahrens
- Darstellung der Prozesse und Verfahren
- Erwartete oder bereits vorliegende Erkenntnisse und Ergebnisse
- Anlagen

## Auswahlverfahren

Die Entscheidung über die Preisträger trifft eine unabhängige Jury. Es werden Preise im Gesamtvolumen von 50.000 € vergeben: Für den ersten Preis 25.000 €, den zweiten Preis 15.000 € und den dritten Preis 10.000 €. Die Jury kann eine andere Aufteilung des Preisvolumens vornehmen.

Gegen Entscheidungen der Veranstalter und der Jury ist der Rechtsweg ausgeschlossen. Mitarbeiter der Veranstalter sind von der Teilnahme ausgeschlossen. Der Teilnehmer erklärt mit seiner Unterschrift sein Einverständnis zur auszugsweisen Verwertung und Veröffentlichung der eingereichten Arbeit sowie seines Namens im Zusammenhang mit der Teilnahme am „Berliner Gesundheitspreis 2008“ durch dessen Initiatoren.



## Mitglieder der Jury

**Dr. med. Günther Jonitz**

Präsident der Ärztekammer Berlin

**Fritz Schösser**

altern. Verwaltungsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

**Dr. Volker Hansen**

altern. Verwaltungsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

**Wolfgang Metschurat**

altern. Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Berlin

**Prof. Norbert Schmacke**

Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, Universität Bremen

**Helga Kühn-Mengel**

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

**Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes**

Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie, Institut für Allgemeinmedizin, Charité

**Dr. Leonhard Hansen**

Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

**Dr. Hans Georg Faust MdB**

CDU/CSU Bundestagsfraktion

**Dr. Marlies Volkmer MdB**

SPD Bundestagsfraktion

**Günter Egidi**

Hausarzt aus Bremen, Preisträger des Berliner Gesundheitspreises 2004



Nähere Informationen über die Geschäftsstelle Berliner Gesundheitspreis, c/o AOK Bundesverband, Charlottenstraße 42 10117 Berlin-Mitte

berliner.gesundheitspreis@bv.aok.de

Tel. 030.34 06 02 - 109

Fax 030.34 06 02 - 100

# Qualitätssicherung in der Hämotherapie

## Drei Erfahrungsberichte zu Audits der Ärztekammer Berlin

Mit dem „Berliner Konzept“ zur Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin hat der Vorstand der Ärztekammer Berlin im Jahr 2001 eine in Deutschland einmalige Umsetzung der Richtlinie zur Qualitätssicherung in der Hämotherapie beschlossen. Das Konzept beinhaltet Schritte zur ständigen Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin im Sinne der Empfehlung der Bundesärztekammer. Es baut in seinem Vorgehen mehr auf eine Kultur der gegenseitigen Unterstützung als auf Überwachung und Kontrolle. Das Konzept bezieht in hohem Maße alle Beteiligten ein und fördert durch Audits den Austausch und das Prinzip des „learn from the best“ der einzelnen Einrichtungen untereinander. Die Durchführung von Audits kommt im Vergleich zur Einreichung einer Selbstverpflichtungserklärung einer wirklichen Begutachtung der Qualität durch sachverständige Dritte näher, so dass davon ausgegangen werden kann, dass Qualitätsmängel eher erkannt und behoben werden können. Andererseits bleibt dieses Konzept aber auch nur durch die konstruktive Mitarbeit und das hohe Engagement aller Beteiligten lebendig. Die kritische Auseinandersetzung mit der Entwicklung des Konzepts und die Frage nach dem „Benefit unterm Strich“ ist deshalb unabdingbarer Bestandteil, nicht nur im Rahmen der jährlichen Erfahrungskonferenzen.

### 1. Aufwand und Nutzen – Erfahrungsbericht eines Qualitätsbeauftragten

Wenn man sich, wie dies bei mir mittlerweile der Fall ist, seit einigen Jahren hauptberuflich mit dem Thema Qualitätsmanagement auseinandersetzt, ist man parteiisch. Umso mehr reizt der Gedanke, sich mit der selbst praktizierten Qualitätssicherung in der Hämotherapie auseinanderzusetzen und quasi eine Zwischenbilanz zu ziehen. Qualitätssicherung ist mittlerweile vielfältig in der Medizin verankert und praktiziert, ob des damit verbundenen Aufwandes und des manchmal zumindest subjektiv nicht erlebten Nutzens wird sie teilweise eher unwillig praktiziert. Der Bereich der Hämotherapie macht da sicher keine Ausnahme, zumal hier als Folge der Aufarbeitung des so genannten „Blutskandales“ von 1993 sehr umfängliche Sicherungsstrukturen und -abläufe gesetzlich festgeschrieben wurden. Eine Besonderheit dabei ist, dass ausdrücklich die Ärzteschaft mit der Überwachung der Anwendung von Blut- und Blutprodukten beauftragt ist.

Für Berlin hat der Vorstand der Ärztekammer 2001 das „Berliner Konzept“ für die Durchführung dieser Qualitätssicherung beschlossen. Dieses Konzept umfasst in-

terne Selbstbewertungen, externe Audits im Sinne von Peer Reviews, jährliche Erfahrungskonferenzen zum Austausch über die Ergebnisse sowie die gesetzlich geforderten Fortbildungsveranstaltungen. Die von der ÄKB eingesetzten Auditoren sind fachlich qualifiziert und werden speziell für diese Tätigkeit durch die Kammer ausgebildet. Die stationären und ambulanten transfundierenden Einrichtungen werden im Mittel alle drei Jahre besucht, wobei die Audits mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt und dokumentiert werden. Eine vom Vorstand der ÄKB eingesetzte „Fachgruppe Transfusionsmedizin“ sowie mehrere Arbeitsgruppen begleiten das Verfahren und entwickeln es weiter.

Was sind nun die eigenen Erfahrungen aus aktiver und passiver Beteiligung an dem System seit dessen Geburt? Die erste Auditrunde war anfangs noch von eigenen Unsicherheiten und auch von partiellen Vorbehalten beim jeweiligen Gegenüber geprägt. Was für Formen nehmen die Audits an? Was folgt daraus? Rechnet sich der geleistete Aufwand irgendwie? Schnell entstand aber die Gewissheit, dass bei den gegenseitigen Besuchen der Fokus nicht auf rein formaler Kontrolle oder gar auf Sanktionen bei noch nicht optimal geregelten Aspekten im Bereich der Hämo-

therapie lag. Vielmehr wurde deutlich, dass der wesentliche Ansatz der des kollegialen Austauschs ist, Hinweise und Hilfestellungen gegeben werden und auf eine gemeinsame Verbesserung der Umsetzung der Vorgaben hingearbeitet wird. Diese Erkenntnis verbreitete sich schnell und führte zu einer großen Akzeptanz des Verfahrens.

Die erste Ergebniskonferenz bestätigte meinen eigenen Eindruck, dass die festgestellten Verbesserungspotenziale in der Mehrzahl der stationären Einrichtungen ähnliche Schwerpunkte besaßen. So konnten Anregungen zur Ausgestaltung des QM-Systems, der Dokumentation, der Festlegung der Verantwortlichkeiten, der Ausgestaltung von Fortbildungen und der Ablauforganisation ausgetauscht werden. Von den in der Qualitätssicherung vor Ort Tätigen wurden die Audits auch als willkommene externe Unterstützung der eigenen Aufgabe verstanden, halfen sie doch, das Thema verstärkt in den Fokus zu holen und Dinge positiv zu bewegen.

In der zweiten Auditrunde wurde erstmalig der ambulante Bereich einbezogen. Hier wird die QS-Hämotherapie deutlich kritischer hinsichtlich ihres Aufwand-Nutzen-Verhältnisses betrachtet, nicht so sehr im Hinblick auf die Besuche, als vielmehr hinsichtlich des gesetzlichen Regelungsumfanges (und dem damit verbundenen Zeit- und Kostenaufwand). Auch wenn meine Erfahrung überwiegend aus dem stationären Bereich stammt, kann ich die Einwände in einzelnen Punkten gut nachvollziehen.

Eine weitere Erkenntnis des zweiten Durchlaufes war es auch, dass ein reines „weiter so“ nicht zielführend ist und das Verfahren grundlegend überarbeitet werden musste, um die Akzeptanz zu erhalten und inhaltlich weitere Fortschritte zu erzielen. Die Überarbeitung des Fragebogens verbesserte dessen Präzision und Praktikabilität.

So soll der überarbeitete Fragebogen künftig vorab versandt und ausgefüllt werden, so dass bei den Besuchen Fragen, die sich aus der Bestandsaufnahme ergeben, in dem kollegialen Beratungsgespräch schnell vertieft bearbeitet werden können. Aus den bei den Audits ermittelten Verbesserungspotenzialen sollen bei den jährlichen Erfahrungskonferenzen künftig Schwerpunkte für die Arbeit des folgenden Jahres festgelegt werden. Damit bleiben diese

weiter praxisnah und werden als Teil eines gelebten PDCA\_Zyklus wirksam.

Innerhalb des eigenen Wirkungskreises bei Vivantes, wo ich für fünf Klinika als Qualitätsbeauftragter tätig bin, kann ich feststellen, dass auch hier das Berliner Verfahren nicht unwesentlich zur intensiveren Beschäftigung mit der Qualitätssicherung in der Hämotherapie geführt und Weiterentwicklungen mit unterstützt hat.

Mein Resümee: Es ist der Ärztekammer Berlin gelungen, ein gutes Beispiel für gelebte Qualitätssicherung zu etablieren. Damit wurde auch der Beweis erbracht, dass medizinische Qualitätssicherung fachlich und organisatorisch bei der Ärzteschaft richtig aufgehoben ist. Dennoch darf der damit verbundene Aufwand für alle Beteiligten nicht außer Acht gelassen werden. Die Kunst wird darin liegen, auch zukünftig ein gutes Verhältnis von Aufwand und Nutzen erreichen zu können. Dazu muss das System kontinuierlich gepflegt und weiter entwickelt werden. Für besonders wichtig halte ich es, die Einzelergebnisse zusammenzutragen und zu bewerten, um auf dieser Basis noch konkretere Unterstützung anbieten zu können.

Dr. med. Harry Topolinski  
 Facharzt für Anästhesie  
 Anaesthesiologische Intensivmedizin  
 Ärztliches Qualitätsmanagement  
 Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH  
 Direktorat Qualitäts- und Prozessmanagement

## 2. Bericht über ein Audit in der eigenen Praxis

Nach mehrwöchiger Vorankündigung durch die Ärztekammer wurde im Sommer vergangenen Jahres erstmals ein Audit zur Transfusionsmedizin in meiner Praxis durchgeführt. Ich arbeite seit 16 Jahren zusammen mit einem Kollegen in einer hämatologischen/onkologischen Schwerpunktpraxis. Die ambulante Durchführung von Transfusionen ist ein wesentlicher Bestandteil unserer Arbeit.

In der Regel handelt es sich um planbare Blutübertragungen. Die am Vortag gekreuzten Konserven werden am Folgetag angeliefert und unmittelbar danach transfundiert. Sollte der betreffende Patient in der vergangenen Nacht akut stationär eingewiesen worden sein, ist meist noch aus-

reichend Zeit, die Anlieferung zu stornieren und so die Konserven einem weiteren Verwendungszweck zuzuführen.

Das durchgeführte Audit beschränkte sich zielgerichtet auf die Gegebenheiten im ambulanten Praxissektor. Da die gesetzlichen Richtlinien gleichermaßen für Kliniken und ambulante Einrichtungen wie Arztpraxen gelten, ergeben sich im ambulanten Sektor doch einige Besonderheiten. So sind auf Grund der Anzahl der in der Praxis tätigen Ärzte kaum sämtliche Funktionen wie die des Transfusionsbeauftragten, -verantwortlichen und Qualitätsbeauftragten zu besetzen. Hier fungieren entsprechend qualifizierte Arztekollegen aus anderen Praxen, die aber nicht ständig vor Ort sein können. Die telefonische Erreichbarkeit ist gewährleistet, in regelmäßigen Zeitabständen werden Kontrollbesuche durchgeführt.

Das durchgeführte Audit wurde durch uns vorbereitet, die entsprechenden Unterlagen bereitgelegt und genug Zeit eingeplant. Der Praxisbetrieb wurde an dem entsprechenden Vormittag ausgesetzt. Die Kontrolle durch die Kollegen der Ärztekammer erfolgte in sachlicher kollegialer Atmosphäre. Die Auditoren waren vorbereitet, so dass die Fragen und Aufgaben zügig abgearbeitet werden konnten. Für mich selbst war das angekündigte Audit Anlass, mich nochmals intensiv mit den gesetzlichen Richtlinien zur Transfusionsmedizin auseinanderzusetzen und in Beratung mit meinem Kollegen alle Arbeitsabläufe und eventuelle Notfallsituationen zu simulieren, um etwaige fehlerhafte Abläufe zu vermeiden.

Im Ergebnis des Audits wurden mehrere rasch behebbare Mängel festgestellt und konkrete Empfehlungen zu deren Lösbarkeit gegeben. Bei der Vielzahl der transfusionstätigen Arztpraxen in Berlin halte ich eine auditive Kontrolle durch die Ärztekammer für nötig und hilfreich. Ich sehe darin in erster Linie die Chance, durch eine objektive, auf Erfahrungen beruhende Kontroll- und Beratungstätigkeit Fehler und daraus resultierende schwerwiegende Folgen zu vermeiden. Meine Erinnerungen an das durchgeführte Audit sind durchweg positiv.

Dr. med. Wolfgang Witthuhn  
 Niedergelassener Internist

## 3. Erfahrungen mit dem „Berliner Modell“

Seit 2004 bin ich Transfusionsverantwortlicher der Elisabeth Klinik in Berlin Tiergarten/Mitte. In dieser Zeit habe ich zwei transfusionsmedizinische Audits der Ärztekammer Berlin miterlebt. Beide verliefen in ausgesprochen harmonischer und kollegialer Atmosphäre. Die Auditoren überzeugten durch ihre Fachkompetenz. Im gemeinsamen Dialog wurden Schwachpunkte und Defizite aber auch gute Organisationsstrukturen eruiert und erörtert. Lösungsansätze und Verbesserungsmöglichkeiten wurden gemeinsam entwickelt.

In meiner vorherigen Tätigkeit war ich Transfusionsverantwortlicher eines Schwerpunktkrankenhauses in Niedersachsen. Hier fand die Qualitätssicherung lediglich in Form der jährlichen Selbstbewertung statt.

In meinen Augen unterstreicht die Berliner Form der Fremdinspektion zum einen den Stellenwert der Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin per se. Zum anderen unterstützt die Präsenz der Auditoren in den Einrichtungen die verantwortlichen Transfusionsmediziner vor Ort darin, bei den Mitarbeitern eine höhere Akzeptanz transfusionsmedizinisch relevanter Tätigkeiten und der notwendigen Dokumentation zu erreichen.

Dr. med. Martin Willenborg  
 Ärztlicher Direktor  
 Chefarzt der Anästhesiologie und Intensivmedizin, Elisabeth Klinik  
 Krankenhausbetriebs gGmbH

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](http://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
<p>■ <b>Bitte beachten:</b> <b>NEUER KURS</b> 01.09. – 06.09.2008 10.11. – 15.11.2008 15.12. – 20.12.2008</p>	<p><b>Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer</b> Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. (Näheres s. auch Textkasten auf der nächsten Seite)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1400 E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de</p>	<p>50 P pro Modul</p>
<p>■ 07.05.2008 18 – 21 Uhr</p>	<p><b>Informationsveranstaltung: Einfluss der Pharmaindustrie auf Arzt und Patient</b> (Nähere Informationen auf Seite 27)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: <a href="http://www.aerztekammer-berlin.de">www.aerztekammer-berlin.de</a></p>	<p>4 P</p>
<p>■ <b>Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags;</b>  <b>NEU/ BITTE BEACHTEN:</b> <b>Beginn um 19 Uhr</b></p>	<p><b>Fachspezifische Fortbildungsreihe Innere Medizin: Schwerpunktthema Hämatologie und Internistische Onkologie</b> 08.05.2008: Palliativmedizin (II) 15.05.2008: Keimzelltumore 22.05.2008: Stammzelltransplantation 05.06.2008: Supportive Therapie 12.06.2008: Bronchialkarzinom</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich</p>	<p>3 P je Veranstaltungstermin</p>
<p>■ <b>Veranstaltungsreihe jeweils 14-tägig dienstags</b>  <b>NEU/ BITTE BEACHTEN:</b> <b>Beginn um 19 Uhr</b></p>	<p><b>Interdisziplinäre Fortbildungsreihe</b> 20.05.2008: Akuter Bauch 03.06.2008: Naturheilverfahren 17.06.2008: Enge in der Brust</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich</p>	<p>3 P je Veranstaltungstermin</p>
<p>■ <b>Modul I: 23.-25.05.2008</b> <b>Modul II: 07./08./09.06.2008</b> <b>Modul III: 27.-29.06.2008</b> <b>Modul IV: 11.-13.07.2008</b> freitags jeweils 16 – 19 Uhr samstags und sonntags jeweils ganztags ab 9 Uhr 09.06.2008: 18 – 21 Uhr</p>	<p><b>80-Stunden-Kurs „Spezielle Schmerztherapie“ in vier Modulen</b> (nach dem Curriculum der Bundesärztekammer)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gesamtgebühr: 850 €</p>	<p>80 P (für den gesamten Kurs)</p>
<p>■ 22.05. – 24.05.2008 und 29.05. – 31.05.2008</p>	<p><b>Kurs „Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie“ (40-Stunden-Kurs)</b> (Näheres s. auch Textkasten auf der nächsten Seite)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Frau Drendel Telefon: 40806-1402 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: 740 €</p>	<p>40 P (für den gesamten Kurs)</p>
<p>■ 09.06. – 11.06.2008 11.06. – 13.06.2008  13.06.2008</p>	<p><b>Grundkurs im Strahlenschutz</b> <b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik</b> <b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei interventioneller Radiologie</b></p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1301 / -1303 E-Mail: aag@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühren: Grundkurs: 230 € Spezialkurs / Röntgendiagnostik: 200 € Spezialkurs / Interventionelle Radiologie: 60 €</p>	<p>Grundkurs: 21 P Spezialkurs / Rö.-diagnostik: 20 P Spezialkurs / Intervent. Radiologie: 5 P</p>

## Hypertonie: Therapeutische Aspekte 2008

Fortbildungs-Symposium für Berliner Ärzte am 14. Juni 2008  
 von 10:00 bis 12:30 Uhr in Saal 3 des ICC Berlin  
 anlässlich des Kongresses der European Society of Hypertension und  
 der International Society of Hypertension in Berlin, 14. – 19. Juni 2008

<b>Vorsitz:</b>	K. H. Rahn (Universitätsklinikum Münster) D. C. Novak (Ärztekammer Berlin)
10.00 – 10.15 Uhr	Begrüßung und Einleitung
10.15 – 10.35 Uhr	F. Messerli (Columbia University, New York): Antihypertensive Therapie bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit.
10.35 – 10.45 Uhr	Diskussion
10.45 – 11.05 Uhr	J. Scholze (Charité, Berlin): Antihypertensive Therapie bei Patienten mit Diabetes mellitus.
11.05 – 11.15 Uhr	Diskussion
11.15 – 11.45 Uhr	Kaffeepause
11.45 – 12.05 Uhr	M. Anlauf (Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Berlin): Entstehung und Implemen- tierung von Leitlinien.
12.05 – 12.15 Uhr	Diskussion
12.15 – 12.30 Uhr	Zusammenfassung
<b>Anmeldung</b>	Eine Anmeldung zur Veranstaltung ist nicht notwendig, die Teilnahme ist kostenlos.
<b>Veranstaltungsort</b>	International Congress Center ICC – Saal 3, Eingang Neue Kantstrasse/Ecke Messedamm, Berlin
<b>Fortbildungspunkte</b>	Die Veranstaltung ist mit 2 Punkten für das Fortbildungszertifikat anerkannt.
<b>Barcode-Aufkleber</b>	Tragen Sie sich bitte mit Ihrem Barcode-Aufkleber in die ausliegende Teilnehmerliste ein.

## Kurs: Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie (40-Stunden-Kurs)

<b>Termine:</b>	<b>22. Mai 2008</b> , 14.00 – 20.00 Uhr <b>23. Mai 2008</b> , 09.00 – 18.00 Uhr <b>24. Mai 2008</b> , 09.00 – 14.00 Uhr und <b>29. Mai 2008</b> , 14.00 – 19.00 Uhr <b>30. Mai 2008</b> , 09.00 – 18.00 Uhr <b>31. Mai 2008</b> , 09.00 – 15.00 Uhr
<b>Ort:</b>	Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Die Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die in einer stationären oder ambulanten Einrichtung die Funktion der/des Qualitätsbeauftragten in der Hämotherapie gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer ausüben möchten.	
<b>Gesamtgebühr:</b>	740,00 €
<b>Information / Anmeldung:</b>	Tel.: 40806-1402, E-Mail: r.drendel@aekb.de
Die Teilnahme an diesem Kurs ist mit 40 Punkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.	

Kursangebot der Ärztekammer Berlin

## Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200-Stunden-Weiterbildungskurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin im Herbst 2008 als Kompaktkurs veranstaltet. 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.

Im Interesse einer vertrauensvollen und intensiven Arbeitsatmosphäre ist die Teilnehmerzahl begrenzt. Das methodisch-didaktische Konzept des Kurses sieht eine Ausrichtung der theoretischen Inhalte auf die praktischen Tätigkeiten 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 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:

**01.09.2008 bis 06.09.2008;** Inhalte z.B.: Einführung in das Qualitätsmanagement; Gesetzliche Regelungen; Qualitätsmanagement-Instrumente / Zertifizierung; Budgetierung / Controlling; Qualitätsberichte; Projekt- / Veränderungsmanagement

**10.11.2008 bis 15.11.2008;** Inhalte z.B.: Training zum TQM-Assessor nach EFQM (European Foundation for Quality Management); Gesundheitsökonomie; Externe Qualitätssicherung; Moderations- / Präsentationstechniken; EbM, Leitlinien / Behandlungspfade; Gesundheitsökonomie

**15.12.2008 bis 20.12.2008;** Inhalte z.B.: Patientensicherheit; Fehlermanagement; Vorstellung erfolgreicher Praxisprojekte, Qualität aus Patientensicht, berufsübergreifende Versorgung

### Weitere Informationen erhalten Interessenten:

- telefonisch unter Tel.: 40 806-1400
- per E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de

ANZEIGEN

# „Wenn alles so an einem zoppelt...“

**Der 26. Workshop Medizinethik, den Katholische und Evangelische Akademie zusammen mit dem St. Joseph Krankenhaus am 15. März veranstalteten, widmete sich dem Thema „Ethik – eine Dimension der Überforderung im Krankenhaus?“**

Von Adelheid Müller-Lissner

Die junge Ärztin kommt mit einiger Verspätung zum Treffen mit der Freundin. Sie ist direkt aus dem Krankenhaus ins Café geeilt. Nicht nur abgehetzt, sondern auch reichlich frustriert nimmt sie auf dem Bistrostuhl Platz. Was sie sich zuletzt anhören musste, war ja auch nicht ohne: „Ausgerechnet Sie als christliches Krankenhaus handeln so herzlos“, hatten die Angehörigen der alten Dame zu ihr gesagt. Sie wollten ihre Mutter nach der Gallenblasenoperation noch länger gut in der Klinik aufgehoben wissen, doch die Ärztin musste die Patientin, wie nach Einführung der Fallpauschalen üblich, wenige Tage nach dem Eingriff entlassen. Auf der einen Seite die nachvollziehbaren Wünsche der Familie nach umfassender Betreuung, auf der anderen die ebenso nachvollziehbaren Vorgaben eines straff organisierten modernen Krankenhausbetriebes. Das mache einen ganz mürrisch, „wenn alles so an einem zoppelt“, klagt die junge Medizinerin der Freundin ihr Leid. „Manchmal würde man dann am liebsten ohne nachzudenken nur noch das machen, was das System von einem fordert.“

Die aus dem Leben gegriffene Szene, die der Arbeitskreis Ethische Anspielungen des St. Joseph Krankenhauses an diesem Samstagvormittag auf die „Bühne“ der Katholischen Akademie in Berlin brachte, illustrierte vortrefflich, wovon anschließend für einige Stunden die Rede sein sollte:

„Ethik – eine Dimension der Überforderung im Krankenhaus?“, so lautete das Thema des 26. Workshops Medizinethik, den die Katholische Akademie auch diesmal zusammen mit der Evangelischen Akademie zu Berlin und in Kooperation mit dem St. Joseph Krankenhaus veranstaltet hatte.

## Beruf oder Berufung?

Ärzte haben nach wie vor das größte Ansehen unter allen Berufsgruppen, das hatte kurz zuvor wieder eine Umfrage des Allensbacher Instituts für Demoskopie ergeben. Auch Pflegekräfte erfahren oft große Bewunderung, wenn sie berichten, was sie beruflich machen. „Das könnte ich nicht“, ist die übliche Reaktion ihrer Umwelt. Doch es liegt der Verdacht nahe, dass genau das, was Mitarbeitern von Krankenhäusern so viel Achtung einbringt, auch am ehesten zu ihrer Überforderung beitragen könnte. „Zwar sind Krankenhaus-Ärzte ganz normale Arbeitnehmer. Doch sie sind nicht normal hinsichtlich der Menschen, mit denen sie es zu tun haben“, so brachte Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, die Lage auf den Punkt: Im Krankenhaus suchen im Extremfall in Lebensgefahr schwebende, auf jeden Fall aber leidende und geschwächte Mitmenschen die Unterstützung professioneller Helfer.

Das macht die Beziehung zumindest teilweise asymmetrisch – und bringt schon

deshalb moralisch-ethische Aspekte ins Spiel. Haben die Angehörigen der Heilberufe also nicht eher eine Berufung als nur einen einfachen Beruf, einen normalen Arbeitsplatz oder gar einen Job? Professor Dr. Dietmar Mieth, Inhaber des Lehrstuhls für Theologische Ethik an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Tübingen, machte geltend, dass diejenigen, die sich für den täglichen nahen Umgang mit Schmerzen, Leib und Leben entscheiden, zunächst wohl für sich selbst einen „inneren Eignungstest“ durchlaufen. Ob sie in ihrem Alltag dann wirklich dem selbst gesetzten Anspruch genügen können, eine lebensförderliche „ars vivificandi“ zu praktizieren und ein „Konzept des Wohltuns“ zu verwirklichen, hängt allerdings nicht allein von ihnen selbst ab. „Die Verhältnisse, die sind nicht so“, ein Satz, mit dem Bertolt Brecht heute vor allem unzähligen Ärzten und Pflegekräften angesichts ihres aufreibenden Berufs aus der Seele sprechen dürfte. Mieth stellte aber auch Habermas' Diktum dagegen, dass derjenige moralisch gut sei, der auch unter Stressbedingungen seine moralischen Maximen aufrecht halten könne. Was er wiederum im konkreten Fall nicht als Freibrief für Krankenhäuser verstanden wissen wollte, die körperlichen und psychischen Anforderungen der Mitarbeiter immer weiter zu steigern: „Die institutionellen Rahmenbedingungen enthalten auch eine Pflicht zur Unterlassung von Stresssteigerungen, sie sollten dem Stressabbau dienen.“

## Aufopferung fürs Seelenheil

Zugleich plädierte Mieth aber auch für Nachsicht des einzelnen Mitarbeiters mit sich selbst. Und das auch aus christlicher Perspektive, im Sinn einer richtig verstandenen Nächstenliebe, der die Liebe einer Person zu sich selbst als Ausgangs- und Vergleichspunkt zur Verfügung steht. „Heute besteht die einzige Nachsicht oft darin, dass die Zeit vergeht und man dann nicht mehr am Pranger steht.“ Als Schutz gegen die Symptome von berufsbedingter Erschöpfung und Überforderung, die heute unter dem – unter Psychiatern umstrittenen – Begriff des „Burnout“ zusammengefasst werden, reicht diese Form der „Verjähmung“ offensichtlich nicht aus.

ANZEIGE

Auch die Frage nach dem Wohlbefinden der Menschen, die in einem Krankenhaus arbeiten, ist allerdings modern. Hätte man sich im christlichen Mittelalter überhaupt darum gekümmert, dann wohl eher im Sinne eines über das Diesseits hinausweisenden Seelenheils – für das die Chancen durch „Aufopferung“ stiegen. Medizin spielte im mittelalterlichen Spital auch für die dort Betreuten keine Rolle, es hatte keine Behandlungsfunktion. „Man versprach sich Heil und Heilung durch Gebet und Buße“, so erläuterte Professor Dr. Volker Hess, Philosoph und Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Berliner Charité. „Deshalb ist das mittelalterliche Spital auch kein Vorläufer des modernen Krankenhauses, sondern ein Sozialasyl.“ Erst im frühen 18. Jahrhundert entstanden „frühmoderne“ Krankenhäuser wie die Charité, die sich zunächst als Einrichtungen der Armenfürsorge verstanden und zum Beispiel um ledige Schwangere kümmerten. Neu war die Vorstellung, diese bisher marginalisierten Gruppen wirklich „behandeln“ zu können. Mit der Einführung der Versicherungspflicht für arbeitende Männer begann – vor Bismarck, wie Hess es passand berichtete – der Einzug einer neuen Patientengruppe in die Kliniken: Es kamen nun Männer, deren Arbeitskraft wiederhergestellt werden sollte. „Das war das Ende des alten Asyls, denn die Patienten waren nun nicht mehr alt, siech und krank, sondern jung und akut erkrankt.“

Wurde das Krankenhaus damit zur echten Behandlungseinrichtung, so veränderte sich auch die häusliche Konsultation durch den Einsatz von instrumentellen Techniken wie Fiebermessen und Auskultieren. Zur guten medizinischen Behandlung gehören seitdem ganz selbstverständlich Rationalität und Beherrschung von Techniken, Professionalität und Qualifikation.

Das hohe Prestige der heilenden Berufe rührt aber wahrscheinlich nicht zuletzt daher, dass die Anforderungen sich nicht in dieser Art von Professionalität erschöpfen. Hess vermutet, dass der Aspekt der Fürsorge und der Aufopferung stark in der Mentalität von Medizinerinnen und Pflegekräften verankert ist. Wirken hier alte Rollenmodelle nach, weil Mentalitäten zum „Nachhinken“ neigen und sich langsamer verändern als Strukturen? Das könnte

auch eine Hoffnung sein: „Ein bisschen Florence Nightingale würde ich gern in unsere Zeit hinüber retten“, sagte jedenfalls Mieth. Der Moraltheologe wünscht sich eine Balance zwischen den zwei Funktionen der Heilberufe. Und er fordert: „Die spontane Gefühlsethik muss professionalisiert werden.“

In diesem Sinne gehen Ärzte und Pflegekräfte heute „ganz normale Arbeitsverhältnisse auf dem Dienstleistungssektor“ ein, wie Dr. Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, betonte. Der Volkswirt, der zugleich Vorstandsvorsitzender der St. Franziskus Stiftung in Münster ist, ergänzte allerdings sofort, es handle sich um „besonders schöne, sinnvolle Berufe“.

## Hohe Anforderungen

Rolf Möller, Diplom-Kaufmann und Mitarbeiter des Instituts für Personal- und Unternehmensberatung (ifp) in Köln, sucht nach Menschen, die diese schönen Berufe in christlichen Krankenhäusern in leitender Funktion ausüben möchten. Zum Profil des idealen Mitarbeiters gehören dort heute nicht allein Merkmale wie „verheiratet, am liebsten in erster Ehe, und reich an getauften Kindern“. Konfessionelle Häuser stellen inzwischen ein ganzes Bündel an fachlichen, charakterlichen und sozialen Anforderungen. „Das gewisse Etwas an persönlicher Fürsorge sollte sich auch beim Geschäftsführer finden. Je höher die Position, desto wichtiger werden diese Kriterien.“ In manchen Fällen sei der religiöse Hintergrund auch im engeren Sinn ausschlaggebend.

So wurde in einem Haus das Angelus-Läuten genutzt, um den Bewerber einem „Gebets-Test“ zu unterziehen. Unter den Führungskräften sind allerdings heute nur knapp ein Drittel Kirchenmitglieder, „da spreche ich aus Beratersicht schon von einem begrenzten Markt“, meinte Möller. Die Nachfrage sei jedoch auch von Seiten derjenigen Mediziner groß, die selbst nicht kirchlich gebunden sind. „Viele bringen fast schon entschuldigend vor, dass sie nicht so gerne für private Träger arbeiten möchten.“ Es mache eben mehr Spaß, unter den Bedingungen der Gemeinnützigkeit zu arbeiten, gab später ein Teilnehmer aus dem Publikum zu bedenken. Der öko-

nomische Umgang mit knappen Ressourcen ist wohl unter diesen Umständen leichter als das zu begreifen, was er auch ist: nämlich ein Gebot der Ethik.

Als Einzelkämpfer sind Ärzte und Pflegekräfte trotzdem vor allem im Umgang mit der knappen Ressource Zeit oft überfordert. Die Organisationsstrukturen müssen ihnen dabei zu Hilfe kommen. „Aus meiner Erfahrung sind Probleme, die als „ethisch“ oder „moralisch“ bezeichnet werden, in Wirklichkeit oft eher institutioneller Art und müssen pragmatisch auf der Handlungsebene gelöst werden“, meinte Hess.

Ein Gedanke, der geeignet ist, den Bogen zur Theater-Szene vom Beginn der Veranstaltung zu schließen: Ambulante pflegerische Unterstützung für die ältere Dame nach der Gallenblasenoperation könnte eine solche pragmatische Lösung sein, die die Familie entlastet. Dass es das Angebot gibt, kann der jungen Ärztin das schlechte Gewissen wegen der frühen Entlassung nehmen. Sie hat wahrscheinlich einen Beruf, der mehr an ihr „zoppelt“ als andere. Sie hat also entspannte Cappuccino-Pausen nötig.

Verfasserin:

Dr. phil. Adelheid Müller-Lissner  
Medizinjournalistin



# Dem Zugriff der Kammer entzogen

**Die Ärztekammer Berlin geht Verstößen gegen die Berufsordnung konsequent nach. Bei schwerwiegenden Verstößen leitet sie berufsgerichtliche Verfahren ein. Besonders ärgerlich, wenn das Verfahren eingestellt wird, weil das betroffene Kammermitglied zwischenzeitlich eine ärztliche Tätigkeit in einem anderen Kammerbereich aufgenommen hat. Das Berliner Kammergesetz lässt es nämlich nicht zu, dass in solchen Fällen Berufsgerichtsverfahren fortgesetzt werden. Entsprechende Vorstöße der Ärztekammer Berlin beim Senat, das Kammergesetz zu ändern, blieben bislang erfolglos.**

Von Sascha Rudat

**D**ie Liste der Vergehen ist lang: Die Internistin, um die es in diesem Beispielfall geht, wurde bereits 1999 vom Amtsgericht wegen des unberechtigten Führens des akademischen Grades „Dr. med.“, unbefugter Führung einer Schwerpunktbezeichnung und Urkundenfälschung zur Zahlung von 10.800 Mark verurteilt. Ihre Kassenzulassung, die sie 1991 erhalten hatte, wurde ihr im Jahr 2000 von der KV entzogen. Ihre Klage gegen den Entzug der Kassenzulassung wurde vom Sozialgericht abgewiesen.

Im Februar 2002 schloss sie die Promotion zum Dr. med. erfolgreich ab. Gleichzeitig beantragte sie die Berechtigung zum Führen der besagten Schwerpunktbezeichnung. Die Klage gegen den ablehnenden Bescheid der Ärztekammer nahm sie während der mündlichen Verhandlung vor dem Verwaltungsgericht zurück, da sie keinen Nachweis für den Erwerb der entsprechenden „Subspezialisierung“ in der ehemaligen DDR erbringen konnte.

Im Jahr 2001 leitete die Ärztekammer Berlin wegen folgender Vergehen ein berufsrechtliches Verfahren gegen die Ärztin ein:

- Unberechtigtes Führen des Doktorgrades in zwei Fällen im Jahr 2000
- Unberechtigtes Führen einer Schwerpunktbezeichnung im Jahr 2000
- Abwesenheit während einer Praxisvertretung im Jahr 1999

Das Verfahren vor der Heilberufekammer wurde auf Veranlassung der Ärztekammer im Jahr 2003 ausgesetzt, da weitere Verstöße gegen die Berufsordnung hinzugekommen waren. Mit einer so genannten Nachtragsanschuldigungsschrift vom Juli 2005 wurden der Ärztin von der Kammer sechs weitere Berufspflichtverletzungen zur Last gelegt. Dabei ging es um gefälschte Notfallscheine, falsche Abrechnungen und erneutes unberechtigtes Führen des Doktorgrades (vor der Promotion). Außerdem hatte sie sich im Mai 2002 bei einer Klinik mit der Behauptung beworben, besagte Schwerpunktbezeichnung sowie die zusätzlichen Qualifikationen Rettungsmedizin, Sportmedizin, Tropenmedizin, Psychotherapie und Chirotherapie zu besitzen. Nach der Einstellung in der Klinik hatte sie zwei Mal den Dienst verlassen oder war nicht erschienen, ohne jemanden zu informieren, wodurch die Versorgung von Patienten nicht gewährleistet war. Daneben war die Ärztin während eines kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes in Brandenburg, wo sie kurzzeitig tätig war, nicht erreichbar bzw. war nicht beim Patienten erschienen, nachdem sie ihr Kommen zugesagt hatte.

Wegen dieser Verstöße gegen die Berufspflichten verurteilte das Verwaltungsgericht die Ärztin im Juni 2006 unter Berücksichtigung ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse schließlich „nur“ zu einer Geldbuße

von 7.200 Euro. Außerdem wurden ihr das aktive und passive Kammerwahlrecht entzogen - die nach dem Ausspruch der Berufsunwürdigkeit schwerste vom Kammergesetz vorgesehene Sanktion. Gegen dieses Urteil ging die Internistin in Berufung. Als Begründung führte sie u.a. die falsche Bewertung von Sachverhalten an.

Während des Verfahrens stellte sich heraus, dass die Internistin im März 2007 in Nordrhein-Westfalen (Kammerbezirk Westfalen-Lippe) eine ärztliche Tätigkeit aufgenommen hatte. Eine zeitgleiche ärztliche Tätigkeit in Berlin (doppelte Kammermitgliedschaft) konnte ihr nicht nachgewiesen werden. Aus diesem Grund stellte das Oberverwaltungsgericht das Verfahren ein. Das Urteil des Verwaltungsgerichts war damit wirkungslos. In der Begründung des Gerichtes heißt es:

„Anders als die entsprechenden Gesetze anderer Bundesländer (NRW, Bayern, Hessen [die Red.]) enthält das Berliner Kammergesetz keine Vorschrift, wonach das Verfahren, soweit die Berechtigung zur Ausübung des Berufes bzw. die Approbation weiter besteht, auch dann fortgesetzt werden kann, wenn die Kammerzugehörigkeit nach Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens endet.“

Die aufwändige berufsrechtliche Aufsichtsrbeit der Ärztekammer bleibt also folgenlos, weil das Berliner Kammergesetz diese Lücke lässt. Auch wenn dies nicht allzu häufig vorkommt, so ist es doch kein Einzelfall. Während der Gesetzgeber Änderungen des Kammergesetzes in anderen Bereichen sehr schnell umsetzt, lässt er im hochsensiblen Bereich der Patientensicherheit trotz wiederholter Hinweise diese eklatante Lücke, die aus Sicht der Ärztekammer Berlin schnellstmöglich geschlossen werden sollte. *srd*

## Zum Tode von Ulrich Bienzle



Foto: privat

Fachkreise wussten um seine internationalen Verdienste, aber im persönlichen Umgang war er ein Mann der leisen Töne. Ulrich Bienzle, geboren am 10. Januar

1939, hat nach dem Medizinstudium zunächst in Nigeria gearbeitet, zwei Jahre in einem Missionshospital, zwei Jahre an einem wissenschaftlichen Institut. Es folgten die Ausbildung zum Kinderarzt, in Liverpool das Diplom in Tropenmedizin und die Assistenzzeit in Hamburg.

Anfang der 80er Jahre übernahm der Schwabe die damals nicht sehr bedeutende „Landesimpfanstalt mit tropenmedizinischer Beratungsstelle“ in Berlin. Es bedurfte eines mühsamen Kampfes, um daraus ein renommiertes Tropeninstitut mit universitärer Anbindung und welt-

weitem Renommee zu gestalten. Gleich zu Beginn kontaktierte Bienzle tropenmedizinische Institute, um ihnen zu sagen, sie sollten auf bestimmte Krankheitsanzeichen bei Homosexuellen achten, denn da komme „etwas Neues auf uns zu“. Gemeinsam mit dem Senat hat er die „Berliner AIDS-Linie“ entwickelt, die sich gegen Widerstände bundesweit durchsetzte.

Das Hauptinteresse des Tropenmediziners aber galt der Malaria, zu der er Arbeiten in führenden Fachzeitschriften publizierte, die international als „Referenz“ galten. Immer wieder fuhr er nach Westafrika. Zur globalen Welt der Tropenmedizin gehörten auch das europäische Netzwerk für importierte Infektionen sowie der von Bienzle ins Leben gerufene Masterstudiengang „International Health“.

In Afrika hatte er sich bei der Arbeit eine schwere Hepatitis zugezogen; 1989 musste ihm eine neue Leber eingepflanzt werden. Seither feierte er zwei Mal im Jahr

Geburtstag, und er hat mit Transplantat und Immunsuppressiva knapp 20 Jahre sehr gut gelebt.

Seine Mitarbeiter erinnern sich an einen Chef mit immer neuen Ideen, die er oft nebenbei äußerte. Neugier trieb ihn; was den Professor und Träger des Bundesverdienstkreuzes hingegen nicht interessierte, waren Macht und das große Geldverdienen. Kennzeichnend für ihn waren vielmehr Weltoffenheit und feiner Humor. Seine Interessen gingen weit über ein medizinisches Fachgebiet hinaus. Ulrich Bienzle war literarisch belesen, diskutierte gerne über das politische Weltgeschehen, hat als Erwachsener seine Klavierstunden wieder aufgenommen und fast täglich gespielt, war Bewunderer der Berliner Philharmoniker, konnte einige von denen sogar zu Hauskonzerten gewinnen; er sammelte afrikanische Kunst sowie Malerei des 20. Jahrhunderts – mit manchen dieser Künstler war er befreundet.

Ulrich Bienzle ist nach kurzem Leiden am 17. März 2008 gestorben.

Justin Westhoff

## In memoriam Hans Witzgall



Foto: Archiv

Wer lange lebt, ist aus dem Gedächtnis der jungen Generation bereits entschwunden, für die ältere Generation so wohl bekannt, dass es Eulen nach Athen tragen

heißt, über ihn noch etwas zu erzählen. Der Autor hat würdige Artikel anlässlich des 70., 75., 80. und 90. Geburtstags des Verstorbenen an dieser Stelle veröffentlicht. Alle biographischen Daten sind daraus ersichtlich. (Für die jüngere Generation: Witzgall war von 1952 bis 1984 Chefarzt der Inneren Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses in Berlin.)

An dieser Stelle seien deshalb einige persönliche Anmerkungen erlaubt. Als Arzt war Witzgall die perfekte Kombination zwischen Naturwissenschaftler und Heilkundigem. Er vertrat stets die Auffassung, die Medizin solle soweit Naturwissenschaft bleiben, bis sie an die jeweiligen (zeitgegebenen) Grenzen stößt, darüber hinaus war er als Arzt Eklektiker, und scheute sich nicht, Anleihen auch bei der „Nichtschulmedizin“ aufzunehmen, wo es ihm zum Wohle des jeweiligen Patienten erforderlich schien. Keinesfalls betrieb er dabei Scharlatanerie, aber das „Placebo“ der Aura des erfolgreichen Arztes wusste er einzusetzen. Die Erfolge waren allerdings nicht reine Glücksfälle, eine „goldene Nase“ ist ihm sicher nicht abzusprechen, vielmehr waren sie harte Arbeit, in vielen Jahren unermüdlicher Literaturrecherchen

(vor Internet), und ständiger Kontakte zu den Kapazitäten des eigenen Fachs und der Grenzgebiete. Es gehörte zu seiner Art, Patienten in Entscheidungen einzubeziehen, ohne ihnen Entscheidungen zu überlassen, und die heute übliche Form brutaler Aufklärung widersprach seiner Auffassung vom Arzttum.

Fragt man sich heute, ob seine Art Medizin zu betreiben noch möglich sei, denkt man zunächst an die Beipackzettel von Medikamenten, aber auch daran, wie viele Patienten Sehnsucht nach einem bedingungslosen Arzt-Patienten-Verhältnis haben. Man erinnert sich an seine Vorlesungen zur Geschichte der Medizin, und sein Vertrauen darauf, dass die hippokratische Medizin von Kos über die technokratische Medizin (DRG!) von Knidos immer wieder die Oberhand behalten wird. In diesem Sinne muss er in die Reihe der Heilkundigen in den Olymp aufgenommen werden.

Dr. med. Manfred Waetke

## Land der Ideen

## Hohe Auszeichnung für MUT

Die Kammertochter MUT Gesellschaft für Gesundheit gGmbH ist im Rahmen der bundesweiten Initiative „Deutschland – Land der Ideen“ als einer von 365+1 ausgewählten Orten in Deutschland ausgezeichnet worden, wo beispielhafte Ideen erfolgreich umgesetzt werden. Die Auszeichnung wurde MUT-Geschäftsführerin Dr. med. Helga Schick am 26. März in der Tagesstätte für Obdachlose in Lichtenberg vom Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Dr. Klaus Theo Schröder, feierlich überreicht. Der Innovationswettbewerb, der 2006 ins Leben gerufen worden war, wird von der Bundesregierung und führenden deutschen Unternehmen wie der Deutschen Bank getragen. Schirmherr ist Bundespräsident Horst Köhler.

Von Sascha Rudat

Detterer von der Deutschen Bank Berlin hinzu.

MUT-Geschäftsführerin Dr. med. Helga Schick nahm die Auszeichnung entgegen, um sie sogleich an die vielen Helfer des Projekts weiterzuleiten. 36 ehrenamtliche Helfer wurden namentlich für ihre Unterstützung geehrt. Dr. Schick freute sich über den Preis und die Anerkennung des langjährigen Engagements und nutzte die Gelegenheit, um eine Bilanz der Arbeit zu ziehen. In 75.000 medizinischen und 12.000 zahnmedizinischen Konsultationen wurden bisher kranke Obdachlose versorgt. Einen besonderen Stellenwert nehme aber die sozialpflegerische Betreuung



MUT-Geschäftsführerin Dr. Helga Schick (1.v.l.) mit einem Teil der ehrenamtlichen Helfer.

Foto: Rudat

Die MUT-Tagesstätte für Obdachlose war bis auf den letzten Platz gefüllt am Tag der Ehrung. Denn neben allerlei Prominenz hatten sich zahlreiche ehrenamtliche Helfer der MUT eingefunden, da der Preis vor allen Dingen ihnen gelten sollte. „Es ist eine ganz persönliche Auszeichnung für alle, die die Arbeit tun“, fasste Staatssekretär Schröder zusammen. Die Einrichtungen der MUT seien ein Modell weit über die Stadt Berlin hinaus, erklärte er. Dr. Petra Leuschner, Staatssekretärin für Integration und Soziales in Berlin, betonte, der Erfolg der

MUT beruhe vor allem auf Empathie und tatkräftiges Anpacken. Bezirksbürgermeisterin Christina Emmerich wies darauf hin, dass es der Tagesstätte gelungen sei, sich eine hohe Akzeptanz und einen festen Platz im Bezirk aufzubauen. „Die Arztpraxen für Obdachlose schaffen mit ihrem selbstlosen und schwierigen Einsatz die besten Voraussetzungen, um die betroffenen Menschen nicht ganz aus der Mitte zu verlieren: Sie halten den persönlichen Kontakt und geben jeden Tag ein kleines Stück Hoffnung und Zukunft“, fügte Gerhard

ein. Die Arbeit der MUT verstehe sie als „Hilfe im Sinne der Mitmenschlichkeit“, sagte die ebenso bescheidene wie tatkräftige Geschäftsführerin, die kürzlich ihren 65. Geburtstag feierte. Eine besondere Freude war für sie die Anwesenheit von Sigrid Thomas, die 1994 als erste ehrenamtlich tätige Ärztin bei der MUT beschäftigt war. Als sie vor 14 Jahren unter sehr bescheidenen Bedingungen die Arbeit aufgenommen habe, hätte sie sich nicht vorstellen können, dass sich das Projekt so gut entwickeln würde, berichtete Sigrid Thomas.

## Neu: Sozialmedizin-Pschyrembel

**Pschyrembel Sozialmedizin. Walter de Gruyter, Berlin 2007, 540 S., 39,90 Euro.**

Der alte Pschyrembel dürfte von oben herab über sein wachsendes posthumes Werk staunen. Denn unter seinem Namen erscheint – neben dem Klinischen Wörterbuch – nun eine ganze Reihe von Nachschlagewerken: über Therapie, Pflege, Naturheilkunde, Diabetologie (kommen alle großen Krankheiten noch einzeln dran?), sogar eine elektronische medizinische Rechtschreibhilfe gibt es „von Pschyrembel“.

Und jetzt, zum ersten Mal, Sozialmedizin. Die Idee kam aus der Rentenversicherung, man merkt das noch an den raumgreifenden Stichwortgruppen um Begriffe wie „Rente, „Beiträge“ oder „Rehabilitation“ (wo wir mit Vergnügen einen Verwandten der Steinlaus aus dem Klinischen Wörterbuch entdeckten: das „Reha-Wesen, engl. Rehab creature“, leider noch ohne Loriot-Zeichnung). Aber ein Stab kompetenter multidisziplinärer Berater und Autoren sorgte dafür, dass hier (obgleich das Buch weitgehend von Sozialmedizinern und

Rehabilitationswissenschaftlern der Deutschen Rentenversicherung bearbeitet wurde) „Sozialmedizin“ nicht etwa auf „Versicherungsmedizin“ eingeeengt wurde. Vielmehr finden sich gründliche Informationen zum Beispiel auch zum Gesundheitssystem, zu Public Health, Prävention, Umwelt- und Arbeitsmedizin, Epidemiologie, zu Fragen der Qualitätssicherung, der Gesundheitsökonomie, zu den verschiedenen Formen von Studien mit ihrem Spezialvokabular – kurz zu Themen, die für viele Ärzte noch böhmische Dörfer sind, obwohl sie auch für die tägliche ärztliche Arbeit immer mehr Bedeutung gewinnen.  
R. St.

## Pschyrembel: der Klassiker

**Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch. Walter de Gruyter, Berlin 2007, 261. Aufl., 2136 S., geb. 39,95 Euro. – CD-Rom-Version ebenfalls 39,95 Euro. Kombinierte gedruckte und elektronische Ausgabe 59,95 Euro.**

Ein „Handbuch“ ist das schon lange nicht mehr, eher ein „Zweihandbuch“, so schwergewichtig und umfangreich ist der Psychrembel geworden. Man sollte ihn nicht nur einmal im Jahrzehnt neu anschaffen. Wie viel Neues hinzukommt, zeigt allein schon ein quantitativer Vergleich der 258. Ausgabe von 1998 mit der 261. von 2007: 2136 statt 1741 Seiten, an die 2500 statt 2000 Abbildungen – natürlich farbig, und alle Grafiken wurden neu gezeichnet. Der Text ist gerade noch brillenlos lesbar, etwas mehr Druckerschwärze – wie früher – würde die Lektüre aber erheblich erleichtern. Werbung ist zum Glück nur ganz sporadisch eingestreut.

Die Erweiterung und Aktualisierung betrifft natürlich nicht nur den Artikel über das Psychrembel-Maskottchen, die berühmte antidepressiv wirkende Steinlaus (*Petrophaga lorioti*), sondern

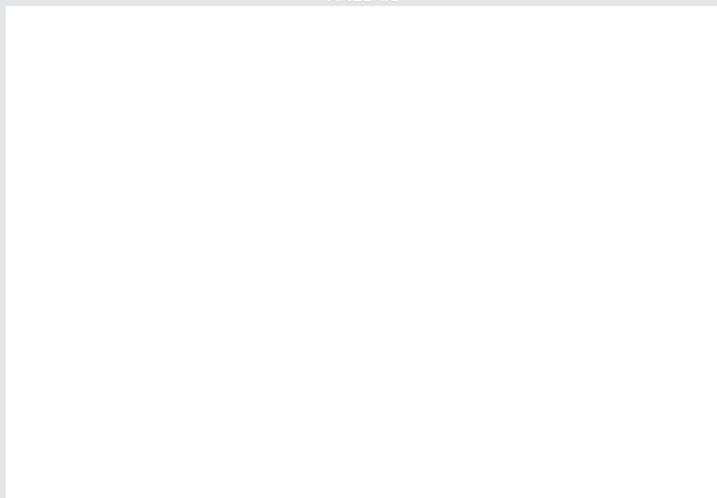
auch 20.000 der ernsthaften Einträge, und über 2000 sind völlig neu. Noch umfangreicher ist die elektronische Ausgabe, mit noch mehr Abbildungen und sogar Videos. Sieben Redakteurinnen machen heute die lexikalische Kärnerarbeit von Willibald Psychrembel, 150 Autoren aus Klinik, Praxis und Forschung bürgen für Qualität, darunter viele bekannte Berliner Professoren wie zum Beispiel Vittoria Braun, Joachim

Dudenhausen, Günter Henze oder Ingrid Reisinger.

Man kann viel von diesem Standardwerk erwarten, nur zweierlei nicht: Durchweg evidenzbasierte Therapieempfehlungen (in der nötigen Kürze werden meist nur die möglichen Verfahren aufgezählt) und Sprachkritik. Ein Beispiel: Hier wird sanktioniert, was leider immer mehr eingerissen ist, den Begriff „Erkrankung“ – der ja eigentlich den Prozess des Krankwerdens meint – mit „Krankheit“ gleichzusetzen.

R. St.

ANZEIGE



# Ein früher Expressionist

Zur Berliner Grünewald-Ausstellung



Foto: Katalog

**E**in Kind wirft den Kopf in stärkstem körperlichen oder seelischen Schmerz zurück, die Augen zugekniffen, den Mund schreiend aufgerissen, die Muskeln angespannt. Eine „Affektstudie“ des genialen Malers und Zeichners Mathias Grünewald, der eigentlich Mathis Nithart oder Neidhardt oder Gothardt hieß, zwischen 1475 und 1480 geboren wurde und 1528 in Halle starb. Viel mehr wissen wir nicht über ihn, außer dass er für den Mainzer Erzbischof tätig war und auch als Wasserbauingenieur arbeitete.

Ihm ist jetzt eine außergewöhnliche Ausstellung gewidmet – eine stille Sensation ohne Event-Rummel im Berliner Kulturforum. Dort hängt auch die zweite Zeichnung eines schreienden Kindes, wahrscheinlich nach demselben lockigen Modell; nicht ganz so expressiv, aber zur Steigerung des Ausdrucks vom Künstler während der Arbeit verändert, was an den ursprünglichen, dann ver-

worfenen Konturlinien der Wangenpartie zu erkennen ist. Wie fast immer bei seinen Zeichnungen, handelt es sich höchstwahrscheinlich um – sehr sorgfältig durchgearbeitete – Detail-Entwürfe für ein Gemälde. Aber für welches?

Manche Kunsthistoriker entdeckten eine Ähnlichkeit mit einem der musizierenden Engel vom Isenheimer Altar. Nach einer anderen Hypothese könnten es Vorstudien zu einem – verlo-

renen – Altarbild aus dem Mainzer Dom von 1520 sein. Joachim von Sandrart beschreibt es in seinen 1675 erschienenen Künstlerviten: „...ein blinder Einsidler, der, mit seinem Leitbuben, über den zugefrorenen Rheinstrom gehend, auf dem Eiß von zween Mördern überfallen, und zu todt geschlagen wird, und auf seinem schreyenden Knaben ligt...“

Viele Kunstwissenschaftler folgten Sandrart in dieser Annahme. Andere interpretierten die Zeichnungen als pathologische Studien. Wilhelm Fraenger zum Beispiel meinte, auf dem hier abgebildeten Blatt den Kopf eines Epileptikers zu sehen, „der sich im wilden Initiationsschrei eines Anfalls in den Nacken bäumt.“ Er verweist auch auf eine von Grünewalds vier Grisaille-Tafeln des Heller-Altars. Sie zeigt den heiligen Cyriakus beim Exorzismus. Die Beschwörungsformel steht in den Folianten in seiner Hand. Die Legenda aurea beschreibt die Szene so: „Nun geschah es

aber, daß Arthemias, des Kaisers Diocletian Tochter, besessen war von dem bösen Geiste, und schrie der Teufel aus ihr und sprach: ‚Ich gehe nicht von ihr, es sei denn, daß Cyriakus komme, der Diakon.‘ Also ward Cyriakus zu ihr geführt und gebot dem Teufel, daß er ausführe...“

Diese in differenzierten Grautönen plastisch wie Skulpturen gemalten Altartafeln ergänzen, zusammen mit einigen anderen Gemälden, die Berliner Ausstellung. Bis auf eine führt sie sämtliche 36 erhaltenen Grünewald-Zeichnungen zusammen, von denen 19 dem Kupferstichkabinett unserer Staatlichen Museen gehören. Wer Grünewald kürzlich in Karlsruhe oder Colmar nicht sehen konnte, sollte jedenfalls dieses spektakuläre „Heimspiel“ nicht versäumen. Druckgraphik, wie sie etwa Dürer massenhaft für den Verkauf anfertigte, gibt es von Grünewald nicht, seine Zeichnungen sind Unikate. Sie dienten nur dem eigenen Werkstattgebrauch, und doch sind fast alle elaborierte und ausdrucksstarke Meisterwerke.

Sie sind erstaunlich gut erhalten, obwohl es sich um leicht verwischbare, oft mit dem Pinsel weiß gehöhte Kohlezeichnungen handelt. Die empfindliche Kohle wurde aber gut fixiert, offenbar von unten: durch Bestreichen des Papiers mit einem Bindemittel, das nach dem Zeichnen wahrscheinlich mit Wasserdampf zum Quellen gebracht wurde.

In der Ausstellung – und aus dem vorzüglichen Katalogbuch, das zugleich ein wissenschaftlicher Bestandskatalog ist – erfährt man viel über Grünewalds Zeichnungskunst und -technik wie auch allgemein über den Stand der Grünewaldforschung, die heute auch mit naturwissenschaftlichen Methoden wie Radiologie oder Infrarotreflektographie arbeitet. Sein sehr individuelles Werk, angesiedelt zwischen Spätgotik und Renaissance, bleibt in seiner bewegten Expressivität und zugleich Virtuosität einmalig.

R. Stein

*Kulturforum, Ausstellungshalle, noch bis zum 1. Juni, Di bis Fr 10-18, Do bis 22, Sa/So 11-18 Uhr.*

BERLINER  ÄRZTE

5/2008 45. 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.l-va.de  
E-Mail: mb@l-va.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 € 64,50 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 43,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,40 zzgl. € 2,50 Versandkosten.  
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 8 vom 01.01.2008.

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

ISSN: 0939-5784