

Neue Grippe und kein Ende



Foto: Charité

Prof. Dr. med. Detlev H. Krüger

ist Direktor des Instituts für Medizinische Virologie (Helmut-Ruska-Haus) der Charité, Campus Mitte. Von 1994 bis 2002 war er Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin.

Wohl selten bilden Ansichten, Interessen, Informationen und Fehlinformationen ein so verworrenes Gemenge wie gegenwärtig im Falle der Neuen Grippe (die auch – beides nicht sehr glücklich – „Schweinegrippe“ oder „pandemische Grippe“ genannt wird). Als in diesem Frühjahr die ersten Erkrankungs- und Todesfälle durch Infektionen mit dem neuen Influenza-A/H1N1-Virus aus Mexiko und den USA gemeldet wurden, wurde vor einem neuen „Killervirus“ gewarnt. Kein Verantwortlicher konnte in dieser Situation untätig bleiben. Die Hemmstoffvorräte wurden aufgestockt und die Impfstoffentwicklung angekurbelt – sicherlich nicht zum Missvergnügen der beteiligten Firmen.

Nun zirkuliert das Virus längst in Deutschland. Es stellte sich heraus, dass seine Virulenz nicht über der von „normalen“ „saisonalen“ Grippeerregern liegt. Doch ist es nicht gefährlich genug, wenn jährlich etwa 10.000 Personen an den Folgen einer Influenzavirusinfektion sterben?

Aber jetzt gibt es viel Kritik: Die einen kritisieren, die neu zugelassenen Impfstoffe seien neu und unerprobt, die anderen protestieren, dass sie nicht früh genug geimpft werden. Dabei hängen beide Probleme zusammen: Als im Frühsommer entschieden wurde, möglichst schnell (also noch vor Beginn der winterlichen Grippesaison) eine Impfung gegen das neue Virus anzubieten, war klar, dass in dieser kurzen Zeit der entsprechende Impfstoff nicht in ausreichender Menge produziert werden kann. Die Lösung besteht im Zusatz von Adjuvans zum viralen

Spaltantigen, wodurch die notwendige Antigenmenge pro Impfung reduziert wird und somit mehr Impfdosen pro Zeiteinheit hergestellt werden können. Die Versorgung mit Pandemrix ist jetzt angelaufen, und es wird vom Impfverhalten der einzelnen Bevölkerungsgruppen (und der Ärzte!) abhängen, ob die schrittweise ausgelieferte Menge Impfstoff über oder unter dem Bedarf liegt.

Ein anderer Aufreger bestand in der Meldung, dass es in Deutschland einen „besseren“ und einen „schlechteren“ Impfstoff gebe. Der Infektionsschutz ist Ländersache, und diese hatten beschlossen, Verträge für Pandemrix abzuschließen. Als der Bund dann ebenfalls Impfstoff bestellen wollte, musste er auf einen anderen Anbieter ausweichen. Dieser produziert einen Impfstoff aus Vollvirus (Celvapan), bei dem die Virushülle gewissermaßen als Adjuvans wirkt. Nach allen Erkenntnissen ist keiner der beiden Impfstoffe prinzipiell unwirksamer oder unsicherer als der andere.

Einer Entscheidung zur Impfung sollte wie bei jeder anderen ärztlichen Maßnahme eine Güterabwägung von Nutzen und Risiko vorhergehen, die sowohl vom Arzt als auch vom Patienten getroffen werden muss. Dabei sind die möglichen Neben-

wirkungen der Impfung (die übrigens aufmerksam zusammengetragen werden, www.pei.de) mit der Komplikationsrate der Influenzaerkrankung ins Verhältnis zu setzen, was wohl in der Regel eine Entscheidung pro Impfung ermöglicht.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat in ihrer Impfeempfehlung (Epidemiol. Bulletin 41/2009, www.rki.de) erklärt, dass die Erfahrungen bei der Impfung der prioritären Bevölkerungsgruppen genutzt werden sollen, um zeitnah konkretere Empfehlungen für die Immunisierung zu erarbeiten. Wenn dieses Heft erscheint, dürften die Empfehlungen vorliegen und hoffentlich auch klarere Hinweise zur Impfung Schwangerer enthalten. Es sollte übrigens kein Anlass für neue Aufregungen sein, wenn sich bald herausstellen wird, dass der Impfschutz nicht hundertprozentig ist und auch einzelne Geimpfte erkranken. Dies ist ein statistisch zu erwartender Effekt, der nichts an der Sinnhaftigkeit der Impfung ändert.

Und noch eines: Wollen wir nicht einen Moment innehalten und auch ein wenig stolz sein, dass ein halbes Jahr nach der Entdeckung eines neuen Influenzavirus schon eine einsatzfähige Immunprophylaxe existiert? Im nächsten Jahr wird das neue H1N1 sicherlich den jetzigen H1N1-Impfstamm im „saisonalen“ Impfstoff ablösen und ein ganz normaler Bestandteil der Grippevakzine werden.



TITELTHEMA.....

Das neue „Patientenverfügungsgesetz“

Mit dem „Patientenverfügungsgesetz“ hat der Gesetzgeber einen neuen Rahmen vorgegeben. Ärztliches Handeln wird dadurch jedoch nicht einfacher. Dieser Leitfaden soll ein Wegweiser durch das Dickicht sein.

Von *Sven Niemeck*.....14

EDITORIAL.....

Neue Grippe und kein Ende

Von *Detlev Krüger*..... 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*... 6

Jahresbericht des GKR „Krebsinzidenz 2005-2006“ erscheint im Dezember 2009

Informationen des Gemeinsamen Krebsregisters.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

CIRS – Chance oder rechtliches Risiko

Von *Peter W. Gaidzik*.....22

Möglichkeiten zur Optimierung allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Von *Vittoria Braun*.....28

Falsche Fährten

Aus Fehldiagnosen lernen
Von *Rosemarie Stein*..... 33



Die Praxis zukunftsfähig machen

Sondergutachten des Sachverständigenrates
Von *Rosemarie Stein* 36

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin..... 26

Das Fortbildungsverhalten der Berliner Ärzte

Von *Franka Hierse und Dino Carl Novak*..... 30

PERSONALIEN.....

Zum Tode von Helmut Kewitz 25

Wolfgang Presber zum gosten 35

BUCHBESPRECHUNGEN.....

Bernard Lown: Rezept zum Überleben..... 34

Michail Bulgakow: Arztgeschichten38

Olivier Ameisen: „Das Ende meiner Sucht“ 38

Interview zum Buch mit Tom Bschor: „Trocken werden geht nur mit Einsatz“ 39

FEUILLETON.....

Carus: Arzt, Forscher, Künstler
Von *Rosemarie Stein* 41

Von der Obdachlosigkeit in die Beschäftigung

Seit 1991 ist die MUT Gesellschaft für Gesundheit, eine Tochtergesellschaft der Ärztekammer Berlin, auf dem Gebiet der Arbeitsförderung tätig, immer mit dem Ziel, möglichst viele Menschen in arbeitsvertraglich abgesicherte Beschäftigung zu bringen. Darüber hinaus ist sie seit 1994 erfolgreich in ihrer 15-jährigen medizinischen und sozialpflegerischen Betreuung sowie 10-jährigen zahnmedizinischen Versorgung von Obdachlosen.

Das Engagement der MUT beschreibt ein ehemals Obdachloser, der es geschafft hat, sein Leben wieder in den Griff zu bekommen:

„Zuerst möchte ich mich vorstellen. Ich heiße Lothar Münchow, bin 51 Jahre alt und arbeite zur-

zeit bei der MUT in der Tagesstätte für Obdachlose und Bedürftige am Stralauer Platz 32. Ich habe einen Arbeitsvertrag bis 31.03.2010. Ich arbeite in der Kleiderkammer für Obdachlose, helfe aber auch in der Küche, erledige Kurierdienste für andere Mitarbeiter sowie für die Ärzte und Schwestern, die in der Arztpraxis Obdachlose behandeln. Ich organisiere aber auch Spenden für die Kleiderkammer, z. B. von der Bundeswehr, von Lotec oder von Galeria Kaufhof.

Aber das war nicht immer so. Von 2004 bis Mitte 2005 war ich selbst auf der Straße, habe viel Alkohol getrunken, mich gehen lassen. Anfang 2005 habe ich hier am Ostbahnhof die Einrichtung der MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH kennengelernt. Ich war hier essen, konnte duschen,

erhielt witterungsgerechte Bekleidung aus der Kleiderkammer. Bis mir die Idee kam, nachzufragen, ob ich auch hier arbeiten könnte. Die MUT hatte gerade vom Jobcenter Friedrichshain-Kreuzberg die Maßnahme ‚Tagesbetreuung für Obdachlose‘ bewilligt bekommen. Ich erhielt vom Jobcenter die Zuweisung für den berufspraktischen Einsatz in einer Arbeitsgelegenheit – ein so genannter 1-Euro-Job in der Kleiderkammer – das war mein Einstieg bei der MUT. Ich hatte endlich wieder eine Aufgabe, konnte mich nützlich machen, anderen helfen, so wie mir vorher geholfen wurde. Nach dem Auslaufen der Maßnahme war ich bemüht, eine Verlängerung zu bekommen. Ich erhielt dann auch die Zuweisung für weitere Arbeitsgelegenheiten mit MAE bei der MUT. Ich fand mich immer besser in meinem Aufgabengebiet zurecht, ich erlangte mehr Selbstbewusstsein. Der Einsatz war befristet bis 14.01.2008. Danach arbeitete ich ehrenamtlich in der Küche und in der Kleiderkammer, denn die Arbeit musste ja getan werden, aber das Personal war knapp. Ich wollte natürlich wieder in eine Arbeitsfördermaßnahme. Die



MUT hat für mich einen Beschäftigungszuschuss beim Jobcenter beantragt und ich konnte am 01.04.2008 einen Arbeitsvertrag über zwei Jahre unterschreiben, jetzt bin ich wieder sozialversichert, die Arbeit macht mir sehr viel Spaß und ich würde auch noch länger bleiben.

Für mich ist es ein Stück Lebensqualität, das ich zurückgewonnen habe. Dafür sage ich ganz herzlich: DANKE!“

Wenn Sie die Arbeit der MUT durch Ihre Spende unterstützen wollen, bitte überweisen Sie an:

MUT Gesellschaft für
Gesundheit mbH
Konto-Nr.: 080 330 5848
BLZ: 100 906 03
Apotheker- und Ärztebank
Berlin

ANZEIGEN

ANZEIGE

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



DRK Kliniken Berlin/Westend

Dr. Thilo John ist seit 1. Oktober neuer Chefarzt der Kliniken für Unfallchirurgie und Orthopädie. Zuvor war John als leitender Oberarzt am Klinikum Benjamin Franklin. Er löste Dr. Helge Schauwecker ab, der in den Ruhestand getreten ist.

Charité – Universitätsmedizin Berlin CVK und CBF

Prof. Dr. Karin Rothe hat am 1. Oktober als Direktorin der Klinik für Kinderchirurgie des Campus Virchow Klinikum die Nachfolge des ehemaligen Dekans Prof. Dr. Harald Mau übernommen, der in den Ruhestand verabschiedet wurde. Prof. Rothe leitete bisher die Kinderchirurgie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Prof. Antonia Joussem führt künftig die Augenklinik der Charité, Campus Benjamin Franklin, als Nachfolgerin von Prof. Michael Förster, der noch an der Klinik tätig ist. Prof. Joussem war seit 2006 Direktorin der Augenklinik der Universität Düsseldorf.

Schlosspark-Klinik und Park-Klinik Sophie Charlotte

Prof. Dr. Hans Stoffels, ehemaliger Chefarzt der Psychosomatischen Abteilung der Schlosspark-Klinik, ist seit Juni 2009 Chefarzt der neu gegründeten privaten Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik „Park-Klinik Sophie Charlotte“, die sich auf dem Gelände der Schlosspark-Klinik befindet. Seine Nachfolge hat kommissarisch Dr. Dirk Schmoll, Oberarzt in der Schlosspark-Klinik Psychiatrie, übernommen. Die endgültige Nachfolge wird ab Januar 2010 Priv.Do. Dr. Tom Bschor übernehmen, der zurzeit noch als Chefarzt im Jüdischen Krankenhaus tätig ist. Die Schlosspark-Klinik wird ab Dezember 2009 die psychiatrische Pflichtversorgung für Charlottenburg Nord übernehmen, die vorher an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in der Eschenallee (UKBF) angesiedelt war.

Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum

Dr. Christian Träder ist seit dem 1. Oktober neuer Chefarzt der Rettungsstelle des Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikums. Seit 2001 leitete er als Oberarzt die Abteilung für Gastroenterologie und Infektiologie der Klinik für Innere Medizin – Infektiologie und war zusätzlich als Pandemiebeauftragter im Vivantes-Konzern tätig. Dr. Träder ist Nachfolger von Dr. Olaf Kersten, der in den Ruhestand getreten ist.

Seit dem 1. November ist M.U. Dr. Mario Zacharias neuer Chefarzt der urologischen Abteilung des Auguste-Viktoria-Klinikums. Er war bislang geschäftsführender Oberarzt der Urologischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Zacharias ist Nachfolger von Prof. Dr. Rainer Kunz, der als Ärztlicher Leiter das Urologische Laserzentrum am AVK leiten wird.

Rettungs- und Notarzteinsatz der Berliner Feuerwehr

Seit 1. November ist Dr. Mario Eggers, Facharzt für Anästhesie und Notfallmedizin, ehemals tätig an den DRK Kliniken Westend, als Ärztlicher Leiter für den gesamten Rettungs- und Notarzteinsatz in der Bundeshauptstadt verantwortlich. In dieser neuen Struktur sucht Eggers die Qualitätsverbesserung und –sicherung des Rettungsdienstes in Berlin.

Vivantes Tumorzentrum – Dachverband der Berliner Tumorzentren

Dr. Dr. Kristina Zappel ist seit September Leiterin der Geschäftsstelle des Vivantes Tumorzentrums, Clinical Cancer Center Berlin (CCCB). In der neu geschaffenen Position koordiniert sie in Abstimmung mit dem Lenkungsausschuss des Vivantes Tumorzentrums unter anderem den Ausbau des onkologischen Netzwerks sowie die Zertifizierung des Vivantes Tumorzentrums. Sie übernimmt u.a. als Vivantes Tumor-Lotse künftig die Vivantes-weite Koordinierung der onkologischen Patientenkontakte. Zuvor leitete Zappel in der Klinik für Dermatologie und Venerologie am Vivantes Klinikum Neukölln ein von ihr aufgebautes Studienzentrum.

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

BERLINER ÄRZTE 11/2009 „Finanzkrise lässt Rentenerhöhung nicht zu“ Bericht von der Delegiertenversammlung am 23. September 2009

Eine ordentliche Leistung?

Zum fünften Mal in Folge erhalten wir Berliner Ärzte-Rentner nun keine Erhöhung unserer Versorgungsbezüge! In dieser Zeit sind die Lebenshaltungskosten mindestens um zehn Prozent gestiegen, haben die gesetzlich Rentenversicherten mindestens ein- wenn nicht sogar zweimal eine Rentenerhöhung bekommen. Wer sich – wie ich – bei der Altersvorsorge fast ausschließlich auf die vollmundigen Versprechungen der Ärzteversorgung in der Vergangenheit – auch noch mit angeblich durch andere Anlagen nicht in ihrer Rentabilität zu schlagende freiwilligen Höhereinzahlungen – verlassen hat, muss sich allmählich Gedanken um seinen „wohlverdienten“ Alterslebensstandard machen.

Der Gipfel der verdrehten Darstellung erscheint mir die Aussage die Finanzkrise lasse eine Erhöhung nicht zu. Eher ist es wohl doch die schlechte/falsche Anlagepolitik der Verantwortlichen. Deren in der Vergangenheit bekannt gewordenen hohen Aufwandsentschädigungen lassen hier an die Bonuszahlungen der inzwischen ins Zwielicht gekom-

menen Banker denken. Wieso wurde der Aktien- und Derivateanteil der Anlagen vor einigen Jahren deutlich erhöht? War man mit einer soliden, wenn auch vielleicht etwas niedrigeren Gesamtverzinsung nicht zufrieden? Auch hier die Gier am Werke? Dies alles – wie von Herrn Wille dargestellt – als „ordentliche Leistung“ darzustellen erscheint doch sehr merkwürdig. Eine ordentliche Leistung wäre in meinen Augen eine einer ganz gewöhnlichen Lebensversicherung mit Dynamisierungssystematik entsprechende Versorgung und ich bedauere eine solche nicht wenigstens mit meinen freiwilligen Höherbeiträgen abgeschlossen zu haben. Jedes Jahr musste bisher auch eine andere Begründung herhalten um positive Jahresergebnisse nicht an die aktuellen Rentenbezieher auszuschießen sondern vollständig in die Rückstellung zu geben. Als Rentner kann man sich bekanntlich nur noch sehr bedingt um jetzt fehlendes Einkommen oder zusätzliche Rücklagen bemühen, im Erwerbsleben Stehende haben es da möglicherweise etwas leichter. Mir scheint auch fragwürdig, dass die aktiv Beitragsleistenden über die Bezüge der Beziehenden

bestimmen – demnächst müssen dann wohl nicht nur die Anwartschaften sondern auch noch Renten gekürzt werden und dies zu einer Zeit, wo sogar die Politik eine Rentengarantie ausgesprochen hat. So kann man jedem noch berufstätigen Arzt nur raten, sich nicht ausschließlich auf die Versprechungen der Berliner Ärzteversorgung zu verlassen.

*Dr. med. Wolfgang Sommer
12209 Berlin*

Die Aussagen des Herrn Kollegen Sommer bedürfen der Richtigstellung. Nicht „zum fünften Mal in Folge“ sondern das 3. Mal (!) nacheinander wird nicht dynamisiert, sondern „nur“ der Rechnungszins von 4 % gehalten. Alle Verantwortlichen in der BÄV wären natürlich sehr erleichtert, wenn – wie in „einer ganz gewöhnlichen Lebensversicherung mit Dynamisierungssystematik“ – nur 2,25 % oder (bei Altverträgen) 3 % Rechnungszins bedeckt werden müssten. Mit dem Rechnungszins der „ganz gewöhnlichen“ Lebensversicherungen könnte die BÄV also locker 1 % bis 1,75 % dynamisieren! Anders ausgedrückt: Wenn die BÄV die Anwartschaften und Renten auf LV-Niveau kürzt (d.h. 30 % bis 40 % weniger als aktuell), wäre es kein Problem gewesen, die letzten Jahre eine Dynamisierung von 2 % zu gewähren. Im Ergebnis wäre dann aber die Rente und insbesondere die Anwartschaft (und damit vor allem auch die Berufsunfähigkeitsrente) deutlich geringer als zurzeit. Siehe hierzu auch BERLINER ÄRZTE 12/2003, Seite 26 + 11/2007, Seite 25.



„Jedes Jahr ... eine andere Begründung“ für die Zuweisung des Gewinns in die Rückstellung ist leider auch falsch. Die erfreuliche Längerlebigkeit der Kolleginnen und Kollegen (in 10 Jahren 4 Jahre plus) hat circa 730 Millionen Euro gekostet und die verdient ein Versorgungswerk der Größe Berlins nicht in einem Jahr. Diese Summe wurde in den letzten 3 Jahren gestemmt! Dabei sollte von den jetzigen Rentnergenerationen anerkannt werden, dass durchschnittlich 8 % ihrer Rente von den jetzigen Anwärtern finanziert werden – statt aus eigenen Beiträgen – da die Rentnerinnen und Rentner an den Kosten der neuen Biometrie primär nicht beteiligt wurden.

Es verwundert insoweit schon sehr, dass ein Rentner entsprechende Rentenerhöhungen fordert, statt sich zu fragen, warum seine Rente nicht gekürzt werden muss – auch die so genannten Bestands-Rentner profitieren bekanntlich von der Längerlebigkeit. Die von ihm kritisierten Beitragsleistenden – die diese Rentenkürzung gerade nicht beschlossen haben – sind immerhin von der Rente mit 67 betroffen. Ich kann mir darüber hinaus auch kaum vorstellen, dass der Kollege seine Beiträge freiwillig in die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) einzahlen würde, denn die Vorteile der berufsständischen Versorgung gelten weiter:

- Je nach Eintrittsalter und Altersrentenbeginn entsteht für den gleichen Rentenbeitrag wie zur GRV die nahezu doppelte Altersrentenhöhe bei der

ANZEIGE

Leserbrief

BÄV. Oder anders gesagt: 2.000 Euro ohne Dynamisierung sind mir allemal lieber als 1.100 Euro mit 2 % Rentenerhöhung!

- Höheres Hinterbliebenenabsicherungsniveau – dazu keine Einkommensanrechnung!
- Gewährung von Kinderzuschüssen bei Altersrentenbeginn vor 2010 = 26 Jahre länger als in der GRV
- usw.

Fazit: Die Subsumtionen des Kollegen gehen an der Lebenswirklichkeit vorbei.

Dr. med. Elmar Wille
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung

Apropos Rentenkürzung: Wie Sie der Tagespresse entneh-

men können, verkauft die Regierung die vor der Wahl verkündete GRV-Rentengarantie aktuell als Erfolg. So wird es dort für 2010 und 2011 wohl zu Nullrunden kommen, welche insoweit die wegen der Lohn- und Gehaltskoppelung bevorstehende GRV-Rentenkürzung tatsächlich verhindern. Aber zu welchem Preis? Diese „Wohltaten“ wird die GRV später bezahlen, wenn – in wirtschaftlich besseren Zeiten – dort weitere Nullrunden oder Mini-Anpassungen erfolgen. Im Versorgungswerk dagegen gilt weiter: Es kann nur verteilt werden, was vorher erwirtschaftet wurde.

BERLINER ÄRZTE wünscht frohe Weihnachten

Die Redaktion von BERLINER ÄRZTE sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammer Berlin wünschen allen Leserinnen und Lesern und ihren Familien ein frohes Weihnachtsfest sowie einen guten Rutsch ins Neue Jahr!



ANZEIGE

*TNF- α -Blocker***Lymphome bei Kindern**

Die AkdÄ zitiert eine Warnung der amerikanischen Arzneimittelüberwachungsbehörde FDA, in der auf ein erhöhtes Risiko des Auftretens von Lymphomen und anderen malignen Tumoren bei Kindern und Jugendlichen unter der Gabe eines Tumornekrosefaktor- α -Blockers hingewiesen wird.

Zusätzlich wurde ein erhöhtes Leukämierisiko und die mögliche Induktion einer Psoriasis in allen Altersgruppen beobachtet.

Aufgrund des gleichen Wirkungsmechanismus stehen alle Arzneistoffe dieser Substanzklasse unter Verdacht:

Adalimumab (Humira®), Etanercept (Enbrel®), Infliximab (Remicade®) und in Deutschland noch nicht zugelassen: Certolizumab (Cimzia®) und Golimumab (Simponi®).

Quelle: AkdÄ Drug Safety Mail

*Impfstoffe***gegen Schweinegrippe (A/H1N1)**

Nach Auffassung der AkdÄ bestehen zu den neu zugelassenen Pandemieimpfstoffen (Pandemrix®, Wirkverstärker AS03; Focetria®, Wirkverstärker MF59) aufgrund der beschränkten Anzahl und Auswahl von exponierten Personen in den Zulassungsstudien nur sehr eingeschränkte Kenntnisse zu ihrem Sicherheitsprofil. Eine engmaschige Überwachung der auftretenden unerwünschten Wirkungen (UAW) ist erforderlich.

Fragen bleiben bei

- der Gefahr eines Genaustausches zwischen H1N1 und anderen Grippeerregern (gering?),
- der Verträglichkeit der Impfstoffe, der Adjuvantien und der Konservierungsmittel (insbesondere Guillain-Barré-Syndrom),
- der Anwendung von Adjuvansenthaltenden Impfstoffen, aber auch die Verträglichkeit anti-

raler Arzneimittel in der Schwangerschaft,

- der Wirkdosis der Impfstoffe (**bis 9 Jahre: zweimal eine halbe Erwachsenenendosis, 10 Jahre bis 60 Jahre: nur eine Dosis, über 60 Jahre: zwei Dosen?**) sowie Wirksamkeit antiviraler Arzneistoffe bei Kindern,
- den Ursachen der Todesfälle (bakterielle Koinfektionen, erhebliche individuelle Risikofaktoren),
- **paradox scheint die Empfehlung, bei Schwangeren einen Wirkstärker-freien Spaltimpfstoff anzuwenden (in Deutschland nicht erhältlich, Stand 15.10.09). Die Bundeswehr will den Ganzvirusimpfstoff Celvapan® anwenden.**

Erfahrungen mit früheren Pandemiewarnungen von Behörden (z.B. zuletzt zur Vogelgrippe) waren zwar

hilfreich zur Erprobung von Pandemieplänen, erweckten jedoch den Verdacht Interessen-gesteuerter übertriebener Aktionen. Auch bei Schweinegrippe-Impfstoffen entsteht dieser Verdacht, insbesondere wenn man z.B. die 75%ige Verteuerung der Impfstoffkosten durch den Wirkstoffverstärker betrachtet **und über 60-jährige Gesunde nur mit einer Inzidenz von 0,4/100.000 und mit keinem Krankenhausaufenthalt rechnen müssen (Stand 13.10.09).**

Nach Empfehlungen der Europäischen Union sollten primär Personen mit chronischen Leiden wie Atemwegserkrankungen, schwangere Frauen und Beschäftigte im Gesundheitswesen geimpft werden.

Quellen: www.akdae.de, viele Berichte aus der Fachpresse

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.
Telefon: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Jahresbericht des GKR „Krebsinzidenz 2005-2006“ erscheint im Dezember 2009

Das Gemeinsame Krebsregister (GKR) wird noch in diesem Jahr den Jahresbericht mit Daten zu Krebsneuerkrankungen und Krebstodesfällen der Jahre 2005 und 2006 herausgeben. Damit wird die Reihe der Jahresberichte innerhalb der Schriftenreihe des GKR um einen weiteren Band ergänzt.

Im aktuellen Bericht werden die häufigsten Krebsarten nach einem einheitlichen Schema ausgewertet. Der zeitliche Trend, der Altersverlauf, die Stadien, die Prognose und die Primärtherapie werden betrachtet. Die wichtigsten epidemiologischen Daten werden getrennt nach den am GKR beteiligten Bundesländern ausgewertet. Regionale Inzidenzauswertungen nach Kreisen eines Bundeslandes (in Berlin nach Bezirken) runden das Bild ab.

Was sind die wichtigsten Ergebnisse für Berlin? Im Durchschnitt der Jahre 2005 und 2006 sind in Berlin ca. 16.137 bösartige Krebsneuerkrankungen registriert worden (8.123 Männer, 8.014 Frauen). Hinzu kommen 1.361 Fälle (700 Männer, 661 Frauen) nichtmelanotischer Hautkrebs, die in epidemiologischen Krebsregistern zwar erfasst und ausgewertet werden, aber vereinbarungsgemäß nicht in die Gesamtzahl bösartiger Krebsneuerkrankungen eingehen.

Erfreulicherweise konnte der Anteil der Fälle, die nur vom Leichenschauschein bekannt waren (DCO-Fälle, Death Certificate Only), weiter reduziert werden. Er beträgt 17,1% bzw. 21,0% (Männer/Frauen). Im letzten Jahresbericht zu den Diagnosejahren 2003 und 2004 waren es noch 23,5% bzw. 26,5% (Männer/Frauen). Diese positive Entwicklung ist Ergebnis der Bemühungen der Berliner Ärzteschaft zur Erhöhung der Vollständigkeit der Registrierung. Die Anstrengungen zur Erfüllung der ärztlichen Krebsmeldepflicht müssen jedoch weiter intensiviert werden, um

den DCO-Anteil auf das angestrebte Maß von höchstens 10% zu senken.

Die altersstandardisierte Inzidenz je 100.000 (Europastandard) betrug 412,0 bei Männern und 311,6 bei Frauen. Damit liegt Berlin bei Männern unter und bei Frauen über dem Durchschnitt des gesamten Erfassungsgebietes (444,6 bzw. 296,4).

Häufigste Krebslokalisationen waren im Berichtszeitraum bei Männern Prostata, Lunge und Darm mit Anteilen an allen Krebsneuerkrankungen von 19,4%, 17,7% bzw. 12,0%. Bei Frauen war es die Brustdrüse mit 27,4%, gefolgt von Darm (12,6%) und Lunge (10,2%).

In Berlin verstarben im Durchschnitt der beiden Jahre 2005 und 2006 insgesamt 8.121 Personen (4.161 Männer, 3.960 Frauen) an einer Krebserkrankung. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate betrug für Männer 212,7 und für Frauen 138,6 pro 100.000. Analog zur Inzidenz wurde bei den Berliner Männern eine niedrigere und bei den Berliner Frauen eine höhere Mortalitätsrate im Vergleich zum Durchschnitt der GKR-Länder beobachtet (228,0 bzw. 129,0).

Die häufigsten Krebstodesursachen waren bei Männern Lungenkrebs mit einem Anteil von 28,3% an allen Krebstodesfällen, Darmkrebs (10,6%) und Prostatakrebs (8,5%).

Nach wie vor alarmierend sind die rund doppelt so hohen Lungenkrebsraten der Berliner Frauen sowohl bei der Inzidenz als auch der Mortalität gegenüber den restlichen GKR-Bundesländern. Im Berichtszeitraum hat der Lungenkrebs bei Frauen mit einem Anteil von 17,2% an allen Krebstodesfällen Brustkrebs (16,9%) als häufigste Krebstodesursache von der Spitze verdrängt. Auf Rang 3 folgt Darmkrebs mit 13,7%.

R. Stabenow

Gemeinsames Krebsregister
www.krebsregister.berlin.de



Neue Influenza

Ärzttekammer warnt vor Panikmache

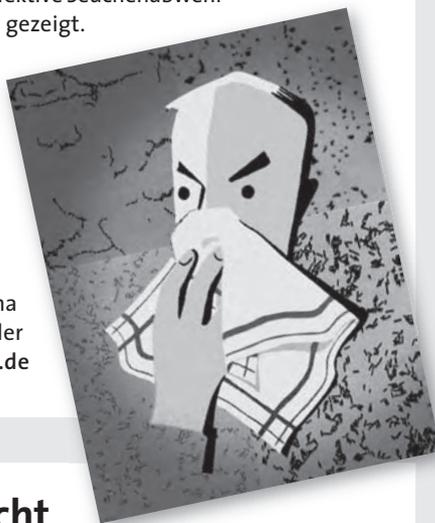
Die Ärztekammer Berlin hat sich im Rahmen der kontroversen Diskussion um die Impfung gegen das A/H1N1-Virus in zahlreichen Medien für eine Versachlichung der Diskussion eingesetzt. In der hitzigen Debatte um das Für und Wider der Impfung gegen die so genannte Schweinegrippe wurde leider oft mit Halbwahrheiten gehandelt, die die Bevölkerung, aber auch Ärztinnen und Ärzte verunsichert haben. Die Ärztekammer beantwortete dazu in den vergangenen Wochen zahlreiche Fragen von Seiten der Presse, der Ärzteschaft und der Bevölkerung. Wie Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz wiederholt betonte, muss bei jedem Patienten eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung stattfinden, die stark von der gesundheitlichen Situation und dem Lebensumfeld des zu Impfinden abhängt. Glücklicherweise verlief die Pandemie – insbesondere im Vergleich zur saisonalen Influenza – bisher in Deutschland sehr mild, so dass kein Grund zur Panik besteht.

Angesichts der problematisch angelaufenen Impfkation in Berlin spricht sich die Kammer für eine „offene Manöverkritik“ unter allen Beteiligten nach dem Abklingen der H1N1-Infektionswelle aus. Auf politischer und institutioneller Ebene sollten die Abläufe und Informationswege kritisch hinterfragt und für künftige Herausforderungen abgestimmt werden. Dass die bisherigen Pandemiepläne und deren Umsetzung auf Landes- und Bundesebene nicht den Anforderungen an eine effektive Seuchenabwehr genügen, hat sich in den vergangenen Wochen gezeigt.

Wichtig ist bei künftigen Planungen nicht nur die Verteilung von Zuständigkeiten, sondern eine kontinuierliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller relevanten Gruppen.

Lesen Sie dazu auch das Editorial auf Seite 3 sowie die Informationen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft auf Seite 10.

Alle aktuellen Informationen rund um das Thema Neue Influenza finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de



LaGeSo

Neue Influenza: Meldepflicht bei starken Impfreaktionen beachten

Aus aktuellem Anlass weist das Fachgebiet Infektionsschutz / Infektionsepidemiologie am Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LaGeSo) auf die Meldepflicht und den Meldeweg von über das übliche Maß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung bei Impfung gegen die Schweinegrippe nach § 11 Abs. 2 IfSG hin. Dieser Meldeweg ist grundsätzlich im IfSG des Bundes und in der AV Schutzimpfung des Landes Berlin geregelt. Danach ist der Arzt verpflichtet, Impfschäden dem Gesundheitsamt zu melden. Das notwendige Formular kann auf der Homepage des Paul-Ehrlich-Instituts (www.pei.de) heruntergeladen werden.

Das vollständige Meldeschema sowie weitere detaillierte Informationen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer www.aerztekammer-berlin.de

Allgemeinmedizin

Lehrpreis für Franziska Hugot

Dr. med. Franziska Hugot wurde von der Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA) für ihr Engagement in der Lehre mit dem GHA-Lehrpreis ausgezeichnet. Für Berliner Medizinstudenten ist die Allgemeinmedizinerin eine angesehene Lehrärztin. Immer wieder gibt es gezielte Nachfragen, das im 6. Klinischen Semester anstehende Blockpraktikum bei ihr absolvieren zu dürfen. Trotz hektischen Praxisbetriebs nimmt sich die Ärztin Zeit, das in der Sprechstunde Gesehene mit den Studenten zu reflektieren und auch weiterführende Fragen detailliert durchzugehen. Dabei bringt sie eine fachliche Begeisterung mit, die auf die Studenten ansteckend wirkt und dazu motiviert, sich dem Fachgebiet Allgemeinmedizin zuzuwenden. „Die Lehre liegt Franziska Hugot im Blut“, sagte Prof. Dr. med. Vittoria Braun in ihrer Laudatio. Was Wunder; die Tochter einer Lehrerin wollte eigentlich selbst eine werden. Der Zufall, genauer – eine Blinddarm-OP –, brachte sie schließlich mit dem spannenden Berufsfeld der Medizin in Kontakt, das sie am Ende nicht mehr losließ.

Nun kombiniert sie beide Talente in für Studierende wohlthuender Weise. Seit Jahren schneidet Hugot in der Charité-eigenen studentischen Lehrevaluation mit „sehr gut“ ab. Eine Reaktion, die in dieser Form nicht selbstverständlich ist und von der GHA jetzt gewürdigt wurde. Franziska Hugot hat sich gerade beruflich verändert. Ihre Praxis in der Mohrenstraße hat sie kürzlich aufgegeben und arbeitet jetzt am MVZ Berlin Medi-Plaza in der Leipziger Straße – natürlich auch hier weiterhin als Lehrärztin der Charité.

sygo

Gemeinsame Therapieentscheidungen

Fachtagung „Adherence“ in der Ärztekammer Berlin

Im Nachgang des Berliner Gesundheitspreises 2008 veranstaltet die Ärztekammer Berlin gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband und der AOK Berlin einen Fachworkshop zum Thema „Adherence“. Hinter diesem Begriff verbirgt sich ein anspruchsvolles Kommunikationskonzept. Es betont die gemeinsame Verantwortung von Arzt und Patient im Therapieprozess. Zentrales Element ist die partnerschaftliche Kommunikation mit dem Ziel, den Patienten umfassend über seine Situation und mögliche Therapiestrategien aufzuklären und im Dialog zu einer gemeinsamen Therapieentscheidung zu kommen.

Freitag, den 11. Dezember 2009, 10.30 bis 16.30 Uhr
 Ärztekammer Berlin, Konferenzsaal, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
 Anmeldung: s.golkowski@aekb.de, Tel. 030/ 40 80 6 -4102 (- 4101)

Fortbildung

Breaking Bad News Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten „gut“ zu überbringen

Jeder Arzt, jede Ärztin kennt das mulmige Gefühl, Patienten eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Widerstreitende Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufschieben“ sind spürbar, je stärker umso schlechter die Nachricht und umso jünger die Patientin/der Patient ist. Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient, gerade in kritischen Situationen, hat jedoch eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen.

„Breaking bad news“ ist erlernbar und eine verbesserte Arzt-Patient-Kommunikation ist nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern genauso für uns Ärzte und das Team. Im Zentrum des Kurses steht die aktive theoretische und praktische Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten. An Hand von vorgegebenen Fällen werden Gespräche in praktischen Übungen mit trainierten feed-back gebenden Simulationspatienten geübt und bearbeitet.

Der Kurs richtet sich an Ärztinnen und Ärzte aus Klinik und Praxis.

Referenten: Frau Dr. med. Christine Klapp
 Herr Prof. Dr. med. Jalid Sehouli
 Termin: Freitag 26.03.2010 – Samstag 27.03.2010
 Ort: Ärztekammer Berlin
 Bitte melden sie sich an bei: i.wegner@aekb.de
 (Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt)
 Fragen zum Inhalt: A. Mindel-Hennies Tel.: 40806-1403,
 a.mindel-hennies@aekb.de

Curriculum

Ärztliche Führung in Zeiten des Wandels

Die Herausforderungen an Ärztinnen und Ärzte sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich komplexer geworden. Neben dem medizinischen „Kerngeschäft“ verlangen eine Fülle weiterer Aufgaben Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Diese Aufgaben werden durch „bessere Führung“ leichter gelöst.

Der Kurs der Ärztekammer Berlin stellt die Führungsperson selbst in den Mittelpunkt: Die Fähigkeit, Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren sowie ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln, stehen dabei im Vordergrund.

Der Kurs richtet sich vor allem an Oberärztinnen und -ärzte aus Krankenhäusern sowie Ärztinnen und Ärzten mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung.

An drei abendlichen Kaminesgesprächen bietet der Kurs die Gelegenheit, sich direkt mit Protagonisten aus der Gesundheitspolitik und – praxis zu aktuellen Fragestellungen auseinanderzusetzen.

Der Kurs gliedert sich in drei Module mit je 3 Tagen und 1,5 abschließende Transfertage.

Termine:		
Modul 1	Die Praxis des Führens	20.05. – 22.05.2010
Modul 2	Führen als interaktiver Prozess	01.07. – 03.07.2010
Modul 3	Change Management und betriebswirtschaftl. Steuerung	02.09. – 04.09.2010
Transfertag		Fr./Sa, 10./11.12.2010

Ihre Ansprechpartnerinnen für weitere Informationen und Unterlagen sind: Frau Mindel-Hennies, Tel.: 40806-1403
 a.mindel-hennies@aekb.de
 Frau Markl-Vieto, Tel.: 40806-1400, c.markl@aekb.de

Weiterbildung

Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

(nach WbO 1994 – 3) Kursreihe 14 vom 10.02.2010 – 20.10.2010

Kursleitung: Dr. J. Dölling

Termine jeweils mittwochs 19.00 – 21.15 Uhr
 10.02.10, 17.02.10, 03.03.10, 17.03.10, 14.04.10, 28.04.10, 12.05.10, 26.05.10, 16.06.10, 30.06.10, 15.09.10, 29.09.10, 06.10.10, 20.10.10;

Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
 Gesamtgebühr: 128,- Euro
 Information und Anmeldung: Telefon: 030/40806-1203
 E-Mail: a.hellert@aekb.de

Das Thema Patientenverfügungen ist für Patienten und Ärzte gleichermaßen ein heißes Eisen. Der Gesetzgeber hat mit dem kürzlich in Kraft getretenen „Patientenverfügungsgesetz“ einen Rahmen vorgegeben. Es liegt in der komplexen Natur der Sache, dass damit ärztliches Handeln nicht einfacher wird. Nichtsdestotrotz sollten sich Ärzte mit der schwierigen Materie befassen. BERLINER ÄRZTE möchte Ärzten mit dem folgenden Artikel einen Leitfaden an die Hand geben.

Von Sven Niemeck



Das neue »Patientenverfügungsgesetz«

Hinweise zu ärztlichem Handeln

Nach jahrelanger Diskussion trat am 1. September das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, in der Presse auch als „Patientenverfügungsgesetz“ bezeichnet, in Kraft. Die Voraussetzungen von Patientenverfügungen und deren Bindungswirkung sind damit künftig gesetzlich geregelt. Das „Patientenverfügungsgesetz“ betrifft jedoch nicht nur die Fälle, in denen eine Patientenverfügung vorliegt; es werden vielmehr auch gesetzliche Rahmenbedingungen für die Beachtung des Patientenwillens in den Fällen einer fehlenden Patientenverfügung getroffen. Der gesetzlichen Regelung waren zwei Beschlüsse des Bundesgerichtshofs¹ und standesrechtliche Empfehlungen der Bundesärztekammer zu den Grundsätzen der Sterbebegleitung und zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung² vorausgegangen. Die gesetzliche Regelung hat erwartungsgemäß keine uneingeschränkte Zustimmung gefunden. So hat die Bundesärztekammer nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass eine gesetzliche Regelung nicht allen Situationen am Lebensende gerecht werden kann. Doch unabhängig davon ist es für Ärzte notwendig, sich mit der neuen Rechtslage zu befassen. Hier finden Sie eine Orientierung zum Vorgehen:

Die wichtigsten Eckpunkte:³

- Volljährige können in einer schriftlichen Patientenverfügung im Voraus festlegen, ob und wie sie später ärztlich behandelt werden wollen, wenn sie ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Künftig sind Betreuer und Bevollmächtigter im Fall der Entscheidungsunfähigkeit des Betroffenen an seine schriftliche Patientenverfü-

gung gebunden. Sie müssen prüfen, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entsprechen und den Willen des Betroffenen zur Geltung bringen.

- Niemand ist gezwungen, eine Patientenverfügung zu verfassen. Patientenverfügungen können jederzeit formlos widerrufen werden.
- Gibt es keine Patientenverfügung oder treffen die Festlegungen nicht die aktuelle Situation, muss der Betreuer oder Bevollmächtigte unter Beachtung des mutmaßlichen Patientenwillens entscheiden, ob er in die Untersuchung, die Heilbehandlung oder den ärztlichen Eingriff einwilligt.
- Eine Reichweitenbegrenzung, die den Patientenwillen kraft Gesetzes in bestimmten Fällen für unbeachtlich erklärt, gibt es nicht. Die Patientenverfügung gilt unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung.
- Die Entscheidung über die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme wird im Dialog zwischen Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem vorbereitet. Der behandelnde Arzt prüft, was medizinisch indiziert ist und erörtert die Maßnahme mit dem Betreuer oder Bevollmächtigten, möglichst unter Einbeziehung naher Angehöriger und sonstiger Vertrauenspersonen.
- Sind sich Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigter über den Patientenwillen einig, bedarf es keiner Einbindung des Vormundschaftsgerichts. Bestehen hingegen Meinungsverschiedenheiten, müssen folgenschwere Entscheidungen vom Betreuungsgericht genehmigt werden. Nicht folgenschwere Entscheidungen kann

der Betreuer bzw. der Bevollmächtigte entgegen der Auffassung des behandelnden Arztes und ohne die Zustimmung des Betreuungsgerichtes treffen.

Was bedeutet die neue gesetzliche Regelung für Ärzte?

Nach dem Wortlaut des neuen § 1901a BGB liegt es primär in der Hand des Betreuers, die Wirksamkeit und die Anwendbarkeit einer Patientenverfügung auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zu prüfen. Erste Veröffentlichungen zum „Patientenverfügungsgesetz“ gehen zwar davon aus, dass eine auf die aktuellen Umstände genau zutreffende Patientenverfügung vom Arzt unmittelbar zu beachten ist und dass in dieser Situation ein Betreuer wegen des Grundsatzes der Erforderlichkeit nicht bestellt werden muss, weil man ihn zur Umsetzung des Patientenwillens nicht braucht.⁴ Es bestehen jedoch Zweifel, ob diese Ansicht, nach der bei vermutter Passgenauigkeit einer Patientenverfügung auf einen Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten verzichtet werden kann, mit dem Wortlaut des „Patientenverfügungsgesetzes“ im Einklang steht. In Fällen, in denen die Bestellung eines Betreuers nicht wegen Eilbedürftigkeit der Entscheidung (z.B. Ausschluss von Wiederbelebensmaßnahmen bei irreversiblen Hirnschädigungen) ausgeschlossen ist, wird dem

¹ BGH Beschlüsse vom 17. März 2003 (BGHZ 154, 205) und vom 8. Juni 2005 (BGHZ 163, 195)

² DÄ 2007, A 891

³ Siehe auch Pressemitteilung des Bundesministeriums für Justiz vom 18.06.2009

⁴ Borasio/Heßler/Wiesing, „Patientenverfügungsgesetz“ – Umsetzung in der klinischen Praxis, DÄ 2009, A 1952

Arzt nach der hier vertretenen Ansicht zur Vermeidung von Strafbarkeits- und Haftungsrisiken deshalb empfohlen, für einwilligungsunfähige Patienten, die keinen Vorsorgebevollmächtigten benannt haben, beim Betreuungsgericht die Einrichtung einer Betreuung anzuregen. Ob hierauf wie von Borasio/Heßler/Wiesing vertreten unter der neuen Rechtslage bei Passgenauigkeit der Patientenverfügung verzichtet werden kann, wird die Rechtsprechung zeigen. Auch wenn nach der hier vertretenen Auffassung die Feststellung und Umsetzung des Patientenwillens primär Aufgabe des Betreuers oder Vorsorgebevollmächtigten ist, ist der Arzt an diesen Bewertungs- und Entscheidungsprozessen nicht unbeteiligt. Er hat zu prüfen, welche ärztlichen Maßnahmen im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert sind und ob die Entscheidung des Betreuers über die Einwilligung, die Nicht-Einwilligung oder den Abbruch indizierter medizinischer Maßnahmen auch nach seiner ärztlichen Bewertung dem Willen des Patienten entspricht. Der Arzt muss mit dem Betreuer die indizierten Maßnahmen unter Berücksichtigung des Patientenwillens erörtern. Der Bewertung des behandelnden Arztes, ob und wenn ja welche ärztliche Maßnahmen im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert sind, und der Bewertung des Arztes ob die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung in eine Behandlung dem vom Betreuer oder Bevollmächtigten festgestellten Willen des Patienten entspricht, kommt damit zentrale Bedeutung zu. Kenntnisse über die straf- und betreuungsrechtlichen Rahmenbedingungen und der nunmehr gesetzlich geregelten Entscheidungsprozesse bei

einwilligungsunfähigen Patienten sind für den Arzt in dieser Situation unumgänglich.

Einwilligung des Patienten als Voraussetzung für jeden ärztlichen Eingriff

Jeder ärztliche Eingriff ist rechtlich betrachtet eine Körperverletzung, die ihre Rechtswidrigkeit und damit die Strafbarkeit erst durch die Einwilligung des Patienten verliert. Eine wirksame Einwilligung setzt eine so umfassende und rechtzeitige Aufklärung des Patienten voraus, dass dieser aufgrund seiner persönlichen Fähigkeiten in der Lage ist, Art, Umfang und Tragweite der Maßnahme und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken zu ermessen und sich entsprechend zu entscheiden. Umfang und Zeitpunkt der Aufklärung richten sich dabei auch nach der Schwere und der Dringlichkeit des Eingriffs. Es muss zudem eine Einwilligung für den konkret geplanten Eingriff vorliegen. Auch die Tatsache, dass ein Arzt mit Zustimmung des Patienten zunächst dessen Behandlung übernommen hat, rechtfertigt bei Eintritt von Komplikationen, in deren Folge der Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist, eine Weiterbehandlung ohne oder gar gegen den Willen des Patienten nicht. In einer solchen Situation, oder wenn der Patient von vornherein nicht einwilligungsfähig war, ist es Aufgabe eines zuvor vom Patienten benannten Vorsorgebevollmächtigten oder eines gerichtlich bestellten Betreuers, den Willen des Patienten festzustellen und dem festgestellten Willen Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Ohne die tatsächliche Einwilligung des Patienten oder dessen Betreuer bzw. Bevollmächtigten darf der Arzt in einer solchen Situation nur (weiter) behandeln, sofern ohne sofortige Behandlung ein gesundheitlicher Schaden droht und die Behandlung dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Abgrenzung zu verbotenen Maßnahmen

Das Unterlassen oder der Abbruch einer Behandlung auf Basis des Willens des Patienten ist strikt von einer strafbaren aktiven Sterbehilfe abzugrenzen. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.⁵ Bei Sterbenden kann hingegen die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.

Vorsorgebevollmächtigter /Betreuer

Mit der Vorsorgevollmacht⁶ wird eine Vertrauensperson für den Fall der Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit des Vollmachtgebers für bestimmte Bereiche, z. B. für die gesundheitlichen Angelegenheiten, bevollmächtigt. Der Bevollmächtigte wird zum Vertreter des Willens. Er verschafft dem Willen des aktuell nicht mehr einwilligungsfähigen Vollmachtgebers Ausdruck und Geltung. Ein Vorsorgebevollmächtigter benötigt eine schriftliche Vollmacht, wenn er in eine Untersuchung des Vollmachtgebers nicht einwilligen oder eine Einwilligung widerrufen will, obwohl diese medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr eines schweren gesundheitlichen Schadens oder Todes besteht. Die Vorsorgevollmacht muss diese Befugnis zur Nichteinwilligung bzw. zum Einwilligungswiderruf ausdrücklich enthalten (§ 1904 Absatz 5 Satz 2 BGB). Ist kein Vorsorgebevollmächtigter benannt, ist für den einwilligungsunfähigen Patienten durch das Betreuungsgericht ein Betreuer zu bestellen. Hierzu genügt es, dass der behandelnde Arzt oder z.B. die Angehörigen des Patienten das zuständige Betreuungsgericht über die Tatsachen, die die Bestellung eines Betreuers erforderlich erscheinen lassen

⁵ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DÄ 1998, A 2367

⁶ Siehe dazu die Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung DÄ 2007, A 891

informiert und die Bestellung der Betreuung anregt. Das Betreuungsgericht hat dann von Amts wegen zu prüfen, ob die Bestellung eines Betreuers erforderlich ist – wird diese Frage bejaht, bestellt das Gericht einen Betreuer. Der dann für einen einwilligungsunfähigen Patienten bestellte Betreuer hat u.a. die Aufgabe, den Willen des Patienten bezüglich der Durchführung oder dem Unterlassen ärztlicher Maßnahmen zu ermitteln und dem Patientenwillen Geltung zu verschaffen. Für Vorsorgebevollmächtigten und gerichtlich bestellten Betreuer gelten im Übrigen die gleichen gesetzlichen Regelungen. Auf welcher Basis haben Vorsorgebevollmächtigter oder Betreuer den Willen des Patienten zu ermitteln? Das ist (vermeintlich) am einfachsten und nunmehr gesetzlich geregelt, wenn eine Patientenverfügung vorliegt.

Patientenverfügung

Durch das „Patientenverfügungsgesetz“ werden die Voraussetzungen und die Wirkung einer Patientenverfügung erstmals gesetzlich geregelt. Eine Patientenverfügung ist nur wirksam, wenn der Patient zum Zeitpunkt des Abfassens der Patientenverfügung volljährig und einwilligungsfähig war. Die Patientenverfügung muss schriftlich abgefasst worden sein. Eine notarielle Beglaubigung oder eine ärztliche und/oder juristische Beratung ist hingegen nicht erforderlich. Vordrucke/Formulare können verwendet werden; es kommt auf die eigenhändige Unterschrift an. Die Angabe von Ort und Zeit der Erstellung der Patientenverfügung ist nicht zwingend erforderlich; diese Angaben können für die Ermittlung des Patientenwillens jedoch von Bedeutung sein und sind deshalb empfohlen. Die Patientenverfügung darf nicht widerrufen worden sein, wobei der Widerruf jederzeit formlos möglich ist. Anhaltspunkte für eine zwischenzeitliche Änderung des Willens des Patienten sind daher zu berücksichtigen. Eine regelmäßige Aktualisierung der Patientenverfügung

ist jedoch nicht erforderlich. Die neue gesetzliche Regelung enthält eine entscheidende Klarstellung hinsichtlich einer Diskussion, die unter der Überschrift „Reichweitenbegrenzung“ kontrovers geführt wurde: Die Patientenverfügung gilt nach § 1901a Abs. 3 BGB unabhängig von der Art und dem Stadium der Erkrankung des einwilligungsunfähigen Patienten. Die nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs diskutierte Frage, ob Patientenverfügungen nur im Falle einer infausten Prognose gelten, ist damit gesetzlich zugunsten der Patientenautonomie geklärt. Der in einer wirksamen Patientenverfügung festgelegte Wille des Patienten ist bindend, wenn er auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft.

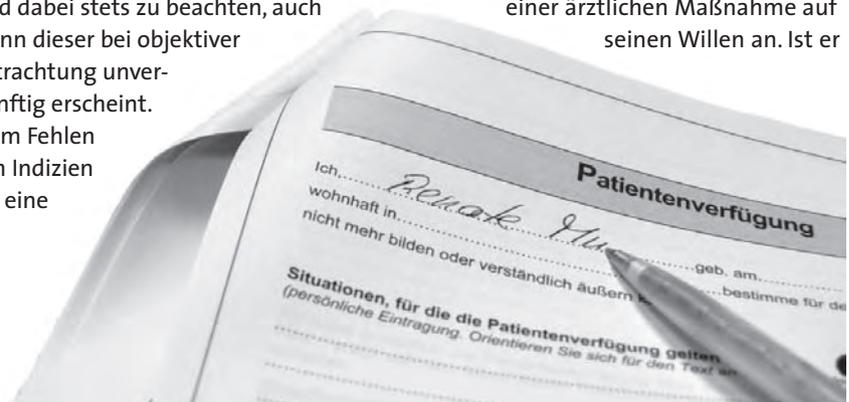
Einwilligungsunfähiger Patient ohne Patientenverfügung / Feststellung des mutmaßlichen Willens

Liegt keine Patientenverfügung vor, so hat der Betreuer bzw. der Bevollmächtigte den mutmaßlichen Willen des Patienten festzustellen (§ 1901a Abs. 2 BGB) und diesem zu entsprechen. Nach der Rechtsprechung ist eine mutmaßliche Einwilligung in eine Heilbehandlung anzunehmen, wenn eine Würdigung aller Umstände die Annahme rechtfertigt, dass der Patient, wenn er gefragt werden könnte, in die Behandlung einwilligen würde. Ein erkennbar entgegenstehender Wille bzw. Indizien hierfür sind dabei stets zu beachten, auch wenn dieser bei objektiver Betrachtung unvernünftig erscheint. Beim Fehlen von Indizien für eine

bestimmte Willensrichtung des Patienten kann dagegen davon ausgegangen werden, dass dieser eine nach objektiven Maßstäben vernünftige Entscheidung getroffen haben würde.

Entscheidungsprozesse bei einwilligungsunfähigen Patienten nach der neuen Rechtslage

1. **Einwilligungsfähigkeit prüfen:** Einwilligungsunfähigkeit liegt vor, wenn der Patient nicht in der Lage ist, die Tragweite der Situation und seiner Entscheidung zu erfassen und danach seine Entscheidung zu treffen oder wenn er nicht in der Lage ist, seine Entscheidung zu artikulieren. Es kommt nicht darauf an, ob der Patient seine Entscheidung sprachlich äußern kann; auch die (unmissverständliche) Äußerung einer Entscheidung über Mimik oder Gestik ist ausreichend. Allein die Bestellung eines Betreuers für den Patienten lässt selbst dann keine Rückschlüsse auf dessen Einwilligungsfähigkeit zu, wenn sich die Betreuung auch auf den Bereich der Gesundheitsvorsorge bezieht (Ausnahme: Einwilligungsvorbehalt im Betreuerausweis). Bei der Bewertung der Einwilligungsfähigkeit kommt es auch nicht auf die Geschäftsfähigkeit, sondern auf die natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit des Patienten, bezogen auf die konkret geplante Maßnahme, an. Ist der Patient einwilligungsfähig, kommt es für die Durchführung, den Abbruch oder die Unterlassung einer ärztlichen Maßnahme auf seinen Willen an. Ist er



nicht einwilligungsfähig, verschafft grundsätzlich der Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigte den durch eine Patientenverfügung geäußerten Willen des Patienten Geltung oder stellt im Falle des Fehlens einer Patientenverfügung den Patientenwillen fest.

2. Notwendigkeit der Bestellung eines Betreuers:

Ist der Patient nicht einwilligungsfähig und ist kein Vorsorgebevollmächtigter benannt, ist grundsätzlich beim Betreuungsgericht die Einrichtung einer Betreuung anzuregen. Das gilt nach der hier vertretenen Auffassung auch dann, wenn eine vorliegende Patientenverfügung nach der Bewertung des Arztes die Patientenverfügung passgenau auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zutrifft. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Entscheidung über die Durchführung, Unterlassung oder den Abbruch einer medizinischen Maßnahme eilbedürftig ist (Notfallsituation) und ein Betreuer nicht rechtzeitig bestellt werden kann.

3. Medizinische Indikation feststellen und Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens führen:

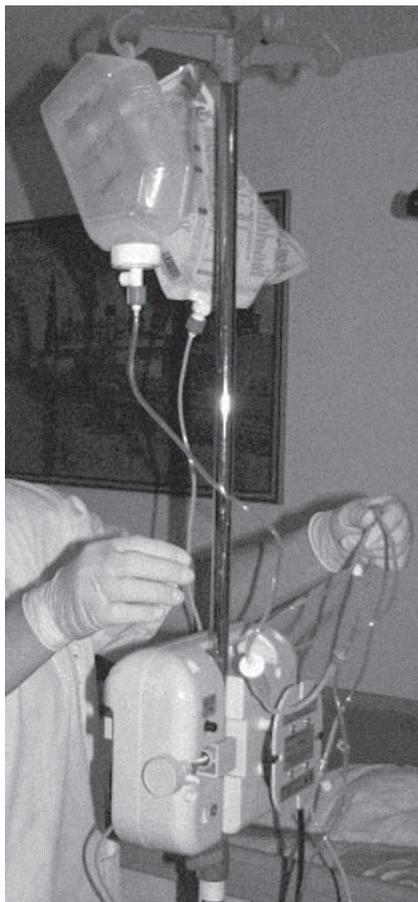
Nach der gesetzlichen Regelung in § 1901 b Abs. 1 BGB prüft der behandelnde Arzt, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist und erörtert mit dem Betreuer/Vorsorgebevollmächtigten diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die Entscheidung des Betreuers/Bevollmächtigten über die Einwilligung oder die Nicht-Einwilligung in eine Untersuchung, eine Heilbehandlung oder in einen ärztlichen Eingriff. Die durch den Arzt zu beurteilenden Fragen nach medizinischer Indikation, Prognose und Gesamtzustand des Patienten kommen damit zentrale Bedeutung zu. Borasio/Heßler/Wiesing haben zur Beurteilung der medizinischen Indikation bei einwilligungsunfähigen Patienten im Deutschen

Ärzteblatt folgende wegweisenden Einschätzungen veröffentlicht: 7, „Die Indikation wird zunächst anhand des Standes der Wissenschaft für den jeweiligen Patienten in seiner konkreten klinischen Situation vom Arzt beurteilt. Zu entscheiden ist, ob die infrage kommende Maßnahme aus ärztlicher Sicht einen Nutzen für den Patienten darstellen kann. Dazu sind zwei Fragen zu beantworten:

1) Welches Therapieziel wird mit der zur Diskussion stehenden Maßnahme angestrebt?

2) Ist das angestrebte Therapieziel durch diese Maßnahme mit einer realistischen Wahrscheinlichkeit zu erreichen?

Zu 1) Jede medizinische Maßnahme muss zunächst einem vernünftigen Therapieziel dienen. Beispiele für allgemein akzeptierte Therapieziele sind Heilung, Lebensverlängerung, Rehabilitation oder Erhaltung der Lebensqualität. Wenn kein vernünftiges Therapieziel vorhanden ist



(dies ist zum Beispiel der Fall, wenn alle zur Verfügung stehenden Maßnahmen bestenfalls eine kurzfristige Verlängerung des Sterbeprozesses bewirken würden), so ist die infrage kommende Maßnahme nicht indiziert und darf daher nicht durchgeführt werden. Zu 2) Wenn ein vernünftiges Therapieziel vorhanden ist, so ist anhand der vorhandenen Daten zu fragen, ob eine realistische Wahrscheinlichkeit besteht, mit der geplanten Maßnahme dieses Ziel auch tatsächlich zu erreichen. Eine Maßnahme, bei der im konkreten Fall das angestrebte Ziel nicht oder nur mit einer verschwindend kleinen Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann, ist nicht medizinisch indiziert (zum Beispiel künstliche Ernährung im Endstadium der Demenz).⁸ Die Regelung in § 1901b BGB mit der Überschrift „Gespräch zur Ermittlung des Patientenwillens“ wurde im Rahmen eines Änderungsantrags in den Gesetzentwurf aufgenommen und wie folgt begründet: „Um den dialogischen Prozess zwischen dem behandelnden Arzt und dem Betreuer und ggf. weiteren Personen im Gesetz zu verankern, wird § 1901b eingefügt. Die Überschrift der Vorschrift macht deutlich, worin es bei der Regelung im Kern geht. Zwar ergeben sich die Pflichten des Arztes bereits aus dessen berufsrechtlichen Pflichten, im Hinblick auf die bestehenden Verunsicherungen in der Praxis erscheint eine klarstellende Regelung aber sinnvoll.“ Der Hinweis auf die Berufspflichten des Arztes in der Gesetzesbegründung ist dahingehend zu verstehen, dass es zu den berufsrechtlichen Aufgaben des Arztes gehört, die für den Patienten konkret indizierte ärztliche Maßnahme zu ermitteln und den Patienten – bzw. im Falle der Einwilligungsunfähigkeit den Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten – über

7 Borasio/Heßler/Wiesing, „Patientenverfügungsgesetz“ – Umsetzung in der klinischen Praxis, DÄ 2009, A 1952

8 Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD007209.

indizierte Behandlungsmöglichkeiten und deren Chancen und Risiken aufzuklären. Die gesetzliche Regelung sieht weiter vor, dass bei der Ermittlung des Patientenwillens, seiner Behandlungswünsche oder seines mutmaßlichen Willens nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden soll, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist. Dazu heißt es in der Gesetzesbegründung: „Zu den nahen Angehörigen zählen insbesondere der Ehegatte, der Lebenspartner, Eltern, Geschwister und Kinder. Sonstige Vertrauenspersonen können auch nicht mit dem Betreuten verwandte Personen sein, es kommt hierbei allein auf das Vertrauensverhältnis an, das zu dem Betreuten bestand. Auch Pflegekräfte kommen im Einzelfall in Betracht. Durch die Einbeziehung des genannten Personenkreises sowohl bei der Auslegung der Patientenverfügung als auch bei der Ermittlung von Behandlungswünschen oder des mutmaßlichen Willens des Betroffenen wird die Entscheidungspraxis für den Betreuer und den behandelnden Arzt auf eine fundierte Grundlage gestellt. Ist eine Äußerung der genannten Personen nur mit einer erheblichen Zeitverzögerung möglich, kann davon abgesehen werden, ihnen Gelegenheit zur Äußerung zu geben. Dies hat den Hintergrund, dass ärztliche Maßnahmen in vielen Fällen eilbedürftig sein werden. Ob erhebliche zeitliche Verzögerungen vorliegen, ist in Abhängigkeit von der Dringlichkeit des vorzunehmenden Eingriffs, der Notwendigkeit aufwändiger Personen- oder Anschriftenermittlungen und der Erreichbarkeit der genannten Personen zu beurteilen. Zudem sollte der Betreuer von der Beteiligung einzelner Personen absehen, wenn dies dem erklärten oder erkennbaren Willen des Betroffenen widerspricht. Sowohl der Arzt als auch der Betreuer haben bei Beratungen mit Dritten auch den Willen des Patienten zur Weitergabe persönlicher krankheitsrelevanter Daten zu achten.“⁹ Praxisnah

weisen Borasio/Heßler/Wiesing¹⁰ darauf hin, dass eine Entscheidung aufgrund fehlender Indikation die Angehörigen emotional entlasten kann, da sie nicht mit der Vorstellung leben müssten, durch ihre Entscheidung „schuld“ am Ableben des Patienten zu sein. Über die damit verbundene Änderung des Therapieziels sollten Ärzte die Angehörigen und den Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten mit Sorgfalt und Empathie sowie unter Betonung der palliativmedizinischen Möglichkeiten, die das Leiden für den Patienten in der letzten Lebensphase lindern können, aufklären.

4. Entscheidungen des Betreuers:

Vom Betreuer oder Bevollmächtigten ist zu prüfen, ob eine wirksame Patientenverfügung vorliegt, die auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zutrifft. Ist dies der Fall, hat der Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigte dem Willen des Patienten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Liegt keine Patientenverfügung vor oder trifft diese nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zu, hat der Betreuer oder Bevollmächtigte Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Patienten festzustellen. Auf dieser Grundlage hat der Betreuer oder Bevollmächtigte zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme einwilligt, eine solche abbrechen lässt oder untersagt. Ob für die Umsetzung der Entscheidung des Betreuers die Genehmigung des Betreuungsgerichts erforderlich ist, hängt bei der Durchführung von Maßnahmen von deren Eilbedürftigkeit und beim Abbruch oder der Unterlassung einer Maßnahme vom Konsens zwischen Arzt und Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigten und in beiden Varianten davon ab, ob die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Das

„Patientenverfügungsgesetz“ regelt folgende Fallkonstellationen:

a) Bei Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung, Heilbehandlung oder

ärztlichen Eingriff ist die Maßnahme durchzuführen. Besteht aufgrund der Maßnahme die begründete Gefahr, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, ist eine Genehmigung der Einwilligung des Betreuers/Vorsorgebevollmächtigten durch das Betreuungsgericht nur dann erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt kein Einvernehmen besteht, dass die Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht. Eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts ist auch bei Dissens zwischen Arzt und Betreuer nicht erforderlich, wenn durch den damit verbundenen Aufschub Gefahren verbunden wären; das heißt, wenn ohne sofortige Maßnahme erhebliche gesundheitliche Nachteile wahrscheinlich wären.

b) Kommt der Betreuer zu dem Ergebnis, dass eine Maßnahme nicht dem Willen des Patienten entspricht und verweigert der Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigte deshalb die Einwilligung oder widerruft er eine zuvor erteilte Einwilligung, hängt das weitere Vorgehen davon ab, ob bei Unterlassen oder Abbruch der medizinisch indizierten Maßnahme die begründete Gefahr besteht, dass der Patient auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet und ob zwischen Betreuer oder Bevollmächtigten Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem in der Patientenverfügung festgelegten oder dem vom Betreuer oder Bevollmächtigten festgestellten Willen des Patienten entspricht.

aa) Besteht keine konkrete Gefahr, dass der Patient bei Unterlassen oder Abbruch der Maßnahme stirbt oder einen länger andauernden und schweren Gesundheitsschaden erleidet, ist die

⁹ Deutscher Bundestag Drucksache des Rechtsausschusses Nr. 16(6)310(neu)

¹⁰ Borasio/Heßler/Wiesing, „Patientenverfügungsgesetz“ – Umsetzung in der klinischen Praxis, DÄ 2009, A 1952

Maßnahme zu unterlassen oder abbrechen, wenn der Betreuer dies auf Basis des von ihm festgestellten Patientenwillen verlangt.

bb) Sind sich behandelnder Arzt und Betreuer einig, dass das Unterlassen bzw. der Abbruch der Maßnahme dem Willen des Patienten entspricht, ist die Maßnahme auch dann ohne Genehmigung des Betreuungsgerichts zu unterlassen oder abbrechen, wenn die Gefahr besteht, dass der Patient auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Die Behandlung ist dann auf palliativmedizinische und pflegerische Maßnahmen zu beschränken.

cc) Sind sich behandelnder Arzt und Betreuer nicht einig, ob das Unterlassen bzw. der Abbruch der Maßnahme dem Willen des Patienten entspricht, ist die Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen, wenn die Gefahr besteht, dass der Patient auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens hat das Betreuungsgericht ein Sachverständigengutachten einzuholen. Eine etwaige Genehmigung des Betreuungsgerichts in die Unterlassung oder den Abbruch der Behandlung ist erst zwei Wochen nach der Bekanntgabe an den Betreuer oder Bevollmächtigten sowie an den im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu bestellenden Verfahrenspfleger wirksam. Die nach Bewertung des Arztes indizierte und dem Willen des Patienten entsprechende Behandlung wäre in diesem Fall jedenfalls bis zum Ablauf der Zwei-Wochen-Frist durchzuführen.

5. Gesetzlich nicht geregelte Fallkonstellationen:

Gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt sind z.B. Fälle, in denen die Bestellung eines Betreuers wegen der Eilbedürftigkeit einer Entscheidung über die Durchführung oder Unterlassung einer ärztli-

chen Maßnahme nicht möglich ist. In diesen Fällen hat der auf Basis des ggf. vom Patienten in einer Patientenverfügung erklärten Willen oder des vom Arzt festgestellten mutmaßlichen Willens über die Durchführung oder Unterlassung der Maßnahme zu entscheiden. Hat z.B. ein Patient verfügt, dass er Wiederbelebungsmaßnahmen ablehnt, wenn infolge einer Gehirnschädigung seine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, so sind für den Fall einer entsprechenden Feststellung Wiederbelebungsmaßnahmen zu unterlassen, auch wenn kein Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigter bestellt ist bzw. nicht rechtzeitig eine Erklärung dieser Personen eingeholt werden kann. Gesetzlich nicht eindeutig geregelt ist auch der Fall, in dem der Betreuer die Bewertung des Arztes zur medizinischen Indikation in Frage stellt. Hier bietet sich an, bei abweichenden Einschätzungen dem Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten die Einholung einer Zweitmeinung anzubieten.

Rechtliche Risiken für den Arzt

Die Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten ist ein stark verrechtlichtes Terrain. Strafbarkeitsrisiken und zivilrechtliche Schadensersatzrisiken, sei es wegen der Durchführung von Maßnahmen gegen den Willen des Patienten oder sei es wegen der Unterlassung indizierter Maßnahmen, sind bei jeder Entscheidung über die Indikation einer Maßnahme und den Willen des Patienten präsent. Über die Einhaltung der berufsrechtlich ohnehin geltenden Dokumentationspflicht hinausgehend ist es deshalb auch zum Schutz vor Schadensersatzansprüchen geboten, die Tatsachen, auf welche Feststellungen zur Indikation einer Behandlung und die Einschätzung des Patientenwillens gestützt worden sind und die Ergebnisse der Gespräche

mit dem Betreuer bzw. Bevollmächtigten sowie den Angehörigen, sorgfältig zu dokumentieren.

Fazit

Mit der gesetzlichen Neuregelung sind einige bislang strittige Punkte geklärt worden. Dies betrifft insbesondere Verfahrensfragen und die Frage der Reichweite einer Patientenverfügung. Die Bewertung, ob zum Beispiel im konkreten Einzelfall eine medizinische Maßnahme indiziert ist und ob etwa eine Patientenverfügung auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation eines Patienten zutrifft, können gesetzlich nicht geregelt werden. Damit zusammenhängende Fragen werden Ärzte auch künftig vor schwierige Entscheidungen stellen. Diese Entscheidungen kann ihnen auch niemand abnehmen. Die Ärztekammer kann sie bei diesen Entscheidungen durch Beratung insbesondere zur Rechtslage unterstützen. Bei diesbezüglichen Fragen steht ihnen die Abteilung Berufs- und Satzungsrecht der Ärztekammer Berlin gerne unterstützend zur Verfügung.

Flussdiagramm

Die jetzt gesetzlich geregelten Entscheidungsprozesse für die Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten sind komplex. Gleichwohl soll mit dem diesem Artikel folgenden Flussdiagramm der Versuch unternommen werden, die für den Arzt relevanten Entscheidungen bei der Behandlung eines einwilligungsunfähigen Patienten in einem Schema abzubilden. Das Flussdiagramm dient in erster Linie dazu, einen orientierenden Überblick über die jetzt gesetzlich geregelten Voraussetzungen für die Behandlung eines einwilligungsunfähigen Patienten zu schaffen. Das Schema kann und soll eine Befassung mit den neuen gesetzlichen Regelungen im Detail nicht ersetzen.

Sven Niemeck

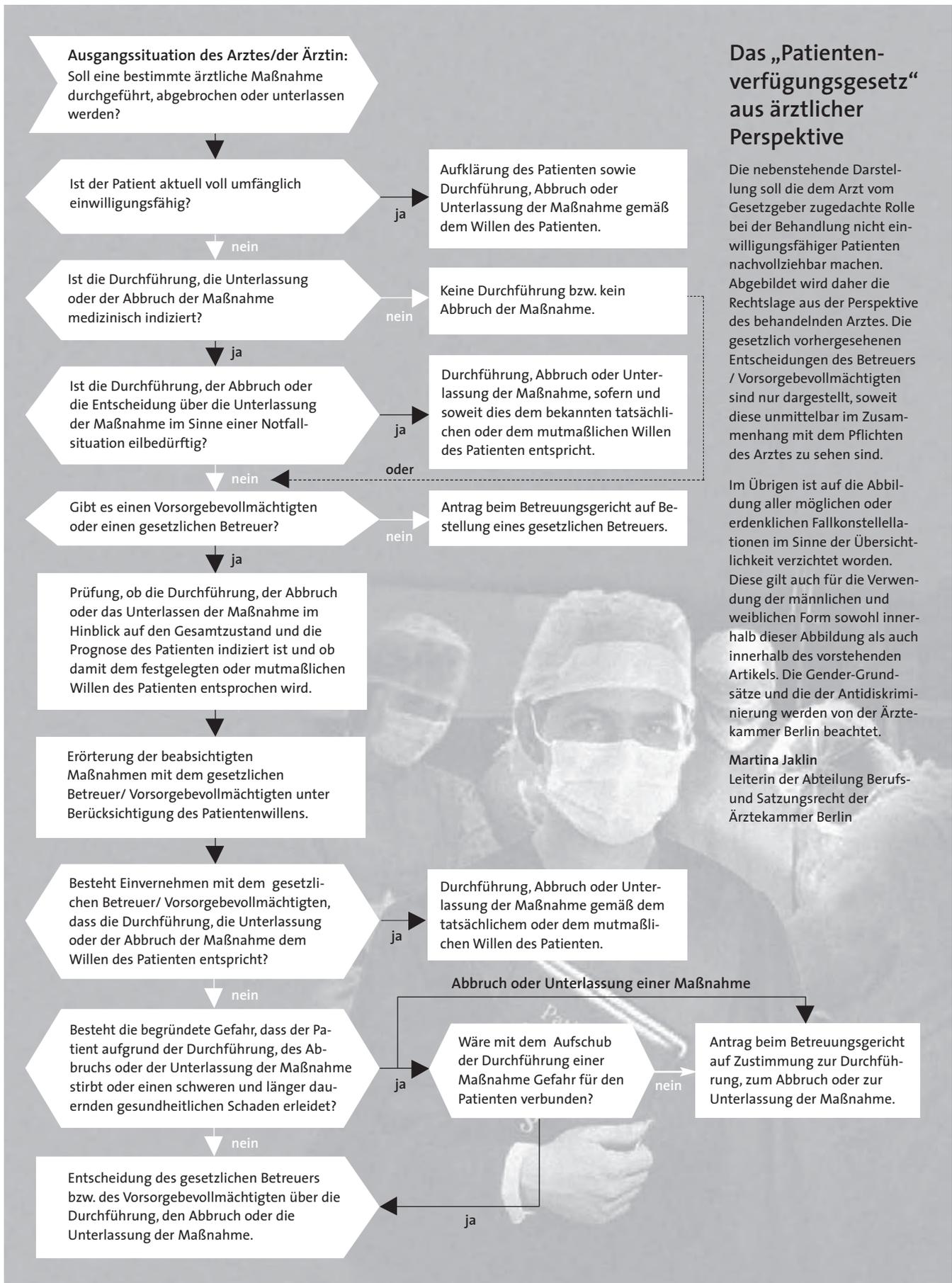
Stellvertretender Leiter der Abteilung
Berufs- und Satzungsrecht,
Ärztekammer Berlin
E-Mail: berufsrecht@aekb.de

Das „Patientenverfügungsgesetz“ aus ärztlicher Perspektive

Die nebenstehende Darstellung soll die dem Arzt vom Gesetzgeber zugedachte Rolle bei der Behandlung nicht einwilligungsfähiger Patienten nachvollziehbar machen. Abgebildet wird daher die Rechtslage aus der Perspektive des behandelnden Arztes. Die gesetzlich vorhergesehenen Entscheidungen des Betreuers / Vorsorgebevollmächtigten sind nur dargestellt, soweit diese unmittelbar im Zusammenhang mit dem Pflichten des Arztes zu sehen sind.

Im Übrigen ist auf die Abbildung aller möglichen oder erdenklichen Fallkonstellationen im Sinne der Übersichtlichkeit verzichtet worden. Diese gilt auch für die Verwendung der männlichen und weiblichen Form sowohl innerhalb dieser Abbildung als auch innerhalb des vorstehenden Artikels. Die Gender-Grundsätze und die der Antidiskriminierung werden von der Ärztekammer Berlin beachtet.

Martina Jaklin
Leiterin der Abteilung Berufs- und Satzungsrecht der Ärztekammer Berlin



CIRS – Chance oder rechtliches Risiko?

Die Grundidee eines Meldesystems für „unerwünschte Ereignisse“, auch „Critical Incident Reporting System (CIRS)“ ist es, alle nicht routinemäßigen, vom optimalen Verlauf abweichenden Vorkommnisse des Krankenhausbetriebes bzw. Vorgänge, die nicht der erwarteten oder der üblichen medizinischen Versorgung entsprechen, mit dem daraus resultierenden Risikopotenzial zu erfassen. Die systematische Betrachtung von Negativabweichungen in Prozessabläufen entstammt der Industrie, insbesondere aber der Luftfahrt, und dient dort allgemein der Verbesserung der Produktqualität, vor allem aber der Produktsicherheit für den (End-)Verbraucher.

Von Peter W. Gaidzik

In die Medizin fanden solche Systeme in den vergangenen 20 Jahren zunehmend Eingang, vornehmlich in Bereichen mit standardisierten Abläufen, wie etwa in der Anästhesie oder dem Operationssaal. Mehrere Ziele werden dabei verfolgt: Einerseits dient es im Rahmen des internen Qualitäts- und Risk-Managements der Schadenprävention, andererseits trägt dies als Merkmal der „Sicherheitskultur“ auch zur Außendarstellung bei.

Neben Aktivitäten in einzelnen Krankenhäusern bzw. Klinikgruppen finden sich mittlerweile auch Online-Berichtssysteme, wie das cirsmedical.de des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das regionale Netzwerk CIRS-Berlin der Ärztekammer Berlin und des ÄZQ oder das Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen der DEGAM und des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS), um nur einige zu nennen. Auch der 108. Deutsche Ärztetag sprach sich im Jahr 2005 für die Entwicklung und Implementierung von Fehlervermeidungsstrategien aus.

Dennoch ist nach wie vor bei den Krankenhausträgern Skepsis bei der Einführung eines Incident reportings zu verspüren und auch beim ärztlichen bzw. nichtärztlichen Personal stoßen entsprechende Initiativen nicht selten auf Zurückhaltung oder sogar Ablehnung. Dies mag mit der im Vergleich zur Industrie unterschiedlichen Grundeinstellung zur Transparenz und zur offenen Diskussion von Fehlern im Gesundheitswesen zusammenhängen. Ferner begrün-

det die häufig unklare Prioritätensetzung im Incident reporting nicht zu Unrecht die Sorge, immer mehr administrative Aufgaben erledigen zu müssen, ohne unmittelbar sichtbaren Nutzen für die Beteiligten.

Ein weiterer wesentlicher Vorbehalt in der Diskussion ist allerdings rechtlichen Bedenken im Hinblick auf mögliche haftungs- oder gar strafrechtliche Implikationen geschuldet, könnten solche Systeme doch die ideale Quelle für Gerichte und Staatsanwaltschaften sein, Behandlungs- und insbesondere Organisationsfehler vorwürfe zu überprüfen. Hieraus speisen sich Warnungen, auf die Eingabe von „ernsthaften Patientenschadensfällen“ – was immer das sein soll – in ein CIRS zumindest solange zu verzichten, „wie dieser Bereich keinen speziellen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz genießt“, mutmaßlich sogar darüber hinaus (Hanspeter Kuhn, Georg von Below, „Melden Sie keine Flugzeugunfälle auf diesem Formular!“, Schweizer Ärztezeitung 84: 2003, 1399 – 1407).

Sicherlich ist es leichter, Risiken, statt Fehler und erst recht tatsächlich oder wenigstens potenziell schadensverursachende Fehler zu melden, insbesondere wenn man selbst betroffen ist. Auch ist es einfacher von den Klinikleitungen auf den unteren Stufen die für die Einführung eines CIRS essenziell notwendige Zusicherung fehlender arbeits- bzw. dienstrechtlicher Sanktionen (non reprisal policy) für die Beteiligung am System zu erhalten. Aber

ist es deshalb rechtlich zwingend erforderlich und im Interesse einer zu entwickelnden Sicherheitskultur im Gesundheitswesen überhaupt sinnvoll, einer Meldung einen solchen Filter vorzuschalten?

Die Beschränkung auf so genannte „Beinaheschäden“ wird sich in praxi schon deshalb als schwierig erweisen, weil in vielen Fällen zeitlich gestreckter oder aus sonstigen Gründen nicht unmittelbar ersichtlicher Kausalbeziehungen für den Meldenden gar nicht abschätzbar ist, ob es sich tatsächlich um ein rechtlich unverfängliches, weil nachweisbar (!) folgenlos gebliebenes Ereignis gehandelt hat. Wollte man also in dieser Beziehung auf „Nummer sicher gehen“, dürfte man bei geringsten Zweifeln „suboptimale Behandlungsverläufe“ erst gar nicht in das System geben, womit man sich allerdings gleichzeitig einer wesentlichen Erkenntnisquelle schadensverhütender Verbesserungsmöglichkeiten im Klinikbetrieb beraubte. Befragungen in Kliniken mit CIRS-Systemen haben ergeben, dass in der überwiegenden Zahl eine solche Differenzierung nicht vorgenommen wird bzw. nach der Struktur des jeweiligen Systems auch nicht vorgenommen werden kann.

Üblicherweise versuchen juristische Ratgeber potenziellen Rechtsrisiken durch eine weitestgehende **Anonymisierung** zu begegnen. Hiergegen ist prinzipiell nichts einzuwenden. Im Gegenteil gebietet es schon der Datenschutz, jedweden Personenbezug an einer möglichst frühzeitigen Stelle in der Bearbeitungskette zu löschen. Auch wird es sich anbieten, im Rahmen von Klinikketten oder kooperativer Projekte die so anonymisierten Meldungen im Sinne eines „Datenpoolings“ einzuspeisen, schon um der notwendigen Analyse eine möglichst breite und so tendenziell aussagekräftigere Basis zu verschaffen. Umgekehrt muss eine ereignisbezogene Anonymisierung in kleineren Einheiten rasch an eine faktische Grenze stoßen. Darüber hinaus sind Incident Reporting Systeme, wie eingangs dargelegt, Teil des PDCA-Zyklus (Plan-do-check-act), indem sie die Handlungsgrundlage für systematische Verbesserungen aufzeigen sollen. Je anonymer solche Meldungen dann aber in der Sachverhaltsschilderung sind, desto

schwieriger gestalten sich Rückschlüsse auf die detaillierten Hintergründe eines Falles als Voraussetzung einer effizienten „Root-Cause-Analyse“.

Handelt es sich aber überhaupt um ernsthafte Haftungs- oder gar strafrechtliche Risiken, wenn ein CIRS sich nicht auf die Entgegennahme und Analyse bloßer „Beinaheschäden“ beschränkt?

Anders gewendet: Könnten Gerichte oder Staatsanwaltschaften die Vorlage solcher Unterlagen im Schadensfall anordnen und sie bei Weigerung der freiwilligen Herausgabe insbesondere in Fällen strafrechtlicher Ermittlungen wegen eines Schadensfalls unter Umständen sogar im Beschlagnahmeweg erzwingen?

Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass CIRS-Meldungen schwerlich zur Behandlungsdokumentation eines Patienten gerechnet werden können, sind sie doch weder inhaltlich noch von ihrer Zwecksetzung her dazu bestimmt, Diagnostik und Therapie individuell zu beeinflussen. Hieraus folgt, dass diese Unterlagen weder vom Einsichtsrecht des Patienten in seine Dokumentation noch von einer diesbezüglichen Durchsuchungs- bzw. Beschlagnahmeanordnung erfasst sind. Gerichte bzw. Strafverfolgungsbehörden müssten daher zunächst in sonstiger Weise von der Existenz einer entsprechenden Meldung Kenntnis erlangen. Dann aber wäre der Zugriff prinzipiell möglich, wenn und soweit eine gewisse Wahrscheinlichkeit für ermittlungsrelevante Funde besteht, also für „Gegenstände, die als Beweismittel für die Untersuchung von Bedeutung sein können“ (§ 94 StPO). Andererseits steht diese Befugnis den Ermittlern nicht schrankenlos zur Verfügung. So sind bestimmte Gegenstände beschlagnahmefrei, wie etwa Aufzeichnungen, welche Geistliche, Verteidiger, Rechtsanwälte, Ärzte usw. über die ihnen vom Beschuldigten anvertrauten Mitteilungen oder über andere Umstände gemacht haben, auf die sich ihr Zeugnisverweigerungsrecht erstreckt (§ 97 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 StPO i.V. mit § 53 Abs. 1 Nr. 1 bis 3b StPO). Gleiches gilt im Übrigen auch für ärztliche Untersuchungsbefunde (§ 97 Abs. 1 Nr. 3 StPO). Es wird erkennbar, dass die Be-

schlagnahmefreiheit so weit reicht wie demjenigen, der im Besitz dieser Gegenstände ist, ein Zeugnisverweigerungsrecht gemäß § 53 StPO zur Seite steht. Damit bietet die übliche berufliche Schweigepflicht des Arztes keinen Schutz vor dem behördlichen Zugriff, werden solche Verfahren doch in der Regel vom Patienten oder bei Todesfällen von dessen Angehörigen in Gang gesetzt, die dann regelmäßig auch die Behandler ausdrücklich eine Schweigepflichtentbindungserklärung abgeben.

Macht es Sinn, sämtliche Unterlagen eines CIRS bei einem Rechtsanwalt zu deponieren?

Manche der eingangs genannten Rechtsberater empfehlen dies, eventuell sogar in als Dependance der Kanzlei deklarierten Räumlichkeiten der Klinik. Allerdings stößt diese „Lösung“ an die Grenzen des § 97 Abs. 2 S. 3 StPO, der den Beschlagnahmenschutz unter anderem dann versagt, wenn „bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass die zeugnisverweigerungsrechtliche Person an der Tat oder an einer Strafvereitelung beteiligt ist“. In einem solchen Modell würde sich daher durchaus mit einiger Berechtigung die Frage stellen lassen, ob die Unterlagen dem Rechtsanwalt/Verteidiger tatsächlich „in dieser prozessualen/beruflichen Funktion anvertraut wurden“, was die Regelungen zum Zeugnisverweigerungsrecht und damit zur Beschlagnahmefreiheit voraussetzen würde oder ob nicht schon der erkennbare Zweck ei-

ner Instrumentalisierung der Schutzvorschrift des § 97 StPO ausreicht, Rechtsmissbrauch und damit den Versuch einer systematisch angelegten Strafvereitelung zu unterstellen.

Ein anderer Ratschlag zielt darauf ab, den verfassungsrechtlich hohen Schutz der Pressefreiheit zu nutzen. Hierbei würden die Berichte aus dem CIRS in ein externes „Redaktionsteam“ ausgelagert. Das Redaktionsteam gäbe dann, auf der Grundlage der Meldungen, ohne jeden Einzelfallbezug in regelmäßigen Abständen schriftliche Stellungnahmen zu den Berichten heraus. Dieses System hat sicherlich den Vorteil, dass damit gleichzeitig die für die Motivation der Mitarbeiter notwendige Rückmeldung über die Resultate eines in der Klinik implementierten CIRS gewährleistet ist. § 53 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 StPO billigt auch Personen, die bei der Vorbereitung, Herstellung oder Verbreitung von Druckwerken oder der Unterrichtung oder Meinungsbildung dienenden Informations- und Kommunikationsdiensten berufsmäßig mitwirkenden Personen ein Zeugnisverweigerungsrecht zu, welches sich gemäß § 53 Abs. 2 StPO auch auf Mitteilungen und selbst erarbeitete Materialien zu redaktionellen Zwecken erstreckt. Nur: Auch für das daraus resultierende Beschlagnahmeverbot gilt grundsätzlich die vorstehend erwähnte Grenze der Strafvereitelung, freilich hier noch mit der zusätzlichen Schwelle des § 97 Abs. 5 S. 2 StPO, wonach die Beschlagnahme selbst bei Verdacht

ANZEIGE

der Strafvereitelung nur zulässig ist, wenn sie unter Berücksichtigung der Grundrechte aus Artikel 5 Abs. 1 Satz 2 (Pressefreiheit) des Grundgesetzes nicht außer Verhältnis zur Bedeutung der Sache steht und die Erforschung des Sachverhaltes auf andere Weise ausichtslos oder wesentlich erschwert wäre. Man erkennt unschwer, dass auch diese Konstruktion Anlass zu juristischen Auseinandersetzungen liefern könnte und sonach keinen vollständigen Schutz zu gewähren vermag.

Um aus dem verbleibendem rechtlichen Risiko durchgreifende Bedenken gegen das CIRS, selbst bei Einschluss „echter“ Schadensfälle herleiten zu können, wäre allerdings der noch ausstehende Nachweis erforderlich, dass eine einzelfallbezogene CIRS-Meldung einen von den sonstigen Informationsmöglichkeiten spezifischen Informationsgehalt aufweist. Sicherlich kann man Fälle theoretisch konstruieren, in denen die Strafverfolgungsbehörden über eine solche Meldung von vorwurfsrelevanten Vorgängen Kenntnis erhalten, die ihnen im Rahmen des herkömmlichen Instrumentariums (Zeugenaussagen und insbesondere die Auswertung der Behandlungsdokumentation) verborgen bleiben bzw. zumindest verborgen bleiben könnten. Andererseits: Innerhalb der Klinik sind die Mitarbeiter dienstrechtlich gehalten, gegenüber dem Dienstvorgesetzten/ Klinikträger umfassend Stellung zu nehmen und auch dem Betriebshaftpflichtversicherer gegenüber existiert eine vertraglich fixierte Obliegenheit zur wahrheitsgemäßen Darstellung des Behandlungsverlaufs (§ 104 VVG; § 5 Nr. 3 AHB). Diesbezügliche Beschlagnahmebemühungen von Gerichten/Ermittlungsbe-

hörden sind dem Verfasser bislang nicht bekannt geworden. Und schließlich: Nach den Erfahrungen eines langjährig im Arztstrafrecht tätigen Anwalts sind unzufriedene (vor allem ehemalige) Mitarbeiter einer Klinik nicht selten wesentliche Erkenntnisquelle staatsanwaltlicher Ermittlungen. Damit aber ist das CIRS allenfalls eine zusätzliche, aber keine qualitativ neue Möglichkeit der Informationsbeschaffung im Schadensfall.

Erstaunlich selten wird in der Diskussion die Frage aufgeworfen, ob und welche rechtlichen Risiken mit der Entscheidung einer Klinik verbunden sein können, ein CIRS nicht zu implementieren.

Immerhin scheint in der Fachwelt eine große Übereinstimmung darin zu herrschen, dass ein solches System in Verbindung mit einem generellen Risk- oder Schadensmanagement geeignet ist, systematisch das Schadensrisiko für die Patienten in Arbeitsabläufen zu identifizieren und zu beheben. Sonach erscheint keineswegs fernliegend, das Fehlen eines solchen Systems als eigenständigen Organisationsfehler zu qualifizieren, wenn und sobald im Einzelfall rüchbar werden sollte, dass es bereits in der Vergangenheit zu ähnlichen suboptimalen Abläufen kam, mit oder ohne konkrete Gefährdung oder gar Schädigung eines Patienten. Diese Schlussfolgerung liegt umso näher, als die jüngere arzt haftungsrechtliche Judikatur im Bereich des „Organisationsverschuldens“ sich ausdehnende Tendenzen zu erkennen gibt.

Ein Organisationsfehler kann allerdings auch für den Fall angelastet werden, dass ein solches CIRS zwar eingeführt, jedoch nicht gepflegt werden sollte, sei es dass entsprechende Mitteilungen nicht auf systematische Schwachstellen in den

Arbeitsabläufen hin analysiert worden sein sollten, sei es, weil die Verantwortlichen aus der Analyse keine oder nicht die erforderlichen Konsequenzen gezogen haben, einschließlich der zur Ergebniskontrolle notwendigen Evaluation. Dann, aber auch nur dann birgt ein CIRS haftungs- wie auch strafrechtliche Risiken eigener Art, und zwar unabhängig von der Frage ob das System Schadensfälle miterfasst oder sich auf die vermeintlich unverfänglichen „Beinaheschäden“ beschränkt.

Fazit:

Die auch rechtlichen Vorteile eines CIRS überwiegen aus Sicht des Verfassers deutlich die immer wieder diskutierten rechtlichen Risiken, und zwar unabhängig von der Frage der Klassifikation des „CIRS-tauglichen“ Falls. Mit einem solchen System kann der Klinikträger den Nachweis führen, sich um die Erhöhung der Patientensicherheit auch auf diesem organisatorischen Weg zu bemühen, was sich im einzelnen Schadensfall, spätestens aber bei Nachfragen der Krankenhausaufsicht durchaus risikomindernd auswirken kann.

Verfasser:

Dr. med. Peter W. Gaidzik
Arzt und Fachanwalt für Medizinrecht in Hamm, Leiter des Instituts für Medizinrecht der Privaten Universität Witten/Herdecke

Weitere Informationen zum Thema CIRS finden Sie u.a. in Heft 11/2009 sowie auf der Homepage des Modellprojekts CIRS-Berlin:
www.cirs-berlin.de

ANZEIGE

ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe Januar 2010: 01. Dezember 2009

Zum Tode von Helmut Kewitz

Am 21. Oktober 2009 ist mit Professor Dr. med. Helmut Kewitz einer der Begründer und maßgeblichen Gestalter der Klinischen Pharmakologie in Deutschland verstorben.

Kewitz wurde 1920 in Berlin geboren und studierte an der Charité Humanmedizin. 1949 wurde er Assistent bei Wolfgang Heubner am Pharmakologischen Institut der Freien Universität, wo er sich 1955 unter Hans Herken habilitierte. Nach einem Gastaufenthalt an der Columbia University bei David Nachmansohn und dem Ruf auf das Ordinariat für Veterinärpharmakologie an der FU (1962) erhielt Kewitz 1969 den ersten Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie in der Bundesrepublik Deutschland am damaligen Klinikum Steglitz der FU Berlin.

Kewitz griff aktuelle Fragen auf: Er gehörte weltweit zu den Ersten, die ein Erfassungssystem für unerwünschte Arzneimittelwirkungen etablierten, er führte große Fall-Kontroll-Studien durch. Kewitz sah eine wichtige Aufgabe der Klinischen Pharmakologie in der Verbesserung der Arzneimittelsicherheit. Sein Arbeitsgebiet der cholinergen Mechanismen wurde ergänzt durch Forschung über Pharmakokinetik und Arzneimittelmetabolismus. Von 1978 bis 1988 war er Ärztlicher Direktor des Klinikums. Er widmete sich mit vollem Einsatz hochschulpolitischen Fragen, war der Vorsitzende des ersten Fachbereichsrates der klinisch-theoretischen Fächer im Klinikum Steglitz und Mitbegründer der so genannten Liberalen Aktion. Später war er auch Delegierter der Ärztekammer Berlin, außerdem leitete er viele Jahre den Arbeitsausschuss III der Ethikkommission der Kammer. Kewitz wurde geehrt u.a. mit dem großen Bundesverdienstkreuz am Bande, der Ehrenmitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Klinische

Pharmakologie und Therapie sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Er erhielt darüber hinaus die Große Verdienstmedaille in Silber der FU Berlin.

Auch die Berliner Medizinische Gesellschaft trauert um ihr langjähriges Mitglied (seit 1951) und Ehrenmitglied (seit 2003) sowie Träger der Albrecht-von-Graefe-Medaille. Kewitz war langjähriges Vorstandsmitglied und zeigte besonderes Engagement, als es nach der Wende galt, das verlorengegangene Langenbeck-Virchow-Haus gemeinsam mit dessen Miteigentümerin, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, zurückzugewinnen. Obwohl mehrmals vom Landesamt für Offene Vermögensfragen und erstinstanzlich vor Gericht zurückgewiesen, führte Kewitz zusammen mit seinem chirurgischen Kollegen Professor Hartel und den Vorsitzenden der beiden Eigentümergesellschaften einen fast aussichtslosen Kampf – aber sie gewannen das Langenbeck-Virchow-Haus zurück!

Kewitz faszinierte durch seinen weitgespannten Geist, sein Ringen um das Grundsätzliche, sein hohes Verantwortungs-



und sein Engagement. Kewitz war ein Mann mit hohem Verantwortungsgefühl und seiner strengen Führung der Diskussion. Viele seiner Schüler erlangten leitende Positionen. Bis zuletzt erlebten wir sein waches Interesse an allem Neuen. Mit Kewitz haben seine Schüler und Kollegen den Nestor ihres Faches verloren.

Prof. Dr. med. Ivar Roots
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Hahn

ANZEIGE

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 bespikelt wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de (im Portal „Ärzte“/„Fortbildung“/„Fortbildungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu

Unterthemen und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Fortbildungskalender 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
■ 17.12.-19.12.2009	Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401, Frau Drendel E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich, Teilnehmergebühr: 500 €	27 P
■ 11.01.-20.01.2010 (Kursteil C1) 20.01.-29.01.2010 (Kursteil C2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Kurs C, 920 € Kurse C1, C2: jeweils 460 €	60 P pro Kursteil
■ Teil D: Motivierende Gesprächsführung 05.02.-06.02.2010	Veranstaltungsreihe der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Suchtakademie Berlin-Brandenburg zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“	DRK Kliniken Berlin Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information: Ärztekammer Berlin Tel.: 40806-1301 und 40806-1303 Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 130 € je Kursteil (Ermäßigung für arbeitsl. Ärzte, PJ-Studenten und Arzthelferinnen möglich)	15 P pro Teil
■ 22.02.-24.02.2010	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 250 €	21 P
■ 24.02.-26.02.2010 26.02.2010	Spezialkurs im Strahlenschutz – bei der Röntgendiagnostik – bei Computertomographie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Spezialkurs Röntgendiagnostik: 220 € Spezialkurs CT: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)
■ 04.03.- 06.03.2010 18.03.- 20.03.2010	40-Stunden-Kurs für Qualitätsbeauftragte in der Hämotherapie gemäß der Richtlinie der BÄK zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401, Frau Drendel E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich, Teilnehmergebühr: 750 €	40 P
■ 19.03.2010	Theorie und Praxis der Psychometrie und Perimetrie bei arbeits- und verkehrsmedizinischen Untersuchungen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 60 €	5 P
■ 19.03.-20.03.2010	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 250 €. Kombipreis für „Verkehrsmedizinische Begutachtung“ und „Theorie und Praxis der Psycho- und Perimetrie“: 290 €.	16 P
■ 04.-05.06.2010 25.-26.06.2010 02.-03.07.2010	Strukturierte curriculaire Fortbildung: Grundlagen der medizinischen Begutachtung, 3 Module	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Anmeldung erforderlich Gebühren: 400 €	10 P pro Modul

Weiterbildungskurs Pädiatrie

zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994 – 3)

Der Kurs ist Bestandteil der 5-jährigen Weiterbildung Allgemeinmedizin (Ersatz für ein halbes Jahr Kinderheilkunde) und setzt sich zusammen aus: 1.) 9 Stunden Theoriekurs; 2.) 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis; 3.) 60-stündige Teilnahme am Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung

Theoriekurs: jeweils donnerstags 19.00 – 21.15 Uhr
Termine: 10.12.2009, 17.12.2009 und 14.01.2010
Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Gesamtgebühr: 550,- Euro (inkl. 40-stündige Hospitation)
Information/Anmeldung: Telefon: 40806-1203, E-Mail: a.hellert@aekb.de

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin Chronische Schmerzen – multimodale Therapieansätze

Rund 8 Millionen Menschen leiden in Deutschland an chronischen Schmerzen. Zu dem erheblichen Leidensdruck treten Komorbiditäten und Organschäden, die als Nebenwirkung der Langzeittherapie entstehen. Die Referenten erläutern die Entstehung der Symptomatik und den pharmakologischen Hintergrund der Therapeutika. Ebenso werden multimodale Therapieansätze im interdisziplinären Team aufgezeigt. Weitere Veranstaltungsschwerpunkte bilden die Vergesellschaftung von chronischen Schmerzen und Depression sowie die richtige Betreuung der Patienten. Im Anschluss an die Vorträge wird der Themenkomplex mit den Referenten diskutiert.

Moderator: Dr. Christian Heyde
Referenten: Dr. Christian Heyde, Prof. Dr. Dr. Gerhard Danzer

Termin: 02.12.2009, 19:30 bis 21:30 Uhr

Ort: Großer Hörsaal, Eingang Bettenhochhaus / Charité
 Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Luisenstr. 65, 10117 Berlin

Anerkannt mit 3 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Kursangebot der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2010 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte 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.

Termine: Präsenzwoche 1: 22.02.2010 bis 27.02.2010 / Woche 2: 19.04.2010 bis 24.04.2010 / Woche 3: 31.05.2010 bis 05.06.2010 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen erhalten Interessenten: telefonisch unter Tel.: 408 06-1207 (Organisatorisches) und Tel.: 40 806-1400 (Frau Markl-Vieto, Inhaltliches) oder per E-Mail: QM-Kurs2010@aekb.de



34. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

07. – 09. Januar 2010 in Berlin

Veranstaltungsort:

Berlin, Tagungszentrum Katholische Akademie, Hannoversche Str. 5 b

Eröffnung:

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hoppe, Berlin · Dr. Bartmann, Flensburg

Themen und Moderatoren:

Therapie depressiver Störungen

Prof. Dr. med. Mathias Berger, Freiburg

Anti-Aging – Wunsch und Wirklichkeit

Prof. Dr. med. Ernst-Gerhard Loch, Bad Nauheim

Aktuelle Themen aus dem HNO-Bereich

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Roland Laszig, Freiburg

Individuell zielgerichtete Therapie maligner Tumoren

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Dietel, Berlin

Unabhängige Arzneimittelinformationen

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Berlin

– Eine Veranstaltung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft –

Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Berlin mit 4 Punkten pro Thema anerkannt.

Bei Teilnahme an der gesamten Veranstaltung erhalten Sie für Ihr Fortbildungszertifikat der Ärztekammer 20 Fortbildungspunkte.

Weitere Informationen sowie das Programmheft erhalten Sie bei der Bundesärztekammer, Dezernat 1

Postfach 12 08 64, 10598 Berlin

Tel.: 030 400456-415 oder – 412

Fax: 030 400456-429

E-Mail: cme@baek.de

Internet: www.bundesaerztekammer.de

ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe Januar 2010: 01. Dezember 2009

Möglichkeiten zur Optimierung allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Die zunehmende Spezialisierung im deutschen Gesundheitswesen, die demographische Entwicklung unseres Landes, Multimorbidität und sich verändernde Krankheitsbilder erhöhen den Stellenwert des Hausarztes, der Versorgungsprozesse koordiniert und im Rahmen langjähriger Betreuung für Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen Ansprechpartner ist. Hierzu bedarf es einer Weiterbildung, die sich an den Betreuungsanlässen orientiert und es möglich macht, die breit gefächerten Patientenanliegen in der Hausarztpraxis qualifiziert zu erfüllen.

Von Vittoria Braun

Die aus den Veränderungen resultierenden erhöhten Anforderungen an die Primärversorgung um circa 20 – 30% bis 2020 (Vergleichsjahr 2000)¹ können jedoch nicht gedeckt werden. Vielmehr führt die Überalterung der tätigen Hausärzte in den nächsten zehn Jahren zu ihrem Ausscheiden um 42% im gesamten Bundesgebiet (in den neuen Bundesländern zu ca. 50%)².

Facharztanerkennungen stagnieren, darüber hinaus kommen Hausärzte nur zu 60% in der Versorgung/Niederlassung an. Das bedeutet, dass bis 2015 rund 15% weniger Hausärzte als derzeit zur Verfügung stehen. Auch im Berliner Raum sind heute bereits ein Drittel der Allgemeinärzte älter als 60 Jahre.

Es wird zunehmend schwieriger, für niedergelassene Kollegen Nachfolger zu fin-

den. Auch für Patienten wird es problematisch, nach Berentung ihres Hausarztes einen neuen Arzt des Vertrauens in Wohnnähe zu gewinnen. Dieser Mangel macht die Erhöhung der Attraktivität der allgemeinmedizinischen Aus- und Weiterbildung unabdingbar.

Gute Verzahnung von Aus- und Weiterbildung

In erster Linie sollte die medizinische Ausbildung den aktuellen Bedürfnissen angepasst werden. Hochschulen müssen Prioritäten setzen: Gut ausgerüstete Lehrstühle für Allgemeinmedizin an allen Fakultäten Deutschlands sind ebenso zu fordern wie die Ausbildung in der hausärztlichen Praxis als Pflichtteil im Praktischen Jahr und eine veränderte Verteilung der Studienplätze, die persönliche Voraussetzungen der Bewerber zum Arztberuf

besser berücksichtigt. Flächendeckend sind Bedingungen für die allgemeinmedizinische Lehre an den Fakultäten zu schaffen, die es ermöglichen, Studierende für das Fach der Grundbetreuung zu begeistern. Diese Voraussetzungen münden in eine gute Verzahnung von allgemeinmedizinischer Aus- und Weiterbildung. Die

Ärztchamber Berlin hat als Vorreiter Deutschlands bereits 2007 eine dem Versorgungsbedarf angemessene inhaltliche Festlegung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung beschlossen und ist damit bundesweit wegbereitend. Dennoch bestehen weiterhin strukturelle Schwierigkeiten. Die Förderung der Weiterbildungsfinanzierung bewegt sich auf zu niedrigem Niveau, es gibt keine Möglichkeit der Umschichtung von Fördergeldern zwischen stationärem und ambulanten Bereich und keinen überregionalen Finanzausgleich.

Auch in Berlin wurde das mögliche geförderte Stellenkontingent insbesondere im stationären Bereich nicht voll ausgeschöpft. Zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgungssituation ist die Angleichung der Gehälter von allgemeinmedizinischen Ärzten in Weiterbildung an die ihrer Kollegen aus dem stationären Bereich von eminenter Bedeutung. Die Installation einer Clearing- oder Förderstelle kann hierbei hilfreich sein. ÄK- und KV-Mitarbeiter regeln verantwortlich die Finanzierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung eines Bundeslandes aus einem Pool und sind Ansprechpartner für Weiterbildungsfragen. In der Ärztekammer Sachsen-Anhalts wird das bereits erfolgreich realisiert.

Neben finanziellen Defiziten ist der Ablauf der Weiterbildung unattraktiv. Die jungen Kollegen müssen sich bei einzelnen Weiterbildungsstellen separat bewerben und besitzen wenig Einfluss auf die Erfüllung ihrer Weiterbildungsinhalte. Sie haben häufig keine Mentoren, die dafür sorgen, dass die Weiterbildung auf hohem Niveau durchgeführt wird.

Die Lösung: Verbundsysteme

Eine mögliche Verbesserung besteht in der Etablierung der Verbundweiterbildung (siehe Kasten, S. 29). Die Entwicklung von Weiterbildungsverbänden zur Förderung allgemeinmedizinischer Weiterbildung erfolgt derzeit in Deutschland punktuell. Einer der Pioniere ist Prof. Norbert Donner-Banzhoff, der in Marburg funktionierende Verbände ins Leben rief.



Ambulanter Teil der Weiterbildung in Köpenick.

Vorreiter: DRK-Kliniken Köpenick

In Berlin existiert dieses Weiterbildungsangebot im beschriebenen Umfang noch nicht. Im Verlauf des letzten Jahres hat das DRK-Krankenhaus Köpenick begonnen, in Berlin eine Vorreiterstellung im Rahmen der Optimierung allgemeinmedizinischer Weiterbildung einzunehmen. Hier rotieren derzeit 6 AssistenzärztInnen auf internistischen, chirurgischen, anästhesiologischen und neurologischen Stationen. Sie werden von der Unterzeichnerin in 4-6-wöchigem Abstand zu so genannten Rückkehrtagen in ihre allgemeinmedizinische Praxis eingeladen, um möglichst frühzeitig Verständnis und Identität zum allgemeinmedizinischen Fach herzustellen. Während dieser Treffen berichten die jungen Kollegen über Patienten, die sie stationär erleben und diskutieren über Möglichkeiten der Verbesserung ambulant-stationärer Kooperation. Eine wichtige Rolle spielt das Kommunikationstraining, bei dem Arzt-Patient-Gespräche mit Simulationspatienten und das Überbringen schwerwiegender Nachrichten geübt werden. Zudem stehen Fehlermanagement in der Hausarztpraxis, Diskussionen neuester relevanter wissenschaftlicher Erkenntnisse und das Erarbeiten ärztlicher Haltung auf dem Programm. Im Gegenzug kann die Assistenzärztin, die in der allgemeinmedizinischen Praxis arbeitet, an radiologischen, gastroenterologischen und kardiologischen Untersuchungen des Krankenhauses teilnehmen.

Die ersten Erfahrungen dieser ambulant-stationären Zusammenarbeit zeigen hohes Engagement von Seiten der WeiterbildungsassistentInnen, großes Interesse der beteiligten Chefärzte und von Beginn an weitreichende Unterstützung durch den ärztlichen Direktor der DRK-Kliniken – damit wird auch von stationärer Seite Verantwortung für eine hochwertige allgemeinmedizinische Weiterbildung übernommen. Dieses Projekt sollte nicht nur in Berlin Schule machen.

Literatur bei der Verfasserin.

Professor Dr. med. Vittoria Braun
Institut für Allgemeinmedizin/Charité und
niedergelassene Hausärztin in Köpenick

Was ist Verbundweiterbildung?

Von einem allgemeinmedizinischen Weiterbildungsverbund sprechen wir dann, wenn einem oder mehreren Assistenten eine Abfolge von mehreren Abschnitten („Rotation“) angeboten wird, die der Weiterbildung zum Allgemeinarzt dienen. Der Wechsel zwischen den Fächern wird entweder durch übergreifende Verträge oder durch eine Koordination mit entsprechender Zusage sicher gestellt.

Und wer profitiert davon?

1. **Die AssistentInnen** können im Rahmen einer „Paketlösung“ ihre Weiterbildung verlässlich planen, müssen sich nicht für jede Stelle separat bewerben und sind in der Lage, die von der WBO vorgeschriebenen Fachgebiete in einer Mindestzeit zu absolvieren.
2. **Die Krankenhausabteilungen** können planbar auf qualifizierte WeiterbildungsassistentInnen zurückgreifen und sie in verschiedenen Wirkungsstätten einsetzen. Darüber hinaus stehen den Kliniken künftige Hausärzte als potentielle „Einweiser“ von Patienten in Aussicht, die mit den Stationsärzten bekannt sind und die Weiterbildung in guter Erinnerung haben.
3. **Krankenhausverwaltungen** profitieren finanziell vom Einsatz allgemeinmedizinischer WeiterbildungsassistentInnen durch das Initiativprogramm, das die stationäre Weiterbildung mit 1.020 Euro/Monat/Assistent fördert. Es wird empfohlen, dass bei der geplanten Erhöhung der Fördergelder insbesondere Weiterbildungsverbünde berücksichtigt werden. Zudem würden auf diese Weise Ausschreibungen für Weiterbildungsstellen in Zeitschriften reduziert und Kosten gespart. Insgesamt erhalten Krankenhäuser und ambulante Praxen mit Rotationsstellen deutlich mehr Bewerbungen, so dass eine Auswahl guter Assistenzärzte möglich wird.
4. **Weiterbildungsbefugte Fachärzte für Allgemeinmedizin** haben besonderen Nutzen von einer soliden Vorbildung der Assistenzärzte, die sie in ihren Praxen beschäftigen. Sie sind gleichermaßen an einem engen Kontakt mit dem Krankenhaus, in dem ihr Weiterbildungsassistent rotierte, interessiert.
5. **PatientInnen**
Repräsentative Befragungen ergeben, dass die Bevölkerung mit überwältigender Mehrheit Hausärzte als Ansprechpartner für gesundheitliche Probleme jeder Art schätzt. Nur ein hochqualitativ arbeitender und breit gefächert weiter- und fortgebildeter Allgemeinarzt kann Patientenbedürfnissen angemessen gerecht werden.
6. Effizient arbeitende HausärztInnen tragen zu einer erheblichen **Kostenreduktion im deutschen Gesundheitswesen** bei.

Mehr dazu auf dem.....

Tag der Allgemeinmedizin

am **Mittwoch, 27. Januar 2010**
18 bis 20.30 Uhr
Ärztchamber Berlin
Konferenzsaal, Friedrichstr. 16
10969 Berlin

Das detaillierte Programm dieser mit 3 Fortbildungspunkten zertifizierten Veranstaltung finden Sie unter www.aekb.de im Portal Presse/ Meldungen/ Tag der Allgemeinmedizin.

Das Fortbildungsverhalten der Berliner Ärzte

Seit der gesetzlichen Verankerung der ärztlichen Fortbildung im Jahr 2004 sind niedergelassene und stationär tätige Ärzte verpflichtet, ihre besuchten Fortbildungen gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung kontinuierlich nachzuweisen. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit wurde untersucht, ob es Unterschiede im Fortbildungsverhalten innerhalb der Berliner Ärzteschaft gibt und das Angebot ärztlicher Fortbildung in Berlin gegenübergestellt. Dazu wurden die elektronischen Fortbildungspunktekonten der Ärztekammer Berlin (ÄKB) anonymisiert ausgewertet. Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass ein Großteil der niedergelassenen Berliner Ärztinnen und Ärzte bereits im Jahr 2008 im Mittel fast 200 von 250 nötigen Fortbildungspunkten gesammelt hatte. Die Auswertungen des Veranstaltungskalenders der ÄKB offenbarten ein vielfältiges Spektrum an Fortbildungsveranstaltungen, insbesondere der zahlreichen Kliniken und Fachgesellschaften im Berliner Kammerbereich. Sie zeigten aber auch, dass es Defizite im Fortbildungsangebot für bestimmte Fachgruppen zu geben scheint.

Von Franka Hierse und Dino Carl Novak

Die gesetzliche Fortbildungspflicht

Seit Juli 2004 sind alle niedergelassenen Ärzte per Gesetz zum Nachweis ihrer Fortbildung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet. Innerhalb von 5 Jahren muss ein Arzt mindestens 250 Fortbildungspunkte nachweisen. Ein Punkt entspricht einer 45-minütigen Fortbildung (ohne Pause). Umgerechnet sind das also 37,5 Stunden Fortbildung pro Jahr. Ziel der Fortbildung ist laut Bundesärztekammer „die Sicherstellung und kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität“, um eine hohe Versorgungssicherheit für die Patienten zu gewährleisten. Die ärztliche Fortbildung soll dem persönlichen Wunsch des Arztes nach Weiterentwicklung und Verfestigung seiner ärztlichen Kenntnisse und Fertigkeiten entsprechen und sie sollte außerdem den Fortbildungsbedarf erfüllen, der sich aus der ständigen Entwicklung in der Medizin und Epidemiologie ableitet (Bundesärztekammer, 2009). Art und Inhalte der Fortbildungen sind nicht vorgeschrieben.

Die Abteilung Fortbildung der Ärztekammer Berlin unterstützt ihre Mitglieder mit der Führung elektronischer Punktekonten,

mit der Ausstellung von Fortbildungszertifikaten sowie der Beratung und Information zur Fortbildung. Darüber hinaus führt sie die Anerkennung und Punktevergabe für Fortbildungsveranstaltungen zur Qualitätssicherung durch.

Wie kommen die Berliner Ärzte ihrer Fortbildungspflicht nach?

Das ärztliche Fortbildungsverhalten wurde anhand der elektronischen Fortbildungskonten der ÄKB untersucht. Die Analyse sollte klären, welche Fortbildungsmethoden überwiegend genutzt wurden und ob es Unterschiede zwischen den einzelnen Fachrichtungen, dem Geschlecht oder den Stadtteilen gab. Dem wurde das Angebot der ÄKB des Jahres 2007 gegenüber gestellt, mit der Fragestellung, welche Fortbildungsmethoden überwiegend angeboten wurden und wer der größte Anbieter war.

Methoden

Von der Abteilung Fortbildung wurden die elektronischen Punktekonten und Mitgliederinformationen aller in Berlin gemeldeten Ärzte anonymisiert zur Verfügung gestellt, sowie sämtliche Angaben der An-

träge für Fortbildungsveranstaltungen des Jahres 2007 in elektronischer Form. Von den 26.269 eingetragenen Mitgliedern wurden ausschließlich fortbildungspflichtige, niedergelassene Ärzte in die Analysen eingeschlossen, deren erster Zertifizierungszeitraum am 30.06.2009 endete. Der Stand der ausgewerteten Punktekonten entspricht dem Stand Ende April 2008, dem Datum der Datenextraktion. Teilnahmebescheinigungen, die zu diesem Zeitpunkt noch in Papierform vorlagen oder die vom Teilnehmer noch nicht an die ÄKB weitergeleitet wurden, waren zum Zeitpunkt der Abfrage noch nicht dem Punktekonto gutgeschrieben und gingen infolgedessen nicht in die Analysen ein.

Ärzte aus dem stationären Sektor wurden ebenfalls untersucht. Da deren Zertifizierungszeitraum jedoch erst im Januar 2006 begann, war der Zeitpunkt der Datenabfrage zu früh, um eindeutige Trends sehen zu können.

Die Zusammensetzung der betrachteten Ärzteschaft

Von insgesamt 4.722 niedergelassenen Ärzten aus 18 Fachgebieten wurden die Fortbildungskonten untersucht. Die meisten Ärzte waren in den Fachgebieten Allgemeinmedizin (19%) und Innere Medizin (16%) tätig, gefolgt von Frauenheilkunde mit einem Anteil von 9%. Der Geschlechteranteil war in den mit relativ wenig Ärzten besetzten Fachgebieten ($\leq 4\%$), wie Neurologie oder HNO gleich. Überwiegend Männer fanden sich in den Bereichen Chirurgie, Orthopädie, Innere Medizin, Urologie und Radiologie. Überwiegend Frauen waren in den Fachgebieten Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin sowie Psychiatrie und Allgemeinmedizin tätig (s. Tabelle 1, S. 31).

Die Verteilung der Fachgebiete zwischen dem Ost- und dem Westteil der Stadt war ähnlich, jedoch waren deutlich mehr Ärzte im Westteil niedergelassen (58,6%), als im Ostteil (38,6%). Das Durchschnittsalter lag zwischen 53,9 (± 7) Jahren bei im ehemaligen West-Berlin tätigen Männern und 52,4 (± 7) Jahren bei im ehemaligen Ost-Berlin tätigen Frauen.

Tabelle 1. Übersicht der Fachgebiete der Studienpopulation mit dem Punktestand im April 2008 (Median [25-75. Quantil])

	n	Anteil Frauen	Punktestand
Fachgebiete	4722	48%	196 (128-274)
Allgemeinmedizin	876	55%	225 (149-300)
Innere Medizin	767	40%	214 (149 - 290)
Frauenheilkunde	414	63%	208 (136 - 283)
ohne Gebietsbezeichnung	387	56%	152 (96 - 214)
sonstige	259	41%	196 (129 - 300)
Psychiatrie	257	65%	162 (101 - 250)
Kinder- und Jugendmedizin	232	66%	205 (139 - 253)
Augenheilkunde	227	61%	174 (123 - 219)
Orthopädie	226	15%	205 (139 - 253)
Neurologie	196	42%	182 (122 - 275)
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	190	44%	172 (114 - 240)
Chirurgie	158	23%	165 (97 - 233)
Haut- und Geschlechtskrankheiten	158	56%	198 (136 - 245)
Radiologie	127	35%	165 (106 - 229)
Urologie	111	17%	232 (167 - 291)
Anästhesiologie	109	55%	152 (96 - 214)
Kieferchirurgie	28	14%	60 (53 - 80)

Fortbildungskonten im Vergleich

Die Fortbildungspunkteanzahl lag zum Zeitpunkt der Abfrage im Mittel bei 196 (128 - 274) und zeigte deutlich eine kontinuierliche Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen. Frauen hatten mit 208 (139-285) im Mittel deutlich mehr Fortbildungspunkte als Männer mit 184 (119 - 263). Die genauen Gründe zu untersuchen erscheint sinnvoll. Es könnte daran liegen, dass Frauen entweder einen höheren Fortbildungsbedarf empfinden, oder dass Männer etwas nachlässiger bei der zeitnahen Einreichung ihrer Fortbildungsnachweise sind.

Eine Altersabhängigkeit des Punktekonto standes konnte nicht festgestellt werden. Die Ärzte im Ostteil der Stadt hatten im Mittel (212 [143-289]) etwas mehr Fortbildungspunkte, als die Ärzte im Westteil (188 [120-266]). Dies konnte nicht durch den höheren Frauenanteil (61% gegenüber 41%) erklärt werden.

Der Anteil der Ärzte mit mehr als 150 Fortbildungspunkten lag in allen Fachrichtungen bei mindestens 55%. Dennoch gab es Unterschiede zwischen den Fachrichtungen. Im Mittel hatten die meisten Fort-

bildungspunkte Ärzte der Fachrichtungen Urologie, Orthopädie, Allgemein- und Innere Medizin sowie Frauenheilkunde (s. Tabelle 1). Für Ärzte dieser Fachrichtungen schien es ein ausreichendes Angebot an Fortbildungsveranstaltungen zu geben, die die Fortbildungsbedürfnisse ansprechen und die wahrgenommen wurden.

Die wenigsten Fortbildungspunkte hatten die Ärzte der Fachrichtung Radiologie, Chirurgie, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie Anästhesiologen mit einer mittleren Fortbildungspunktezahl von 152 (94 - 214) Fortbildungspunkten. Die niedrige Fortbildungspunktezahl der Kieferchirurgen (60 [53 - 80]) ließe sich damit begründen, dass diese Fachgruppe sowohl in der Ärztekammer als auch in der Zahnärztekammer Punktekonten führen kann und somit nur einen Teil ihrer Fortbildungen an die ÄKB meldet. Am Fachgebiet Radiologie wird deutlich, was auch für andere Fachgebiete, zum Beispiel Psychiatrie, zu gelten scheint: Von Fachgesellschaften (für Radiologie) werden in eigenen Punktekonten die Fortbildungen der Mitglieder gesammelt und verwaltet; diese registrierten Punkte gelangen jedoch nicht unbedingt in die Punktekonten der

Ärztekammern, da diese teilweise nicht durch die Kammern anerkannt wurden.

In allen Fachrichtungen gab es aber auch einen erheblichen Anteil an Ärzten (19%), die bereits ein Jahr vor dem Zertifizierungsende 300 Fortbildungspunkte und mehr gesammelt hatten. Diese Ausreißer machten deutlich, dass einige Ärzte über die verpflichtenden 250 Fortbildungspunkte hinaus Fortbildungsnachweise bei der ÄKB einreichten. Aus den seit dem Jahre 2001 geführten elektronischen Punktekonten war ersichtlich, dass die meisten dieser Ärzte mit einem hohen Fortbildungspunktekontenstand, auch bereits vor der gesetzlichen Fortbildungspflicht freiwillige Fortbildungsnachweise bei der ÄKB vorgelegt hatten. Extreme von bis zu 900 Punkten könnten jedoch auch auf Übertragungsfehler in den Datenbanken zurückzuführen sein, beispielsweise bei einem Umzug aus einem anderen Kammergebiet in den letzten vier Jahren oder aus früheren Punktekonten vor dem Jahr 2004 (s. Kasten auf S. 32).

Zusammensetzung der besuchten Fortbildungskategorien

In der Zusammensetzung der Fortbildungsmethoden zeigte sich bei Männern und Frauen jeden Alters in den einzelnen Fachrichtungen ein ähnliches Bild. Vorträge (Kategorie A, 38%) und Workshops (Kategorie C, 27%), waren überwiegend besucht worden und machten zusammen mit dem Selbststudium rund 80% aller

ANZEIGE

Tipps: So werden Ihre Fortbildungspunkte in der Ärztekammer Berlin zuverlässig erfasst

Im Frühsommer 2008 hat die Ärztekammer Berlin jedem Kammermitglied die Möglichkeit eröffnet, über das sog. Mitgliederportal, das in die Homepage der Ärztekammer Berlin integriert ist, einen Zugriff auf das individuelle Fortbildungspunktekonto zu nutzen (siehe www.aerztekammer-berlin.de / Menüpunkt „Ärzte“, weiter: „Zugang zum Mitgliederportal“).

Bitte beherzigen Sie einige wenige Regeln, die dazu beitragen, die gute Zusammenarbeit und die Pflege der Fortbildungspunktekonten weiter zu optimieren:

- **Verwenden Sie immer Ihre Barcode-Etiketten**, wenn Sie an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen und kleben Sie diese in die ausliegenden Teilnehmerlisten ein.



- **Lassen Sie sich immer eine Teilnahmebescheinigung vom Veranstalter geben**; diese dient Ihnen als anerkannter Nachweis, falls es einmal Probleme mit der Punkteerfassung geben sollte.

- Senden Sie der Ärztekammer Berlin Ihre **Teilnahmebescheinigungen lediglich im Ausnahmefall** und bitte **nur einmal pro Jahr** zu: dann **nur in Kopie, chronologisch sortiert** und abgeheftet sowie **mit einem Anschreiben** versehen, aus dem **Ihr Anliegen** klar ersichtlich ist.

Wenn Sie diese drei Punkte beachten, werden Sie von einem aktuellen und bedienerfreundlichen Fortbildungspunktekonto profitieren und die Ärztekammer Berlin wird den circa 26.600 Berliner Ärztinnen und Ärzten einen geeigneten Service bieten können.

wahrgenommenen Fortbildungen aus. Die Beteiligung an interaktiven Fortbildungen über Print- oder Onlinemedien (Kategorie D) lag in Berlin bei nur rund 2%, während diese Kategorie in den neuesten Ergebnissen aller Landesärztekammern Deutschlands einen Anteil von 22% aller bisher besuchten Veranstaltungen ausmachen. Der im Vergleich deutlich niedrigere Anteil lässt vermuten, dass die Berliner Ärzte aufgrund der kürzeren Wege innerhalb der Stadt eher Präsenzveranstaltungen wahrnehmen können, als beispielsweise Ärzte in Flächenländern.

Fortbildungsangebot im Kammerbereich

Veranstaltungen, die an einem Mittwoch oder Samstag stattfanden, wurden am häufigsten wahrgenommen. Aus dem Veranstaltungskalender des Jahres 2007 war aber auch ersichtlich, dass an diesen Tagen auch die meisten Veranstaltungen angeboten wurden. Im Jahr 2007 gab es insgesamt 10.107 Zertifizierungsanträge. Davon wurden 219 nicht zertifiziert, größtenteils aufgrund unvollständig ausgefüllter Antragsformulare, primär wirtschaftlicher Aspekte oder nicht anerkannter medizinischer Verfahren.

Mehr als die Hälfte der ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen wurden von Kran-

kenhäusern und Universitätskliniken angeboten (54%). Drittgrößter Anbieter mit 9% waren im Jahr 2007 pharmazeutische Unternehmen. Bei rund 20% der Veranstaltungen wurde ein Sponsoring angegeben, wobei eine Unterscheidung zwischen gewerblichen und öffentlichen Sponsoring aufgrund der Datenlage und der fehlenden Definition des Begriffs für die ärztliche Fortbildung nicht gemacht werden konnte.

Die Themen der in der ÄKB gemeldeten Veranstaltungen unterteilten sich in 86 Fachgebiete. Die meisten Veranstaltungen fanden zu den Fachgebieten Innere Medizin (24%), Frauenheilkunde (7,8%), interdisziplinäre Themen (7,4%), sowie Themen zur Chirurgie und Psychiatrie (je 6,5%) statt.

In jedem Quartal des Jahres 2007 waren etwa gleich viele Fortbildungen angeboten worden. Jeweils zum Quartalsende häuften sich die Veranstaltungen. In den Sommermonaten Juli und August wurden die wenigsten Fortbildungen angeboten. Die prozentuale Verteilung der Fortbildungskategorien aller angebotenen Veranstaltungen des Jahres 2007 zeigten ein großes Angebot an Vorträgen (Kategorie A, 47,6%) und Workshops (Kategorie C, 49%). Außerdem gab es 1,5% curriculäre Fortbildungsmaßnahmen (Kategorie H), 14% Kongresse (Kategorie B) und nur 0,4% Interaktive Fortbildungen (Kategorie D).

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Analysen machen deutlich, dass die Berliner Ärzte dem Nachweis ihrer kontinuierlichen Fortbildung fleißig nachkamen. Dass dies jedoch bereits vor der Einführung der gesetzlichen Verpflichtung im Jahre 2004 so war, zeigten verschiedene Umfragen unter Ärzten aus den Jahren 1991 bis 2003. Die Auswertungen der Fortbildungspunktekonten bestätigten auch, dass der Besuch von Frontalveranstaltungen wie Vorträgen oder Kongressen (Kategorie A und B) neben dem Selbststudium nicht nur zu den von den Ärzten bevorzugten, sondern auch zu den überwiegend angebotenen Formen der Fortbildung gehörten (Ollenschläger et al., 1995; Gerlach et al. 1999; Kleine et al. 2000, Rohde et al., 2003). Verschiedene Untersuchungen zeigten andererseits, dass sich interaktive Kleingruppenarbeiten sowie die Teilnahme an curriculären Trainingskursen am effektivsten auf das ärztliche Handeln auswirken (Davis et al., 1992, Greco 1993). Veranstalter und Ärztekammern sollten daher verstärkt auf ein ausgewogenes Angebot an Fortbildungen dieser Art achten.

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die Fortbildungsthemen selbst. Durch eine reine Analyse der Fortbildungspunkte ist es nur schwer möglich, das Angebot an Fortbildungsthemen mit dem Bedarf zu vergleichen. Die signifikanten Unterschiede an bislang gesammelten Fortbildungspunkten deuten zumindest einen unzureichend abgedeckten Bedarf an fachlichen Fortbildungen in einigen Fachrichtungen an. Darüber hinaus bestimmen auch das individuelle Lernverhalten und die konkrete Praxissituation den Fortbildungsbedarf.

Daher könnte letztendlich nur eine direkte Befragung der Ärzte Aufschluss über die Zufriedenheit mit dem Spektrum an Fortbildungsthemen geben.

Die Literaturquellen erhalten Sie auf Anfrage bei der Autorin:

Franka Hierse, Dipl.-Stat. (FH), MPH
franka.hierse@web.de

Falsche Fährten

Aus Fehldiagnosen lernen

Die Hausärzte sind Avantgarde im Streben nach Qualitätssicherung, in der Entwicklung evidenzbasierter und doch praxisgerechter Leitlinien und der systematischen Fahndung nach eigenen Fehlern. Damit auch die Kollegen daraus lernen können, machen sie ihre Fehler und Beinahe-Fehler auch publik – auf doppelte Art: Zum einen im anonymen Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen (www.jeder-fehler-zaehlt.de), zum anderen sehr persönlich: in Vorlesungen und Vorträgen. Beim traditionellen Ärztekongress Berlin hatte schon vor Jahrzehnten ein süddeutscher Dozent für Allgemeinmedizin eigene Fehlerkasuistiken vorgestellt. Jetzt gestaltete Vittoria Braun, Vorstandsmitglied der ÄKB, zusammen mit ihren Mitarbeitern im Institut für Allgemeinmedizin der Charité einen höchst lebendigen Diagnosefehler-Workshop im Rahmen des 57. Ärztekongresses.

Ein 49-jähriger Patient klagt über Nackenschmerzen, aufgetreten plötzlich beim Tennisspielen. Der Hausarzt, chiropraktisch bewandert, hat ihn „eingrenkt“ und ein NSAR verordnet. Zunächst Besserung, dann aber kamen zu dumpfem Dauerkopfschmerz Übelkeit und Erbrechen hinzu, beim Aufstehen auch Sensibilitätsstörungen im rechten Arm. Tage später dachte der Hausarzt an einen Tumor, aber ehe er dem Verdacht nachgehen konnte, starb der Patient – an einer Subarachnoidalblutung. Weil der Schmerz nicht so stark war wie gewöhnlich bei dieser Hirnblutung, war der Arzt „auf falscher Fährte“. Dies war die erste Fallschilderung im gleichnamigen Workshop über Fehler in der hausärztlichen Praxis. Hausärzte haben's natürlich oft sehr schwer, die richtige Fährte zu finden – es hat sie ja noch keiner vorgespurt. Und viele Beschwerden sind zu 99 Prozent banal. Zum Beispiel „Nackenschmerzen“. So heißt die gerade erschienene 13. der evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien der „Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“. Da liest man: „Akute und subakute Nackenschmerzen sind ursächlich meistens ungeklärt und in weniger als ein Prozent der Fälle Zeichen einer gefährlichen Grundkrankheit (z.B. ZNS-Tumoren oder Infektionen, epidurale Hämatome, Arachnoidalblutungen, Aneurysmen und Dissektionen der A. vertebralis oder Carotis interna.“ Ausgerechnet zu diesem einen Prozent gehörte der Nacken-

schmerzpatient der beim Workshop geschilderten Kasuistik.

Immer alles aufschreiben!

Ein zweiter „Fehler-Fall“: In der überfüllten Notfallsprechstunde erscheint ein Patient mit Rachenschmerz und Schnupfen. Die sorgfältige körperliche Untersuchung ist unauffällig; mit der Diagnose „Viral Infekt“ und mit Paracetamol geht er nach Hause. Zwei Tage später ist er wieder da, mit Meningitis-Zeichen einschließlich Nackensteife. Die junge Assistenzärztin Lorena Dini, die nicht gleich beim ersten Mal die Meningitis erkannt hatte, bekommt Vorwürfe. Die Sache passierte in ihrer Heimat Uruguay. Ihr Glück: Sie hatte sogar nach Meningismus gefahndet (obwohl laut RKI nur ein Meningitisfall auf

100.000 Einwohner kommt), und sie hatte notiert: „Keine Nausea, kein Schwindel, keine Photophobie.“

Sie hat daraus gelernt und macht immer alle körperlichen Untersuchungen, aber keine Maximaldiagnostik: „Wenn wir die in allen Verdachtsfällen betreiben würden, hätten wir jetzt schon kein Geld mehr im System. Und ich schreibe immer alles auf.“ Eine Stimme aus dem Auditorium: „Das ist doch superkorrekt gelaufen!“ Alle Teilnehmer, auch die Bürokratie-Allergiker, begriffen, warum es so wichtig ist, selbst unter Zeitdruck immer ausführlich zu dokumentieren. „Die fehlende Dokumentation kann uns zum Fallstrick werden“, warnte Professorin Braun. Und sie mahnte ihre hausärztlichen Kollegen, nicht zu lange bei einem Konzept zu bleiben, wenn man nicht weiter kommt.

Aber wie findet man, zum Beispiel bei diffusen Magen-Darm-Beschwerden, den goldenen Mittelweg zwischen Unter- und Überdiagnostik? Eine Teilnehmerin: „Genau den einen herauszufischen, der die Hirnblutung oder das Magenkarzinom hat, ist sehr schwierig. Man kann nicht jeden wegen Kopfschmerz zum MRT und jeden wegen Bauchschmerzen zur Gastroskopie schicken.“ Hausärzte wissen noch, dass der Löwenanteil der Diagnose ohnehin durch Anamnese und körperliche Untersuchung zustande kommt; aber die müssen sorgfältig sein. Die Allgemeinmedizinerin Braun kam auf ein Beispiel aus ihrer pädiatrischen Weiterbildung zurück, nachzulesen auch in der Broschüre des

ANZEIGE

Aktionsbündnis Patientensicherheit „Aus Fehlern lernen“:

„Keine Diagnose durch die Hose“

Erkältungs-Hochsaison, Wartezimmer voller schniefender Kinder. Eine Mutter berichtet, ihr Baby sei so unruhig und weine so oft. Aber außer einem geröteten Hals ergibt die körperliche Untersuchung keinen Befund. Verdachtsdiagnose: Beginnender grippaler Infekt. Schon an der Tür, dreht die Mutter sich um und sagt: „Aber er weint doch so sehr!“ Da wird der erfahrene Pädiater von nebenan (das war noch in der Köpenicker Poliklinik) hergebeten. Der streift dem Säugling das Windelhöschen ab, das die junge Kollegin nur ein bisschen hinuntergeschoben hatte, und sieht einen eingeklemmten Leistenbruch – „wie eine knallige Kastanie“, sagt Vittoria Braun, und sie liefert auch gleich die Moral von der Geschichte: „Keine

Diagnose durch die Hose!“ Vor allem dann nicht, wenn die Anamnese an der Sprachlosigkeit der Patienten scheitert, wie außer bei kleinen Kindern auch bei sprachunkundigen Ausländern.

So war es bei einem 50-jährigen Mann, der blass, schnell atmend und mit der Hand auf dem Herzen in die Praxis kam, berichtete Veronika Rufer, und kein Wort außer Arabisch sprach. Er war leicht tachykard, das EKG wies aber nicht auf etwas Akutes hin. Einweisung mit Verdacht auf instabile Angina pectoris. Eine dolmetschende Schwester in der Klinik verhalf schnell zur richtigen Diagnose: Der Mann hatte sich beim Holzhacken die Schulter ausgerenkt; die Beschleunigung des Herzrhythmus war nur Folge der starken Schmerzen, legte aber eine falsche Fährte.

Auf die richtige Spur führt manchmal auch ein Hausbesuch – wie bei der jungen Frau mit extremem Gewichtsverlust und

Amennorrhoe, wofür sich trotz aller Untersuchungen keine Ursache fand. Nun berichtete der Ehemann, sie sitze manchmal stundenlang nur so am Fenster und weine oft. – Die Patientin hatte eine larvierte Depression und blühte unter der antidepressiven Behandlung sichtlich auf.

„Solche Veranstaltungen machen wir auch für unsere Studenten“, teilte Christoph Heintze mit, „und wir sagen ihnen auch, dass die Patienten meist Verständnis haben, wenn man einen Fehler offen zugibt“. Aus den wenigen Studien über Fehler in der ambulanten Versorgung geht hervor, dass meist Organisations- oder Kommunikationsmängel dahinter stehen, die oft zu ganzen Ketten von Fehlern führen. Nur ein kleiner Prozentsatz entsteht durch Wissensdefizite. Und die meisten Fehler wären vermeidbar.

Rosemarie Stein

Rezept zum Überleben

Unbedingt empfehlenswert: Bernard Lowns zweiter Memoirenband

Der große amerikanische Kardiologe Bernard Lown, 88, aber quicklebendig, war hier in Berlin eindrucksvoll leibhaftig zu erleben. Er kam aus doppeltem Anlass: Zum 25-jährigen Jubiläum der IPPNW-Benefizkonzerte (s. BERLINER ÄRZTE 11/09) und zur Vorstellung seines zweiten, faszinierend zu lesenden Memoirenbandes.



Dr. Bernard Lown

Lowns erstes autobiographisches Buch, „Die verlorene Kunst des Heilens – Anleitung zum Umdenken“ (deutsch 2002 bei Schattauer) dürfte eines der Lieblingsbücher

vieler Ärzte geworden sein. Den zweiten Erinnerungsband, „Ein Leben für das Leben – Ein Arzt kämpft gegen den atomaren Wahnsinn“ hat der Erfinder des lebensrettenden Defibrillators, Bernard Lown, ebenfalls primär als Arzt geschrieben. Die Originalausgabe heißt „Prescription for

Survival“. Den drohenden plötzlichen Atomtod der Menschheit vergleicht er mit dem plötzlichen Herztod. Also Politik als Medizin im Großen im Sinne Virchows. Immer wieder weist Lown darauf hin, dass durch das kostspielige Wettrüsten die Atombomben auch töten, ohne zu explodieren, weil dadurch die Mittel für Armutsbekämpfung und Gesundheitsversorgung fehlen.

Den Gründer der „International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) hatte die deutsche Sektion nach Berlin eingeladen. In der Einführungsrede zur Lesung aus dem neuen Buch machte das erste deutsche IPPNW-Mitglied, der bekannte Internist Ulrich Gottstein, Lust aufs

Lesen: „Die Lektüre von Lowns Memoiren ist nicht nur *spannend, bewegend, erheiternd* und *informativ*, sondern auch *lehrreich*...“ *Erheiternd?* Bei diesem Thema, dem drohenden Selbstmord unserer gefährdeten Art? In der Tat: Dank Lowns Erzähltemperament, sprühendem Witz, anschaulichen Detailschilderungen und Sinn für Situationskomik liest sich das erstaunlich unterhaltsam. Spannend, wie der Autor uns an seinen dank Chuzpe erwirkten Gesprächen mit Ärzten und Politikern hinterm eisernen Vorhang mitten im Kalten Krieg teilhaben lässt; bewegend die Schilderung des Besuchs im litauischen Stetl seiner Kindheit, unter dessen jüdischen Einwohnern seine Familie durch die Emigration in die USA fast als einzige überlebte; erheiternd so manche Szene aus der alten Sowjetunion.

Informativ und lehrreich ist das Buch nicht zu knapp! Man erfährt sehr viel über die IPPNW und ihre bewegten ersten fünf Jahre, von der Gründung 1981 bis zur Verleihung des Friedensnobelpreises, den Bernard Lown und sein Ko-Präsident, der führende russische Kardiologe Jewjenyi Tschasow 1985 entgegennahm – unter

wütenden Protesten westlicher Kalter Krieger gegen die Ehrung von Leuten aus dem „Reich des Bösen“ und jenen, die sich mit ihnen einließen. Lown im Prolog seines Buchs: „Den Frieden erhält nicht, wer nur mit Freunden spricht. Man muss mit dem Feind reden.“

Und man erfährt viel über die wenig bekannte Vorgeschichte: Schon 1962 hat Lown die amerikanische Vereinigung „Physicians for Social Responsibility“ gegründet. (Die deutsche IPPNW-Sektion mit ihren jetzt 8000 Mitgliedern nennt sich „Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung“.) Keimzelle war ein Dutzend Harvard-Kollegen, die zusammen eine

Reihe wissenschaftlicher Beiträge über „Die medizinischen Konsequenzen des Atomkrieges“ verfassten. Unter diesem Titel erschienen sie am 31. Mai 1962 als Themenschwerpunkt der angesehensten medizinischen Zeitschrift, des „New England Journal of Medicine“.

Auf den jährlichen Weltkongressen der IPPNW sprachen auch politische Befürworter vertrauensbildender Maßnahmen und des Wandels durch Annäherung, zum Beispiel der damalige Kanzler und spätere Friedensnobelpreisträger Willi Brandt, 1985. Und im selben Jahr redete Gorbatschow (auch ein späterer Friedensnobelpreisträger) drei Stunden lang mit Lown, der ihn bat, das – einseitige! – Atomtest-

moratorium seines Landes zu verlängern. Gorbatschow tat es, und vier Wochen später forderte er die Beseitigung aller Atomwaffen bis zum Jahr 2000 – vergeblich: Auch nach dem Ende des Kalten Krieges sind die Arsenalen übervoll von ihnen. Aber nun fordert Obama ihre weltweite Abschaffung und bekam gleich dafür den Friedensnobelpreis. – Die Ärzte waren Avantgarde.

Rosemarie Stein

Bernhard Lown „Ein Leben für das Leben“. Ein Arzt kämpft gegen den atomaren Wahnsinn, Academia-Verlag, Sankt Augustin 2009, 438 Seiten, Gebunden, 28,50 Euro, Bestellen auf: <http://shop.ippnw.de>

Wolfgang Presber zum 90ten



Foto: privat

Am 16. Oktober 2009 beging Prof. Dr. med. Wolfgang Presber seinen 90. Geburtstag. Er hat als Facharzt für Orthopädie bereits in den 50er Jahren in

Berlin mit der Rehabilitation von Patienten, die an den Folgen von Poliomyelitis oder

Knochtuberkulose litten, begonnen. Er etablierte die Arbeitstherapie und später als FA für Sportmedizin die Schwimm- und Sporttherapie.

In all den Jahren, bis zu seinem Ausscheiden aus dem Beruf 1985, hat er die Entwicklung der Rehabilitation in der DDR vorangetrieben und wesentlich mitbestimmt.

Aus der Klinik für Orthopädie und Rehabilitation wurde das Rehabilitationszentrum Berlin-Buch, das für verschiedene Aufgaben Leiteinrichtung der DDR war.

Wolfgang Presber war Gründungsmitglied der Gesellschaft für Rehabilitation in der DDR und zeitweise deren Vorsitzender.

Auf seine Anregung etablierte die Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR einen Lehrstuhl für Rehabilitation, den er seit 1972 als Honorarprofessor innehatte.

Heute lebt Wolfgang Presber bei seiner Familie in Kapstadt. Sein derzeitiger Aufenthalt in Berlin ist Anlass eines Treffens mit ihm, ehemaligen Mitarbeitern und Weggefährten, auf das sich alle sehr freuen.

Wir gratulieren ihm nachträglich sehr herzlich und wünschen ihm alles Gute.

Prof. Dr. med. Christa Seidel

Die Praxis zukunftsfähig machen

Sondergutachten des Sachverständigenrats

Da empfehlen Experten, die ganze medizinische Versorgung umzukrempeln – und keiner hört hin. Da wird zum Beispiel das nahe Ende der Einzelpraxis eingeläutet – und in der Ärzteschaft bleibt alles ruhig. Das im Frühsommer vorgelegte Sondergutachten 2009 des „Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ mit dem Titel „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ wurde so gut wie gar nicht diskutiert. Im Herbst haben deshalb die sieben „Gesundheitsweisen“, darunter drei Ärzte, ihr zäh zu lesendes 900-Seiten-Opus (auch die Kurzfassung hat noch 184 Seiten) noch einmal persönlich in Berlin erläutert.

Der einsame Einzelkämpfer in seiner Praxis kann's nicht mehr schaffen. Er kommt aus dem Hamsterrad kaum noch raus. „An einem beliebigen Montag sind acht Prozent der deutschen Bevölkerung beim Arzt“, sagte einer der Sachverständigen, Ferdinand M. Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt/Main. Mit 18 Arztkontakten pro Person und Jahr sind wir Spitze, und trotz der zehn Euro „Eintrittsgeld“ stieg die Frequenz in den letzten vier Jahren noch an: um sieben Prozent. Dafür sind bei uns die Konsultationszeiten um fast ein Drittel kürzer als im europäischen Durchschnitt, womit wir das Schlusslicht sind.

Die Zahl der Hausärzte geht bedenklich zurück, und „der medizinische Nachwuchs ist weiblich“ (zu 70 Prozent), sagte Gerlach. Ärztinnen bevorzugen wegen ihrer Familienpflichten Fächer mit geringerer

Belastung, neigen zur Teilzeitarbeit und zur Anstellung, scheuen die Risiken von Investitionen, sind weniger bereit zu dauerhaften Bindungen an einen Ort und bevorzugen die Stadt. Schon heute nimmt der Ärztemangel in strukturschwachen ländlichen Gegenden gefährliche Ausmaße an.

Das ist aber nur die quantitative Seite des Defizits. Ein Hausarzt brauche einen 18-Stunden-Tag (manche dürften nahe dran sein), um auch qualitativ die von den Sachverständigen ausgearbeiteten Anforderungen zu erfüllen. Schon deshalb werde derzeit „durchschnittlich weniger als die Hälfte einer evidenzbasierten Versorgung tatsächlich realisiert“, liest man im letzten, dem wichtigsten (und im Zentrum unseres Berichtes stehenden) Kapitel, in dem die Experten ihr Zukunftskonzept vorstellen. Welche Anforderungen an das ganze

Gesundheitswesen künftig gestellt werden, beschreiben und begründen die vorangehenden Kapitel. Hier nur soviel:

Chronisch Kranke im Mittelpunkt

In einer immer älter werden Bevölkerung steigt bekanntlich die Zahl der chronisch und mehrfach Kranken. Unser Versorgungssystem, noch immer vorwiegend auf Akutpatienten eingestellt, hinkt dieser Entwicklung hinterher. Und es lässt an Effektivität und an (ökonomischer) Effizienz vor allem deshalb zu wünschen übrig, weil es allenthalben an Koordination fehlt. Die Sachverständigen sehen die „mehrdimensionale Koordination“ als das „leitende Prinzip einer zielorientierten künftigen Gesundheitsversorgung“, die in guter Qualität auch in ländlichen Regionen gesichert sein soll.

Gefordert wird eine Versorgung, die allen regionalen Besonderheiten und jeder Altersgruppe mit ihren spezifischen somatischen und psychischen Gesundheitsproblemen gerecht wird. In Deutschland wächst zum Beispiel jedes fünfte Kind mit besonderen (vor allem psychosozialen) Belastungen auf, also mit erhöhten Gesundheitsrisiken. Hier ist Prävention gefragt! Ein spezielles, im Gutachten thematisiertes Problem, der schwierige Übergang chronisch kranker Jugendlicher von der kinderärztlichen in die Erwachsenenversorgung, hat BERLINER ÄRZTE schon in Heft 9/2009 (S. 22/23) aufgegriffen. Doch als größte Herausforderung stellt sich die angemessene Versorgung der alten multimorbiden Patienten dar.

Wie macht man's denn im Ausland?

Aufgaben genug für die Grundversorgung durch den Hausarzt, dessen Schlüsselposition für das gesamte Gesundheitswesen das Gutachten besonders hervorhebt. Die Sachverständigen haben viele Konzepte für eine gute Gesundheitsversorgung aus aller Welt analysiert und die wichtigsten (samt ihren Risiken) am Beispiel der Primärversorgung dargestellt – als Grundlage für ihr „Zukunftskonzept

ANZEIGE

einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug“. Zunächst stellten sie jene Grundzüge zusammen, die allen diesen Konzepten gemeinsam sind:

- + Orientierung an der veränderten Morbidität (Überwiegen chronischer Krankheiten) und an den veränderten Erwartungen der Patienten;
- + Notwendigkeit nicht nur punktueller, sondern systematischer Reformen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens;
- + Koordination der Versorgung über deren verschiedene Stufen hinweg gemäß den gesundheitlichen Bedürfnissen der Patienten;
- + eine gute Primärversorgung als Grundvoraussetzung integrierter Versorgungsmodelle.

Was die Beziehung zum Patienten betrifft, so stimmen alle diese Modelle in drei Punkten überein: Die Kontinuität der persönlichen Arzt-Patient-Beziehung muss unbedingt erhalten bleiben, die Patientenpräferenzen sollten stärker berücksichtigt und Entscheidungen partnerschaftlich getroffen werden, wie überhaupt die Patienten aktiv am Behandlungsprozess zu beteiligen sind.

Auch im Organisatorischen stimmen die internationalen Modellkonzepte weitgehend überein: Die Praxen müssen größer werden (bis zu zehn Hausärzte schließen sich zusammen), die Fachangestellten brauchen bestimmte Qualifikationen, um mehr Aufgaben übernehmen zu können, damit den Ärzten Zeit fürs Wesentliche bleibt. Anzustreben ist eine stärkere Patientenbindung (Einschreibsystem). Die Vergütung setzt sich zusammen aus einer Pauschale („Capitation“) sowie Zuschlägen für nachgewiesene Versorgungsqualität und für zu fördernde Einzelleistungen (wie Prävention, Hausbesuche).

Hausarzt- wird „Primärversorgungs“-Praxis

Aus den international gewonnenen Erkenntnissen und Erfahrungen kondensierten die Sachverständigen den Vorschlag einer wohnortnahen Primärversorgungspraxis „für eine zukunftsorientierte, generationengerechte Grundversorgung“ in Deutschland. Dieses Modell, das bewusst viel Spielraum für Varianten bietet, will einerseits die veränderten Motive und Interessen des ärztlichen Nachwuchses berücksichtigen, andererseits die Hauptzüge hausärztlicher Versorgung (persönliche Arzt-Patient-Beziehung!) bewahren. Die kleinere Hausarztpraxis soll zur größeren und leistungsfähigeren „Primärversorgungspraxis“ werden, in der eine „strukturierte und differenzierte Planung der Versorgung“ und eine stärkere Aufgabenteilung innerhalb des Praxisteam möglich ist.

Zu den hierfür genannten Beispielen gehören: Die nachhaltige Langzeitversorgung der Diabetiker (mit programmiertem Wiedereinbestellen zu Kontrollen und Erinnern z.B. an eine fällige Augenhintergrunduntersuchung), das systematische Einladen zu Impfungen oder die Planung präventiver Hausbesuche, etwa, um alte chronisch Kranke vor der Einweisung zu bewahren. Möglich wären von einer bestimmten Praxisgröße an auch getrennte Sprechstunden für akut und für chronisch Kranke, Präventionssprechstunden und – im Verbund mit den nötigen Angeboten unterm selben Dach.

Für die Prävention und die nachhaltige Langzeitversorgung nach den individuellen Bedürfnissen der chronisch Kranken ist die eindeutige Zugehörigkeit zu einer Praxis erforderlich; das heißt, die Versicherten sollten sich nach freier Wahl in einer Primärversorgungspraxis einschrei-

ben. Der Sachverständigenrat befürwortet auch das „Gate keeping“, das heißt, der Weg zum Spezialisten sollte immer über den Hausarzt führen, weil sonst keine Koordination der Versorgung (besonders chronisch Kranker) möglich ist.

Keine Reform ohne Nutzenachweis!

Als Vergütung wird eine (risikoadjustierte) Kopfpauschale – „Capitation“ – mit Boni vorgeschlagen, zum Beispiel für vermiedene Einweisungen oder messbare Qualitätsverbesserungen. Der Gefahr von Patientenselektion, Leistungsverweigerung und Versorgungsmängeln sollte vor allem durch Qualitätssicherung, Transparenz und Stärkung der Patientenrechte entgegen gewirkt werden.

Die Risiken der Verschlechterung sind vor allem aus amerikanischen Managed Care-Modellen bekannt, weshalb die Sachverständigen deren ungeprüfte Übernahme nicht empfehlen, wohl aber eine bessere Koordination über traditionelle Sektorengrenzen (Hausarzt-Spezialist-Klinik) hinweg.

Dieses Sondergutachten enthält viele Konzeptvarianten und Details, und es schlägt grundlegende Veränderungen des Gesundheitswesens vor – um seiner Zukunftsfähigkeit und Finanzierbarkeit willen. Der Sachverständigenrat (der schon früher eine intensiviertere Versorgungsforschung forderte) besteht aber darauf, dass alle neuen Versorgungsmodelle wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden müssen. Hoffentlich hört die Politik in diesem Punkt auf ihre Berater. Pfusch hatten wir bei „Gesundheitsreformen“ schon mehr als genug.

Rosemarie Stein

WEIHNACHTEN! ARZTGESCHICHTEN!

Liebe Leserin, lieber Leser, bitte erlauben Sie mir, dass ich Ihnen eine Lektüre ans Herz legen möchte. Die „Arztgeschichten“ von Michail Bulgakow sind wieder in deutscher Sprache erschienen. Bulgakow beschreibt hier autobiographisch seine Erfahrungen als frisch gebackener Landarzt, der von der Uni kommend die Alleinverantwortung für eine gesamte Region übernimmt. Mit welchen Ängsten, mit welchen Tricks er sein Überleben und das seiner Patienten si-

chert, wie er sich vom unsicheren Anfänger hin zum erfahrenen Kollegen entwickelt, für den das ärztliche Handwerk inzwischen zur Routine geworden ist und der sich mit Nachdruck und großem Einfühlungsvermögen um die seelischen und sozialen Hintergründe der Krankheit seiner Patienten zu kümmern weiß, davon handelt das Buch. Es ist anschaulich und liebevoll geschrieben wie kein Zweites in der Weltliteratur. Viele von uns werden sich in diesen Geschichten wiederfinden.

Jeder, der gerne wissen möchte, was in einem Arzt vorgeht, der mit seinem Beruf anfängt, gewinnt durch dieses Buch wertvolle und kluge Einblicke. Die Seele des Arztes und des Arztberufes wird sichtbar.

Und für 8,- Euro bekommt man ein Taschenbuch, das einen viele Jahre, wenn nicht gar ein Leben lang begleiten wird. Dem Verlag, Sammlung Luchterhand, sei für die Wiederauflage gedankt!

Dr. med. Günther Jonitz

„Das Ende meiner Sucht“

Dr. Olivier Ameisen: Das Ende meiner Sucht, Verlag Antje Kunstmann München, aus dem Englischen in deutscher Übersetzung erschienen im September 2009, ISBN 978-3-88897-585-1, 19,90 Euro.

Dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2009 zufolge konsumieren 9,5 Millionen Menschen in Deutschland Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Etwa 1,3 Millionen Menschen gelten als alkoholabhängig.

Soweit die aktuellen Zahlen und Fakten in Deutschland. Nun ist im September 2009 das Buch von Dr. Olivier Ameisen mit dem Titel „Das Ende meiner Sucht“ in deutscher Übersetzung erschienen. „Ein Buch, das das Leben von Süchtigen und ihren Angehörigen verändern könnte“, wird das autobiografische Protokoll gelobt. Der Kardiologe Olivier Ameisen, geboren 1953 in Paris, war der Leibarzt des französischen Premierministers, bevor er 1983 nach New York zog, wo er am New York Hospital and Cornell University Medical College zu arbeiten begann. Heute lehrt er als Gastprofessor an der State University of New York, lebt in Paris und New York.

Ameisens Buch schildert die Geschichte eines Mannes, dessen Eltern, polnische Juden, Arbeitslager und Auschwitz-Birkenau

überlebten. Es beschreibt seinen Kindheitstraum von einer Karriere als Pianist, der dann jedoch in die Entscheidung, Medizin zu studieren übergeht. Ein Medizinexamen „war wie ein Pass für einen Juden, eine Qualifikation, die er immer bei sich tragen konnte“. Ameisen ist intelligent, begabt, erfolgreich – aber immer und überall bewohnt von der Angst, „nicht gut genug und ein Hochstapler zu sein“. Nehmen ihm als Student an der medizinischen Fakultät Medikamente die Angstgefühle und die Schlaflosigkeit, wird es mit über 40 als Arzt mit eigener Praxis der Alkohol sein, „die einzige Droge, die mir Erleichterung verschaffte“.

Es folgen Jahre und Buchseiten über zwei grundsätzlich verschiedene Seinsformen des Autors: dem nüchternen und dem alkoholisierten Zustand. Gezeichnet wird das Leben eines Suchtkranken, bestimmt durch den Kreislauf von Entzug, Therapie, Selbsthilfegruppen, Rückfall etc.

Das ist die eine Geschichte des Buches. Die andere: der Autor von „Das Ende meiner Sucht“ ist nicht nur ein Suchtkranker, sondern ein Arzt, der – wie auf dem Cover angekündigt wird – eine „aufsehenerregende Entdeckung“ gemacht hat, die die Behandlung von Alkohol- und Suchtkranken revolutionieren kann und schon jetzt

Hunderttausenden von Betroffenen und ihren Angehörigen neue Hoffnung gibt“. Ameisen testet in einem Selbstversuch das Medikament Baclofen (mehr siehe Interview mit PD Dr. Tom Bschor), mit dem Erfolg, trocken zu werden. Ameisen gibt seinem Leser einige Hinweise: Das Buch sei kein Ratgeber und keine Anleitung zur Selbstbehandlung, Betroffene sollen sich qualifizierte medizinische Beratung und Betreuung suchen, Baclofen ist ein verschreibungspflichtiges Medikament, dass nur nach Verordnung und unter Kontrolle eines entsprechend geschulten Arztes eingenommen werden soll. Aber welches Gewicht ist dem beizumessen, wenn der Arzt und Autor zugleich schreibt, dass Baclofen auch gegen Krankheiten wie Bulimie und andere Suchtkrankheiten wie Rauchen geholfen habe?

Eine klinische Studie, die die entsprechende Wirksamkeit von Baclofen belegt, liegt derzeit nicht vor. Insofern wäre es für Alkoholsüchtige, deren Angehörige und die Ärzte wünschenswert, dass Ameisens Behauptungen wie „Die Heilung erfolgte bisweilen binnen Tagen und mühelos“ nach den geltenden Regeln und den ethischen Grundsätzen zeitnah in einen wissenschaftlich überprüfbareren Kontext gestellt werden. Laut Drogen- und Suchtbericht 2009 sterben in Deutschland jedes Jahr über 70.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs.

Ulrike Hempel



INTERVIEW

mit PD Dr. med. Tom Bschor, Chefarzt der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Jüdischen Krankenhauses, ab 1.1.2010 Chefarzt der Abteilung Psychiatrie der Schlosspark-Klinik, Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

BERLINER ÄRZTE: Das Buch „Das Ende meiner Sucht“ von Dr. Olivier Ameisen bekommt gute Presse. Wie werten Sie die positive Aufnahme?

„Trocken werden geht nur mit Einsatz“

Zur Rezension „Das Ende meiner Sucht“ von Dr. Olivier Ameisen

Bschor: Als völlige Überschätzung dessen, was wir wissen. Ein einzelner Fallbericht wie der von Herrn Ameisen kann nicht belegen, ob Baclofen wirklich eine Hilfe für Alkoholranke ist. Es gibt viele Menschen, die es schaffen, auch ohne Medikamente trocken zu werden. Wir wissen aus Studien zur Alkoholabhängigkeit mit Placebokontrolle, dass es auch in der Gruppe, die das Scheinmedikament erhalten hat, zahlreiche Teilnehmer schaffen, trocken zu werden. Die Tatsache, dass es Ameisen gelungen ist, muss noch kein Beweis dafür sein, dass Baclofen dabei geholfen hat. Insofern kann man das Buch „Das Ende meiner Sucht“ nur als Anregung verstehen, eine große Studie aufzulegen, in der man Baclofen gegen Placebo kontrolliert untersucht.

BERLINER ÄRZTE: *Beruh die Aufmerksamkeit, die das Buch erfährt, vielleicht daher, dass ein Arzt über seine Sucht schreibt?*

Bschor: Das ist mit Sicherheit ein Aspekt, der dieses Buch auf eine gewisse Art spektakulär macht. Aber interessant ist vor al-

lem, dass die Botschaft von „Das Ende meiner Sucht“ ein typisch süchtiger Wunsch ist: Nämlich der von einer Zaubertablette, die man einnimmt und schon sind alle Probleme gelöst. Das entspricht dem süchtigen Heilmuster. Es geht mir nicht gut, also nehme ich etwas ein und schon geht es mir besser. Bei Alkohol werde ich ruhig und kann schlafen, bei Drogen kann ich mein Empfinden steuern. Nun habe ich aber leider ein Suchtproblem. Süchtiges Denken wünscht sich jetzt etwas zum Runterschlucken, das umgehend von dem Suchtproblem befreit. Genau darin sehe ich eine Gefahr, die das Buch auch Dank der breiten Rezeption in der Presse verbreitet. Es ist nun einmal so, dass Suchttherapie unvermeidlich therapeutische Arbeit, Gruppenarbeit, mühsame Auseinandersetzung mit den Suchtmustern und vieles mehr beinhaltet. Von einer mühelosen Heilung binnen weniger Tage kann keine Rede sein. Darum wird Ameisens Buch begierig aufgenommen: Es bedient die Hoffnung und gibt das

Versprechen, man könne sich diesen ganzen beschwerlichen Weg der Suchttherapie ersparen. Wenn man Baclofen schluckt, dann wird alles wieder gut. Das sind Heilserwartungen, die sich vermutlich in der Praxis nicht werden erfüllen lassen.

BERLINER ÄRZTE: *Halten Sie es für problematisch, dass der Autor des Buches Arzt ist?*

Bschor: Man muss auf jeden Fall darüber diskutieren, wie verantwortungsbewusst das ist. Natürlich macht es einen gehörigen Unterschied, ob ein Laien-Betroffener über die Alkoholsucht und die entsprechende Therapie schreibt oder ein betroffener Arzt. Bei allen Krankheiten, die mit viel Leid für den Betroffenen und deren Angehörigen verbunden sind und bei denen bisher nur unbefriedigende Therapien zur Verfügung stehen, gibt es beschwörende Einzelberichte, die auf unterschiedlichste Art und Weise Erfolge erzielt haben.

Die Frage ist daher, inwieweit Ameisen mit seiner Autorität als Arzt dazu beiträgt, dass Baclofen ungeprüft und natürlich Off-Label für die Indikation Alkoholsucht verordnet wird. Das Phänomen wird es mit Sicherheit geben, gerade wenn das Buch so breit rezipiert wird. Wir sollten unbedingt beobachten, inwieweit Patienten ihre Ärzte drängen, dieses Medikament zu verschreiben, Baclofen ist ja rezeptpflichtig. Interessant wird sein, ob die Verordnungszahlen von Baclofen messbar ansteigen. Das wird der Arzneimittelreport nächstes Jahr zeigen.

BERLINER ÄRZTE: *Bei welcher Indikation wird Baclofen eingesetzt?*

Bschor: Baclofen ist ein Wirkstoff zur medikamentösen Behandlung von Spastiken (Antispastikum), dafür ist es zugelassen. Es könnte durchaus, das will ich gar nicht in Abrede stellen, auch ein interessantes Medikament für die Indikation Alkoholsucht sein, was jedoch künftig erst noch wissenschaftlich untersucht werden sollte. Es gibt einige Fragen, die nicht geklärt sind.

Baclofen wirkt darüber, dass es im zentralen Nervensystem wie Gamma-

Aminobuttersäure (GABA) wirkt, der wichtigste entspannende Neurotransmitter. Deswegen entspannt Baclofen auch die Muskulatur. Vom zentralen Nervensystem aus wird an die Muskulatur der Impuls der Anspannung verringert. Verstärkt man GABA, wirkt es also gegen die Spastik. Das ist deswegen für die Sucht durchaus interessant, weil die meisten Suchtstoffe einschließlich Alkohol und Benzodiazepinen ebenfalls GABA-verstärkend wirken. Es ist letztlich ein Eingriff in das gleiche Neurotransmitter-System. Insofern kann man sich vorstellen, dass Baclofen potenziell durchaus eine Wirkung hat auf diese Süchte. Jedoch fragt man sich, warum Baclofen selbst nicht abhängig macht, wenn es doch die gleiche Wirkung hat wie Alkohol etc. Denn alles, was sonst GABA-verstärkend wirkt, hat ein Abhängigkeitsrisiko.

Der Unterschied zwischen Alkohol und Baclofen ist wahrscheinlich – und deshalb bezweifle ich auch, dass es letztlich wirklich für die Suchtbehandlung geeignet ist – dass Baclofen nur in sehr geringen Mengen ins Gehirn aufgenommen wird. Es kann die so genannte Bluthirnschranke nur sehr schlecht passieren. Deswegen macht es nicht abhängig. Es wirkt überwiegend am Rückenmark. Das reicht völlig aus, um die Wirkung auf die Spastik zu erzeugen.

Um aber bei Sucht zu helfen, müsste Baclofen schon im Gehirn wirken, denn die Alkoholwirkung entsteht im Gehirn. Nach meinem Verständnis reicht eine Wirkung am Rückenmark nicht aus. Deswegen habe ich Zweifel, ob sich in einer großen Studie die Wirkung von Baclofen bei der Alkoholsucht bestätigen lassen würde.

BERLINER ÄRZTE: *Wie werden sich die Ärzte gegenüber den Patienten verhalten, die Baclofen fordern?*

Bschor: Ich denke, das hängt sehr stark vom Arzt ab. Wir wissen aus unserer Erfahrung in der Suchtbehandlung, dass Ärzte mit dem Drängen der Patienten unterschiedlich umgehen. Es gibt Kollegen, die sich klar an die ärztlichen Regeln halten und Medikamente inner-

halb der Zulassung verordnen und innerhalb dessen, was in Studien belegt ist. Aber wir wissen sehr gut, dass suchtkranke Patienten zum Teil massiv Druck ausüben und ihre Ärzte manipulieren können. Und natürlich geben dem einige Ärzte dann nach und verordnen das Medikament außerhalb der Zulassung und außerhalb von Belegen. Einem Teil der Alkoholabhängigen wird es sicherlich gelingen, Ärzte zu finden, die ihnen Baclofen verschreiben.

BERLINER ÄRZTE: *Wo können sich Ärzte über Baclofen informieren?*

Bschor: Bei der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft unter www.akdae.de. In dem Buch „Arzneiverordnung“ findet sich auch ein Eintrag zu Baclofen, wobei speziell zu „Baclofen und Sucht“ noch keine Angaben zu finden sind. Denn es gibt meines Wissens nach aktuell keine Placebo-kontrollierte Studie, die Baclofen für die Alkoholkrankheit kontrolliert hätte. Das steht künftig gegebenenfalls an.

Aber so lange keine seriösen Ergebnisse vorliegen, sollte man Baclofen außerhalb von Studien nicht zur Suchtbehandlung verschreiben. Fallberichte wie etwa der von Ameisen nützen nichts, denn ohne Placebo-Kontrolle kann man nichts belegen. Betroffenen Patienten empfehle ich, sich an die etablierten Suchtberatungsstellen zu wenden und den üblichen und bewährten Weg der Suchtbehandlung einzuschlagen. Im Übrigen gilt zu bedenken, dass es bereits Medikamente gibt, die für die Alkoholabhängigkeit untersucht und zugelassen sind und deren Wirkung belegt ist, zum Beispiel Acamprosat (Campral®).

Man muss betroffenen Alkoholsüchtigen sagen, dass man trocken werden kann. Es gibt gute Wege, aber keiner davon ist mühelos, noch schafft man es in wenigen Tagen. Trocken werden geht nur mit Einsatz und damit, sein Leben ein Stück weit zu ändern, darum kommt kein Süchtiger herum.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Ulrike Hempel.

Carus: Arzt, Forscher, Künstler

Zur großen Berliner Ausstellung

Kunstfreunde kennen ihn als romantischen Landschaftsmaler. Ärzte wissen außerdem, dass die Dresdener Medizinische Fakultät nach diesem „Schutzpatron“ genannt wurde, der in Sachsen fast sechs Jahrzehnte lang ärztlich und wissenschaftlich tätig war. Manchen ist auch bekannt, dass Thure von Uexküll 1987 die „Carl Gustav Carus-Stiftung für psychosomatische Forschung“ gründete. Denn Carus (1789-1869) stand zwar auf der Höhe der naturwissenschaftlich fundierten Medizin seiner Zeit, aber seine Sicht des Patienten würden wir heute „biopsychosozial“ nennen. Überdies gilt er als früher Pionier der Tiefenpsychologie. Sein 1846 publiziertes Werk „Psyche“ beginnt mit dem Satz: „Der Schlüssel zur Erkenntnis vom Wesen des bewussten Seelenlebens liegt in der Region des Unbewusstseins“.

Auf dem hier abgebildeten Selbstportrait wirkt Carus noch sehr jung; er war aber 33, als er es zeichnete. Mit 22, wirklich noch blutjung (aber schon Vater) promovierte er, nach naturwissenschaftlichem Medizinstudium in seiner Vaterstadt Leipzig, erst an der Philosophischen und dann an der Medizinischen Fakultät (mit einer lateinischen Dissertation über schwere Geburtswehen). Zwischendurch schrieb er auch noch seine Habilitationsschrift (über kein geringeres Thema als das Wesen des Lebens) und begann mit Vorlesungen über vergleichende Anatomie. Schon früh hatte er sehr systematisch und so gut zeichnen gelernt, dass er seine zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen selbst illustrieren konnte.

Als das Selbstbildnis 1828 entstand, war der junge Carus bereits mitten in seiner höchst erfolgreichen Laufbahn als Arzt und Hochschullehrer. Schon in seinem dritten Leipziger Jahr als Geburtshelfer, Armenarzt und Dozent erhielt er zwei Rufe, aus Dorpat und aus Dresden. In dieser kulturell so lebendigen Residenzstadt

blieb er, alle weiteren Rufe ablehnend, sein Leben lang; zunächst als Professor für Geburtshilfe und Leiter des Entbindungsinstituts der (1815 aus einem Provisorium entstandenen „Königlich-Sächsischen Chirurgisch-Medizinischen Akademie“), seit 1827 auch als einer der Leibärzte des Königshauses.



Schon in jungen Jahren war der äußerst vielseitige und produktive, unermüdlich publizierende Carus auf dem besten Wege, der letzte Universalgelehrte des 19. Jahrhunderts zu werden. Und nicht nur das. „Gipfel der Wissenschaft“ war für ihn die Kunst. Als Maler (nicht als Zeichner) Autodidakt, konnte er dennoch schon 1816 erstmals mit vier Bildern an der Dresdener Akademie-Ausstellung teilnehmen. Gemalt hat er immer nur nebenbei, und doch galt er den Zeitgenossen als seinem Freunde Caspar David Friedrich ebenbürtig. Aber selbst die Carus-Kennerin Marianne Prause (die 1963 über den Maler promovierte, seine Bilder katalogisierte und ihn hoch schätzte) sprach von der „Stilunsicherheit eines Laienmalers“, wengleich er „mit zunehmender Fertigkeit hohe künstlerische Leistungen über das

Dilettantische hinaus vollbracht hatte“. Friedrich, dessen Bilder mit ihrem Symbolismus er zeitweise nachahmte, rühmte aber gerade seinen Realismus (hinter dem die Naturstudien des Wissenschaftlers stehen). Zeitlos vollkommen sind die Zeichnungen und die kleinen Ölskizzen nach Motiven aus der Umgebung von Pillnitz (Sommersitz der Familie Carus) und aus der Toskana. Eher zeitgebunden dagegen erscheinen uns heute die gefühls- und bedeutungsaufgeladenen Gemälde wie das Goethe-Denkmal.

Jetzt kann sich jeder selbst ein Urteil bilden: In Kooperation mit Dresden kam von dort die (etwas variierte) umfassendste Carus-Ausstellung, die es je gab, auch nach Berlin (dank dem Verein der Freunde der Nationalgalerie). Sie füllt den ganzen dritten Stock der Alten Nationalgalerie und zeigt nicht nur 200 Gemälde und Zeichnungen, sondern gibt, im „Schinkel-saal“, der mit bewusst altmodischen Vitrinen dicht vollgestellt ist, auch einen Einblick in die Wirkungsfelder des Mediziners, Naturwissenschaftlers, Psychologen und Naturphilosophen. Gebärstuhl und Geburtszangen stehen für sein erstes medizinisches Fach, ebenso sein berühmt gewordenes Lehrbuch der Gynäkologie. Werke über Zootomie, vergleichende Anatomie und Physiologie zeugen von diesen Forschungen, andere Vitrinen von seinen botanischen, geologischen und anthropologischen Interessen. Sein naturphilosophisches Hauptwerk „Natur und Idee oder das Werdende und sein Gesetz“ gab dieser unbedingt sehenswerten Ausstellung den Namen.

Rosemarie Stein

Carl Gustav Carus. Natur und Idee. Bis 10. Januar, täglich außer Mo 10-18, Do bis 22 Uhr. Guter Katalog mit ausführlichen Objektbeschreibungen, Essays und 400 Abb., 29,90 Euro. Außerdem gibt es einen ebenfalls reich illustrierten Berichtsband mit den Beiträgen eines Colloquiums: Carl Gustav Carus. Wahrnehmung und Konstruktion, für 34,90 Euro, beide Deutscher Kunstverlag. Informationen: Telefon: 266 42 42 42, Internet: www.carusinberlin.org

BERLINER  ÄRZTE

12/2009 46. 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
Titelbild: Sehstern

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 nahestehenden 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 € 67,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 45,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,60 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2009 vom 01.01.2009.

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

ISSN: 0939-5784