Vom guten Arzt

Foto: C. Friedrich

Sybille Golkowski

war seit 1995 Pressesprecherin und Redakteurin der BERLINER ÄRZTE (nach ihrer Erziehungszeit halbtags in Stellvertretung). Sie wechselt zum 1. Juni zum G-BA und wird dort Redakteurin für Print- und Online-Kommunikation.

Fünfzehn Jahre Öffentlichkeitsarbeit für Berlins Ärzte, 15 Jahre Ärztekammer. Zeit für ein Resümee. Seit 1995 haben sich die Bedingungen für ärztliche Arbeit entscheidend verändert. Ärztinnen und Ärzte haben es heute leichter als je zuvor, gute Informationen und unabhängige Orientierungshilfen zu bekommen und sich fachlich auszutauschen. Aber diese Jahre brachten für Ärzte auch eine Zunahme an politisch gewollter Kontrolle und ökonomischer Regulierung in einem bislang nicht gekannten Ausmaß. Die Folge ist eine enorme Arbeitsverdichtung. Schuld daran ist die Tatsache, dass eine theoretisch unendliche Nachfrage nach medizinischen Leistungen bei begrenzten Mitteln irgendwie eingedämmt werden muss. Aber Politiker scheuen Rationierungsdebatten, weil sie sie politisch nicht überleben würden. Stattdessen werden die Leistungsanbieter mit ökonomischen Tricks dazu gebracht, ihre Leistungen selbst einzuschränken.

Gegenüber Ärzten waren es zwei Hebel, die die Politik in den letzten 15 Jahren besonders gern ansetzte: Den der Leistungspauschale und den der Kontrolle und/oder Belohnung von „Qualität“ ärztlicher Arbeit als Zugangsvoraussetzung zu besonderen Geldtöpfen. Das Letztere ist besonders interessant, denn ...wie misst man „Qualität“?

Hier kommen die Kammern ins Spiel. Sie vergeben Zertifikate, sie vergeben Qualifikationsnachweise und „Bezeichnungen“. Welche Fahrt diese Tätigkeit aufnehmen kann, sieht man an der Weiterbildungsordnung, die in immer kürzeren Abständen novelliert wird und dabei regelmäßig an Umfang zulegt. Dass sie in großen Teilen eine Abrechungs-Abgrenzungsordnung ist, pfiffen schon vor 30 Jahren die Spatzen von den Dächern. Doch diesen Aspekt einmal beiseite gelassen: Niemand wird bestreiten, dass es auf dem Weg zum guten Arzt auch eine Kontrolle über absolvierte Ausbildungsstationen und absolvierte Prozeduren geben muss und dass nur eine Prüfung annähernd Aufschluss darüber gibt, ob jemand sein Fach überblickt. Doch eine Prüfung wirft nur ein Punktlicht und Papier ist geduldig, das weiß auch die Ärztekammer.

Aber sie weiß noch mehr. Sie weiß, dass die wahre Qualität ärztlicher Leistung vermutlich gar nicht wirklich „messbar“ ist. Was man messen und vergleichen kann, sind Abläufe und Strukturen und die damit verbundenen Behandlungsergebnisse. Auf dem Feld der Qualitätssicherung haben Kammern in den letzten 15 Jahren ungeheure Kärrnerarbeit geleistet. Mit Erfolg! Doch sowie man anfangen will, klar zählbare Indikatoren zu finden, an die man Geldflüsse binden könnte, wird es schwer. Ist jemand gut, wenn er eine bestimmte Zusatzbezeichnung nachweist oder 250 Fortbildungspunkte macht? Ist er gut, wenn er 400 Operationen der gleichen Art pro Jahr durchführt? Ist er gut, wenn bei ihm niemand stirbt? (Möglicherweise hat er keine komplizierten Fälle auf dem Tisch.) Nein. In Wirklichkeit ist der „gute“ Arzt an seiner Diagnosesicherheit, seiner Erfahrung und seinem Instinkt zu erkennen; an seinem handwerklichen Können, seiner Menschenkenntnis und natürlich daran, dass er fachlich Neues in sein Wertesystem integrieren kann, alle Gewissheiten umzuwerfen bereit ist, und sein Wissen gern und freigiebig mit Kollegen teilt. All dies sind Kriterien, die sich einer systematischen Messung leider entziehen. Leider, weil hier auch die Kammern an ihre Grenzen geraten.

Denn mit dem guten Arzt ist es so wie mit dem guten Menschen an sich: Er tut das Gute nicht, weil er etwas dafür bekommt und auch nicht, weil ihm sonst eine Sanktion drohen würde, sondern er tut es aus freien Stücken und aus einem eigenen, in seinem Inneren angelegten Antrieb. Die Kammern bemühen sich sehr, Kollegen, die so arbeiten, mit allen Mitteln zu unterstützten. Aber oft werden sie mit anderen Aufgaben zugedeckt, die alle Kraft binden und damit zu tun haben, in großer Menge Formalqualifikationen abzuprüfen. Hier die richtige Balance zu finden, ist eine große Herausforderung. Jetzt, in den nächsten 15 Jahren und immer.

Ihre

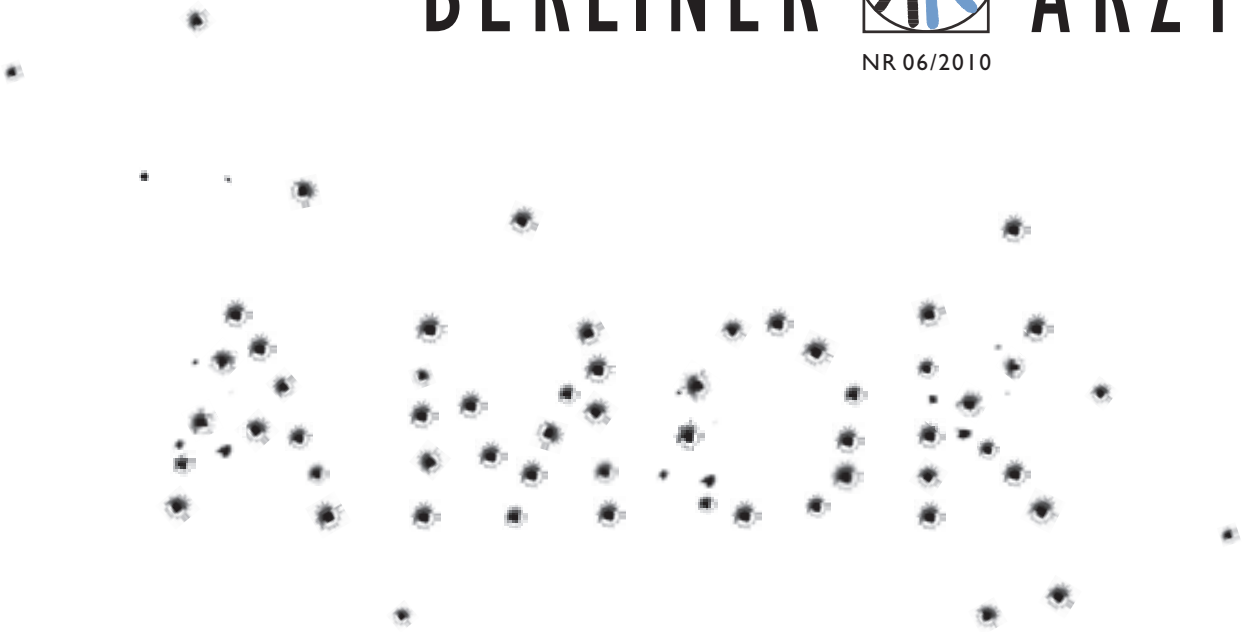
Sybille Golkowski

DIE OFFIZIELLE ZEITSCHRIFT DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

47. JAHRGANG

BERLINER ÄRZTE

NR 06/2010



MEINUNG

Vom guten Arzt
Von Sybille Golkowski 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell* 6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Delegierte verabschieden Resolution zur integrierenden Versorgung
Bericht von der Delegiertenversammlung am 14. April 2010
Von Sascha Rudat 20

Die Zukunft der Notfallmedizin im Visier
In einer hochspannenden Podiumsdiskussion ist die Ärztekammer Berlin der Frage nachgegangen: „Quo vadis – Notfallmedizin?"
Von Sascha Rudat 22

Scheffner Gedenksymposium
....und die Ausbildung zum guten Arzt
Von Rosemarie Stein 26

TITELTHEMA

Amoklauf – Narzisstische Krise oder Krankheit?

Die Amokläufe von Winnenden und Ansbach werfen viele Fragen auf. Während das soziale Umfeld genau unter die Lupe genommen wird, wird der Frage, ob bei den Tätern eine psychische Erkrankung vorliegen könnte, meist nicht sehr intensiv nachgegangen. BERLINER ÄRZTE möchte dieser Frage genauer nachgehen.
Von Claus Haring 14

Kammerwahl: Bekanntgabe des Wahlausschusses 28

Angst im Krankenhaus
Der 30. Workshop Medizinethik bot einen intensiven interdisziplinären Gedankenaustausch.
Von Ulrike Hempel 30

12 Jahre Berliner Neonatalerhebung
Berlin im Vergleich
Von Stephanie Huppmann, Boris Metze, Christoph Bührer, Christa Markl-Vieto 32

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen 12

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin 24

PERSONALIEN

Friedrich Kruse zum 80. Geburtstag 34

FEUILLETON

Fritz Demuth – forschender und musizierender Kinderarzt
Von Rosemarie Stein 35

Zukunftsforum

Merkel und Rösler betonen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft

Foto: Bundesministerium für Gesundheit/May

Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) und Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) haben beim erstmalig veranstalteten Zukunftsforum Gesundheitswirtschaft die besondere Bedeutung dieses Wirtschaftszweiges hervorgehoben. Röslers Versuch, Merkel in seiner Rede dazu zu bewegen, sich zur Gesundheitskanzlerin zu machen, scheiterte allerdings. Daneben beklagte er, dass im Gesundheitswesen zu wenig marktwirtschaftliche Elemente enthalten seien. „Die Leistungsbereitschaft wird oft nicht belohnt", kritisierte er. Die auf das Podium geladenen Gäste zeigten allerdings, dass der Veranstalter Bundesgesundheitsministerium den Fokus auf Medizingerätehersteller und Pharmaindustrie gelegt hatte. Ärzte und Patienten kamen nur am Rande vor – Letztere in Person des Patientenvertreters des Bundes, Wolfgang Zöller (CSU).

ANZEIGEN

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Park-Klinik Weißensee

Dr. Elke Keil wechselte aus dem Helios Klinikum Buch, in dem sie stellvertretende Chefärztin der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie des interdisziplinären Brustzentrums war, in die Park-Klinik Weißensee. Seit April hat sie die Nachfolge des ehemaligen Chefarztes **Priv.-Doz. Dr. Karl-Dieter Johannesmeyer** angetreten, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Vivantes Humboldt-Klinikum

Priv.-Doz. Dr. Hans Josef Erli wurde zum 1. April neuer Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Humboldt-Klinikum. Erli, zuletzt Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Luisenhospitals Aachen, trat die Nachfolge von **Priv.-Doz. Rainer Letsch** an, der in die Altersteilzeit ging.

HELIOS Klinikum Emil von Behring Buch

Dr. Ingo Flessenkämper hat die Leitung der neu entstandenen Klinik für Gefäßmedizin übernommen. Vor der Übernahme war Dr. Flessenkämper zwölf Jahre Chefarzt der Klinik für vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie der DRK-Kliniken Berlin Mitte.

Vivantes Klinikum Neukölln

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik hat eine neue Tagesklinik, Rudower Straße eröffnet. Mit der Tagesklinik erweitert das Klinikum sein Angebot an vollstationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Die Tagesklinik steht ebenso wie die Fachabteilung des Klinikums unter der Leitung von **Dr. Ingrid Munk**. Leitender Oberarzt der Rudower Straße ist **Dr. Ulrich Schötschel**.

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

Hauptstadtkongress

Patientenkommunikation im Schadensfall

Wie die richtige und angemessene Kommunikation im Falle eines Behandlungsschadens aussieht, dieser Frage ging eine Expertenrunde auf dem Hauptstadtkongress 2010 nach. Unter der Moderation von Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz und Professor Dr. med. Walter Schaffartzik, Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, wurde die Fragestellung aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet.
Wegen einer namentlichen Abstimmung im Bundestag konnte allerdings der Patientenbeauftragte des Bundes, Manfred Zöller (CSU) nicht an der Runde teilnehmen. „Eine offene Kommunikation mit dem Anspruchsteller ist nötig", betonte Manfred Klocke, Hauptgeschäftsführer des Ecclesia Versicherungsdienstes. Aus seiner Sicht behindern Haftpflichtversicherungen die Kommunikation mit den Patienten nicht. Es sei notwendig, im Schadensfall offensiv das Gespräch mit dem Patienten zu suchen. „Aber das ist Chefsache." Keinesfalls dürften aber Ärzte oder Kliniken Schadensersatzansprüche und deren Höhe anerkennen. Dies sei Sache des Versicherers. „Wir prüfen auf Verschulden und Kausalität", sagte Klocke.
Die Arbeit der Medizinischen Dienste der Krankenkassen stellte Dr. Gert von Mittelstaedt vor. Er war bis 2009 Leitender Arzt und Stellvertretender Geschäftsführer des MDK Hessen. Anders als beim Schlichtungsverfahren der Ärztekammern wird bei der Gutachtenerstellung des MDK – beauftragt durch die Krankenkasse – der betroffene Arzt nicht angehört. Mittelstaedt betonte, dass die MDK-Gutachten, die ab 2010 mit einem erweiterten Datensatz ausgestattet werden, qualitativ wesentlich besser geworden seien.
Dr. med. Gerd Crusius, Präsident der Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und bei der Bundesärztekammer für die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zuständig, schloss sich mit seinen Ausführungen Manfred Klocke an. Es müsse einen offenen Umgang mit Fehlern und Gesprächsbereitschaft mit betroffenen Patienten geben. Crusius berichtet, dass man derzeit darauf hinarbeite, die Verfahren bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in Deutschland zu vereinheitlichen.

ANZEIGE

Leserbriefe

Leserbrief zum Artikel „ Alleingang des Vorsitzenden führt zum offenen Bruch“ in BÄ 05/2010, S. 10

Hausarztverträge – eine sachliche Diskussion tut Not

Ein Blick ins Sozialgesetzbuch hätte manch aufgeregte Reaktion, auch die der Redakteure, vermieden. Es wird nun Zeit für eine sachliche Diskussion, die dem gesetzlichen Auftrag gerecht wird.
Der Gesetzgeber schreibt den Krankenkassen ein Angebot zur hausarztzentrierten Versorgung für ihre Versicherten zwingend vor. Erstmals ist der Berufsverband – vergleichbar mit einer KV - direkter sozialrechtlicher Leistungserbringer. Der Hausärzteverband hat sich darum bemüht, das Mandat zu erhalten. Er hat sich dabei auch Nicht-Mitgliedern geöffnet, die den Verband daraufhin beauftragt haben. Die Beauftragung in Sinne des § 73 b Absatz 4 begründet nun ein schuldrechtliches Leistungsverhältnis zwischen Verband und Arzt, das als Auftragsverhältnis nach § 662 BGB zu werten ist. Der BDA schuldet dem Arzt einen Vertrag.

Wenn sich die Vertragspartner nicht einig werden, kann der Verband ein Schiedsverfahren einleiten. Am Ende des Prozesses steht ein Vertrag. Jeder Arzt kann dann individuell entscheiden, ob der Vertrag für ihn annehmbar ist.

Unstrittig ist, dass Honorarverträge der Zustimmung der Delegiertenversammlung bedürfen. Auch landesweite Verträge auf Landesebene nach § 73 b sind zustimmungspflichtig. Bei der Diskussion um die Verträge kann es nur um die Inhalte und nicht darum gehen, ob Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung generell sinnvoll sind oder nicht. Der Verband kann einen ausgehandelten Vertrag annehmen oder das Schiedsverfahren einleiten. Eine andere Möglichkeit hat er nicht. Verträge, die über Schiedsverfahren zustande kommen, muss der Verband ohne Wenn und Aber umsetzen.

Am 7. April hat eine beschlussfähige DV mit 20 Stimmen (von insgesamt 63 Delegierten)

einen ausgehandelten Vertrag mit der AOK/IKK mehrheitlich abgelehnt. Sie hat nicht beschlossen, wie es das Gesetz vorschreibt, ein Schiedsverfahren zu beantragen. Damit haben sich alle Delegierten in eine höchst unangenehme Haftungssituation gegenüber den Ärzten gebracht, die sie zum Abschluss von Verträgen mandatiert hatten.
In der über 50-jährigen Verbandsgeschichte waren Entscheidungen von dieser Trag-

ANZEIGE

weite nie zu treffen. Wir haben mit dem Auftrag, HzV-Verträge zu schließen, sehr unsicheres juristisches Neuland betreten. Darauf hatte ich mehrfach hingewiesen und versucht deutlich zu machen, dass es sich bei diesen Verträgen nicht um Direktverträge mit den Kassen handelt, sondern um die Ausführung eines Mandats.

Der Beschluss der DV des Berufsverbandes vom 7. April muss dringend revidiert werden, weil er nicht gesetzeskonform ist. Er muss aber auch revidiert werden, damit der Verband wieder politikfähig und ein verlässlicher Partner bei Honorarverhandlungen wird.

Dr. med. Hans-Peter Hoffert
Berlin

Leserbrief zum Titelthema „Die Suche nach den Besten – Arztbewertungsportale im Internet“ in BÄ 04/2010

Bewertungsportale für Ärzte und Psychotherapeuten sind schon deshalb höchst problematisch, weil die KollegInnen nicht frei sind. Sie sind den Vorgaben der Kassen, der Berufsverbände, der Politik unterworfen und müssen außerdem auch noch die eigene Wirtschaftlichkeit im Auge haben. In diesem Spannungsfeld ist es NICHT MÖGLICH, es allen Recht zu machen. Außerdem ist völlig offen, was einen guten von einem „schlechten“ Arzt unterscheidet. Lässt sich ein Patient im Netz über einen Kollegen aus, so kann dies grob wirtschaftschädigend für ihn sein. Dennoch ist solch eine Bewertung IMMER extrem subjektiv.

Hier erwarte ich von der Politik und den Kammern, dass sie die Interessen der Ärzte gegenüber Denunziantentum verteidigt.

Georg Metz
Arzt & Psychotherapeut

ANZEIGE

Temozolomid

Alveolitis

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) informiert über das Auftreten einer nicht massiven Lungenembolie bei einer 64-jährigen Patientin mit einem Oligogastrozytom. Als Ursache wurde eine basal betonte Alveolitis diagnostiziert, die nach Gabe von Steroiden und Ceftriaxon ausheilen konnte. Ursächlich für die Lungenveränderung wird von der AkdÄ die Einnahme des alkylierenden Zytostatikums Temozolomid (Temodal®) angesehen. Diese UAW ist zwar nicht in der Fachinformation des Herstellers angegeben, in der Literatur finden sich jedoch entsprechende Fallberichte, ebenso wie in der Datenbank der AkdÄ. Bei auftretenden Symptomen wie Dyspnoe oder unproduktivem Husten sollte die Differentialdiagnose „Einnahme von Temozolomid" in Betracht gezogen werden. Das Absetzen des Arzneistoffes kann ein Fortschreiten der pulmonalen Schädigung verhindern.

Quelle: Dtsch. Ärztebl. 2010; 107(12): C486.

Statine

Entwarnung und neue Risikohinweise

Nach einer Metaanalyse erhöhen Statine das Diabetesrisiko um circa 9 %. Im Vergleich zur Risikoreduktion kardiovaskulärer Ereignisse ist dies so gering, dass ihr Einsatz bei Patienten mit kardiovaskulärem Risiko weiter empfohlen wird (mit engmaschigen Kontrollen der Blutglukose bei älteren Patienten).

Die amerikanische Überwachungsbehörde FDA macht erneut auf das dosisabhängige Risiko von Myopathien bis hin zu Rhabdomyolysen unter der Therapie mit Statinen aufmerksam. Neben ethnischen Besonderheiten (z.B. erhöhte Empfindlichkeit bei Chinesen) spielen zusätzlich Interaktionen eine Rolle. Am Beispiel von Simvastatin (Zocor®, viele Generika) empfiehlt die FDA u.a.

- kein Einsatz von Simvastatin in Kombination mit Azol-Antimykotika, Makroliden, HIV-Proteaseinhibitoren,
- maximal 10 mg/d Simvastatin in Kombination mit Gemfibrozil und Cyclosporin,
- maximal 20 mg/d Simvastatin in Kombination mit Amiodaron und Verapamil,
- maximal 40 mg/d Simvastatin in Kombination mit Diltiazem (auch maximal empfohlene Tagesdosis).

Quellen: Dt. med. Wschr. 2010; 135: 605; fda@service.govdelivery.com

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

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 5/2010

ANZEIGE

ANZEIGE

Wissenswertes zu Listeriose

Die Listeriose ist eine lebensbedrohliche bakterielle Infektionskrankheit, hervorgerufen durch *Listeria (L.) monocytogenes*.

Erste Krankheitserscheinungen treten 3 bis 70 Tage nach Erregeraufnahme auf (geschätzter Median der Inkubationszeit: 3 Wochen). Die Listeriose äußert sich zunächst durch grippeähnliche Symptome sowie u. U. auch Erbrechen und Durchfall. Im weiteren Verlauf kann es zur Sepsis kommen, die klinisch nicht von einer Sepsis anderer Genese unterschieden werden kann, sowie zur Meningitis oder Enzephalitis (meistens einer Rhombenzephalitis). Listerien-Infektionen während der Schwangerschaft können zu Fehl-, Früh-, Totgeburt oder zur Geburt eines geschädigten Kindes führen, hingegen die Schwangere selbst in der Regel nicht oder nur mit milden „grippeähnlichen" Symptomen erkrankt. Die neonatale Listeriose ist durch Sepsis, Atemnotsyndrom und Hautläsionen gekennzeichnet (Granulomatosis infantiseptica), oder durch eine Meningitis.

RKI info

Wer ist betroffen? In erster Linie Personen mit verminderter Infektabwehr und Schwangere, mit der Möglichkeit der Infektionsübertragung auf das Un- bzw. Neugeborene.

L. monocytogenes ist ein gram-positives, nicht-sporenbildendes Bakterium, dass ubiquitär in der Umwelt vorkommt. Es hat die Eigenschaft, sich auch noch bei Kühlschranktemperaturen (4-10°C) vermehren zu können, eine Tatsache, die man sich auch in der Diagnostik zu nutze macht (Kälteanreicherung). Die Aufnahme des Erregers erfolgt hauptsächlich durch den Verzehr von kontaminierten tierischen und pflanzlichen Lebensmitteln. Ein erhöhtes Risiko geht vor allem von rohen und gekühlten, verzehrfertigen Lebensmitteln aus (z.B. Weichkäse aus Rohmilch, Blattsalate, Räucherlachs). Auch der jüngst bekannt gewordene Ausbruch in Österreich und Deutschland legt einen Zusammenhang mit einem in Österreich hergestellten kontaminiertem Sauermilchkäse („Harzer") nahe. Der Nachweis von *Listeria monocytogenes* durch das diagnostizierende Labor ist meldepflichtig (Infektionsschutzgesetz § 7, Abs. 3). Dem Robert Koch-Institut werden jährlich etwa zwischen 300-500 Listeriose-Meldefälle übermittelt, davon sind circa 5-10% schwangerschaftsassoziiert. Die Letalität bezogen auf die Zahl der übermittelten Fälle liegt etwa bei 10%.

Lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche durch Listerien sind häufig dadurch gekennzeichnet, dass die Erkrankungen vereinzelt, geografisch verstreut, über einen längeren Zeitraum auftreten. Die Ausbruchserkennung kann in solchen Fällen nur über molekulare Typisierungen der Patientenisolate erfolgen. Im Falle der Listerien wird von der DNA mittels Pulsfeld-Gelelektrophorese ein „genetischer Fingerabdruck" erzeugt. Weisen bei einem Stammvergleich verschiedene Listerienisolate, idealerweise auch welche aus Lebensmitteln, einen identischen Fingerabdruck auf, kann aufgrund der engen klonalen Verwandtschaft der untersuchten Bakterien ein Infektionszusammenhang vermutet werden.

Aus Public-Health-Sicht wäre es wünschenswert, wenn mehr Listerienstämme von Patienten molekular typisiert würden. Kostenlose Untersuchungen werden vom NRZ für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger am RKI, Standort Wernigerode, und vom Binationalen Konsiliarlabor für Listerien in Österreich (Wien) angeboten.

Weitere Informationen:
www.rki.de > Infektionskrankheiten A-Z > Listeriose

www.aekb.de

Besondere Aufklärungspflichten in drei neuen Gesetzen

Drei im Januar 2010 in Kraft getretene neue Gesetze ziehen für die jeweils davon betroffenen Arztgruppen besondere Aufklärungs- und Beratungspflichten nach sich und enthalten zum Teil strafbewährte Einschränkungen. Die Ärztekammer Berlin hat auf ihrer Homepage besondere Hinweise hierzu eingestellt. Sie finden sie unter www.aekb.de im Portal „Ärzte“ > Recht > Berufsrechtliches. Es handelt sich hierbei um das Berliner Kinderschutzgesetz, das Gendiagnostikgesetz und das Schwangerschaftskonfliktgesetz.

Berliner Kinderschutzgesetz

Seit Inkrafttreten des Berliner Kinderschutzgesetzes (KiSchuG) im Januar 2010 besteht für Ärzte die Pflicht, sich im Falle eines Verdachts auf Gefährdung des Kindeswohls aktiv einzuschalten. Die mit dem Gesetz einhergehende Lockerung der Schweigepflicht bei Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung ist im Prinzip nicht neu, wurde aber im Gesetz noch einmal explizit ausformuliert. Aus dem Gesetz entstehen für Ärzte verschiedene neue Verpflichtungen, die einiges Fingerspitzengefühl erfordern.

Gendiagnostikgesetz

Das im vergangenen Jahr breit diskutierte und am 01.02.2010 in Kraft getretene Gendiagnostikgesetz enthält wichtige Regelungen für alle Ärzte, die genetische Untersuchungen durchführen. Betroffen sind Humangenetiker, Pränataldiagnostiker und Reproduktionsmediziner. Der Gesetzgeber hat für diese Ärzte umfangreiche Aufklärungs- und Beratungspflichten verankert und Einschränkungen für diese Untersuchungen definiert.

Schwangerschaftskonfliktgesetz

Vor allem für Gynäkologen wichtig ist die im Januar 2010 in Kraft getretene Novelle des Schwangerschaftskonfliktgesetzes. Von zentraler Bedeutung sind dabei eine ergebnisoffene Beratung und eine dreitägige Bedenkzeit.

sygo

Helios Kliniken

Foto: Rudat

Qualitätssicherung mit Routinedaten

Der Klinikkonzern Helios hat bei der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) eine erste Bilanz gezogen. Auf einer gemeinsamen Pressekonferenz stellte Helios zusammen mit anderen beteiligten Klinikbetreibern eine Auswertung vor. Nach Angaben von Helios-Geschäftsführer Francesco DeMeo liegen bei komplexen Krankheitsbildern wie Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall und Lungenentzündung die Sterblichkeitsraten bei Helios deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Die Messung von Routinedaten mit 31 Indikatoren helfe, mit überschaubarem Aufwand die Qualität zu verbessern. Hat eine Klinik in einem Bereich auffällige Werte, so leisten im Peer-Review-Verfahren Kollegen desselben Fachgebietes aus einer anderen Klinik Unterstützung: Gemeinsam werten sie Behandlungsabläufe aus und ermitteln das Verbesserungspotenzial, beseitigen Fehler. Im Jahr 2009 wurden den Angaben zufolge in den Helios Kliniken insgesamt 17 Peer–Review-Verfahren durchgeführt. Nach Schätzungen DeMeos gäbe es 7.000 Tote in Deutschland weniger, würde das IQM-Verfahren bundesweit angewandt.
Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz, der die Initiative unterstützt, betonte, dass IQM in Sachen Offenheit unübertroffen sei. Dies sei ein Ausdruck großer Souveränität der beteiligten Kliniken. Die Berliner Kammer nehme gerne an den Peer-Review-Verfahren teil. Auf die Frage, weshalb er sich neben IQM auch für andere Verfahren engagiere, antwortete Jonitz, dass es verschiedene Wege gebe, die zum Erfolg führen. Wichtig sei, dass man das Thema offensiv angehe.

Auszeichnung

Foto: privat

Bundesverdienstkreuz für Gabriele Kaczmarczyk

Für die Sache der Frauen hat sie sich jahrzehntelang engagiert. Jetzt wurde Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Die Anästhesistin und Intensivmedizinerin setzte sich zeit Ihres aktiven Berufslebens für einen adäquaten Frauenanteil in Forschungseinrichtungen und für die strukturelle Verankerung der Geschlechterforschung in der Charité ein.
Bis zu ihrer Emeritierung im Jahr 2009 leitete Gabriele Kaczmarczyk den Postgraduierten-Master-Studiengang „Health and Society: International Gender-Studies“ an der Charité. Er beschäftigt sich mit den geschlechtsspezifischen Krankheitsrisiken und -verläufen; ein Feld, das mehr und mehr in den Blick gelangt.
Zudem hat sie dafür gesorgt, dass sich alle für die Frauengesundheit wichtigen Institutionen besser vernetzen.

Jahrelang war Gabriele Kaczmarczyk übrigens auch Frauenbeauftragte der Charité und Mitbegründerin des Rahel-Hirsch-Studienprogramms für weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchs.

Fortbildung

Facharzt im Krankenhaus: 31. 12.2010 ist Stichtag für das Fortbildungszertifikat

Zum Stichtag 31.12.2010 müssen Fachärztinnen und Fachärzte, die bereits vor oder am 01.01. 2006 in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern tätig waren, der ärztlichen Leitung des Krankenhauses, in dem sie nach Ablauf des Stichtages tätig sind, einen gesetzlich geforderten Fortbildungsnachweis vorlegen.

Der Nachweis erfolgt über ein von der Ärztekammer Berlin ausgestelltes Fortbildungszertifikat, das den Erwerb von mindestens 250 Fortbildungspunkten in einem Zeitraum von fünf Jahren bescheinigt. (Detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte der „Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus“, die Sie unter www.aerztekammer-berlin.de/ Menüpunkt „Ärzte“, weiter: „Fortbildung“ / „Download-Bereich“ finden.)

Anfang April 2010 hat die Kammer alle von der eingangs genannten Stichtagsregelung betroffenen Fachärztinnen und Fachärzte persönlich angeschrieben und angesichts der Fortbildungsnachweispflicht empfohlen, sofern nicht schon geschehen, die zum Stichtag erforderlichen 250 Fortbildungspunkte in den nächsten Monaten zu sammeln und so die Bedingungen für die Ausstellung ihres Fortbildungszertifikates durch die Ärztekammer Berlin zu erfüllen. Damit dies reibungslos verläuft, bittet die Kammer alle von der Stichtagsregelung betroffenen Kolleginnen und Kollegen, folgende Regeln zu beherzigen:

Nutzen Sie bitte das elektronische Fortbildungspunktekonto!

Jedes Kammermitglied hat die Möglichkeit, über das so genannte Mitgliederportal auf der Homepage der Ärztekammer Berlin auf sein individuelles Fortbildungspunktekonto zuzugreifen. Unter www.aerztekammer-berlin.de (Menüpunkt „Ärzte“, weiter: „Zugang zum Mitgliederportal“) finden Sie kurz gefasste Informationen, die Sie bei der persönlichen Anmeldung im Mitgliederportal unterstützen.

Das elektronische Punktekonto bietet Ihnen einen vollständigen Überblick über Ihre Fortbildungsaktivitäten: Es listet die von Ihnen wahrgenommenen Fortbildungsangebote sowie die erworbenen Fortbildungspunkte auf. Darüber hinaus können Sie hier Ihr Fortbildungszertifikat beantragen.

Verwenden Sie bitte immer Ihre Barcode-Etiketten!

Wenn Sie an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, kleben Sie die Barcode-Etiketten in die ausliegenden Teilnehmerlisten ein. Auf diese Weise ist die Erfassung der Fortbildungsaktivitäten schnell und unkompliziert möglich.

Lassen Sie sich immer eine Teilnahmebescheinigung vom Veranstalter geben!

Die Teilnahmebescheinigung dient Ihnen als Nachweis, falls es einmal Probleme mit der Punkteerfassung geben sollte.

Senden Sie der Ärztekammer Berlin Ihre Teilnahmebescheinigungen lediglich im Ausnahmefall zu!

Sollten Sie bei der Überprüfung Ihres Online-Fortbildungspunktekontos bemerken, dass Fortbildungsaktivitäten nicht berücksichtigt wurden, senden Sie die betreffenden Teilnahmebescheinigungen (und nur diese) an die Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung/ Qualitätssicherung. Bitte versenden Sie diese Unterlagen nur in Kopie, chronologisch sortiert und abgeheftet sowie mit einem Anschreiben versehen, aus dem Ihr Anliegen klar ersichtlich ist.

Einen Überblick über die für das Fortbildungszertifikat anerkannten ärztlichen Fortbildungsmaßnahmen in Berlin erhalten Sie auf den Internetseiten der Ärztekammer Berlin im „Fortbildungskalender“. Einen bundesweiten Überblick finden Sie auf den Internetseiten der Bundesärztekammer (www.baek.de).

Fortbildung

Diagnostik, Begutachtung und Behandlung posttraumatischer Störungen im interkulturellen Setting

Eine modulare Fortbildungsreihe der Psychotherapeutenkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit dem Behandlungszentrum für Folteropfer (bzfo) und der Psychotherapeutischen Beratungsstelle für politisch Verfolgte XENION.

Die Fortbildungsreihe umfasst folgende Inhalte:

- Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen,
- Diagnostik und Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei Flüchtlingen und Folteropfern, Arbeit im interkulturellen Setting (Erwachsene oder Kinder/Jugendliche).

Termine

Modul II: Erstellung von Gutachten, 19./20.06.2010 (Gebühr: 200 €; 20 Punkte)
Modul III: Behandlung, 24./25.09.2010 (Gebühr: 160 €; 16 Punkte)

Ort:

Haus der Diakonie;
Paulsenstr. 55, 12163 Berlin

Wissenschaftliche Leitung/ Inhaltliche Auskünfte

Dr. med. M. Wenk-Ansohn;
Dr. med. F. Haenel (bzfo)
Tel.: 030 / 30 39 06-0

Anmeldung:

Frau Hofmann-Britz,
Psychotherapeutenkammer Berlin
Tel.: 030 / 88 71 40-0;
Fax: 030 / 88 71 40-40;
E-Mail: info@psychotherapeuten-kammer-berlin.de

Narzisstische Krise oder Krankheit?

Der Amoklauf in Winnenden hat sich vor kurzem gejährt. Nach diesem Amoklauf hat man sich – ebenso wie ein halbes Jahr später in Ansbach – gefragt, welche Sicherungen an den Schulen möglich wären. Die Einstellung von Schulpsychologen wurde gefordert, aggressive Videospiele sollten verboten werden und Waffen sowieso. Auch ein Versagen der Eltern und der Gesellschaft wurde diskutiert. Dass der Täter an einer psychischen Krankheit leiden könnte, kam nicht zur Sprache. Die Diagnose einer psychischen Krankheit ist weiter mit einem Tabu belegt. Das letzte Tabu, das uns geblieben ist, zum Schaden der Patienten.

Von Claus Haring

Zunächst werden wir die Fakten in Erinnerung bringen. Dann fragen wir nach der Motivation der jugendlichen Täter und prüfen, welche psychopathologischen, psychologischen oder sozialen Bedingungen bei solchen Mordanschlägen denkbar sind. Differentialdiagnostische Überlegungen schließen sich an, verbunden mit einem Ausblick auf die Konsequenzen für das ärztliche Handeln zur Vorbeugung oder Eingrenzung solcher Zwischenfälle. Wenn die Mordimpulse Ausdruck einer Krankheit sind, wäre die Kompetenz des Hausarztes gefragt. Gerade der Hausarzt, der mit einer Familie seit Jahren vertraut ist, könnte abrupte Veränderungen im Verhalten eines Heranwachsenden erkennen. Zumindest werden ihm solche Veränderungen eher auffallen als dem Spezialisten oder Psychologen, der erst um Rat gefragt wird, wenn die Veränderung manifest geworden ist.

Die Fakten der Ereignisse von Winnenden und Ansbach

Amoklauf von Winnenden. Im März 2009 hat der 17-jährige Tim K. in der Albertville Realschule in Winnenden wahllos mit einer Pistole in zwei Klassen auf die Schüler geschossen und mehrere Schülerinnen und eine Referendarin getötet. Dann wollte er in den Chemieraum eindringen, der aber von außen nicht zugänglich war. Bei einem Schuss durch die Tür verletzte er eine Referendarin tödlich. Er flüchtete vor der Polizei und erschoss im Flur des Schulhauses zwei Lehrerinnen, die ihm

zufällig entgegenkamen. Auf dem Gelände des Zentrums für Psychiatrie, das neben der Schule liegt, tötete er einen Handwerker. Vor dem Eingang der Klinik zwang er einen Autofahrer mit der Pistole zu einer Fahrt ohne bestimmtes Ziel, bis der Wagen in Wendlingen von Polizisten gestoppt wurde. Bei einem Schusswechsel mit der Polizei konnte der Fahrer fliehen. Der verletzte Täter (oder sollte man sagen: der Patient) lief in ein nahe gelegenes Autohaus und verlangte einen Wagen. Als der Verkäufer flüchtete, erschoss er einen anderen Angestellten und dessen Kunden, die im rückwärtigen Teil des Raumes an einem Tisch saßen. Dann richtete er die Waffe gegen sich selbst und tötete sich durch einen Kopfschuss. Tatwaffe war eine Baretta-Pistole seines Vaters, der Sportschütze ist. Bei dem **Anschlag in Ansbach** hatte der 18-jährige Abiturient Georg R. Molotow-Cocktails in ein Klassenzimmer seiner Schule geworfen und auf mehrere Mädchen mit einer Axt eingeschlagen. In einer Auseinandersetzung mit der Polizei wurde er durch Schüsse verletzt. Angeblich war er bis dahin ein unauffälliger und stiller Schüler. Über den Vorsatz zur Tat hatte er mit niemandem gesprochen. Einem Lehrer, der ihn fragte, weshalb er ständig in einem schwarzen Mantel herumlief, sagte er, dass die Welt bald untergehen würde. In seinem Taschenkalender fand sich unter dem Datum des Anschlags die Notiz „Apocalypse Today".

Ende März wurde der Täter vom Jugendgericht in Ansbach zu neun Jahren Jugendstrafe verurteilt und in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Von dem Prozess war die Öffentlichkeit ausgeschlossen. In der Urteilsbegründung hieß es, der 18-Jährige sei hochkriminell, arrogant und narzisstisch, er würde an einer schizoiden Persönlichkeit (F 60.4) leiden. Die Verdachtsdiagnose einer schizophrenen Erkrankung (F 20) wurde nicht erwähnt. Zur Verkündung des Urteils war der Angeklagte vermummt erschienen, in Regenmantel und Kapuze, was einen befremdlichen Eindruck machte. Wenn das ein Narzissmus ist, müsste er noch von anderen Faktoren verfälscht sein.

Multifaktorielle Motivation

Wir fragen uns, was einen Menschen bewegt, der den Plan fasst, mit Molotow-Cocktails Mitschüler und Lehrer

umzubringen. In den USA spricht man von school shooting oder rampage. Unsere Medien haben die Bezeichnung Amoklauf übernommen, die zunächst einer anderen Störung vorbehalten war [1, 2]. Natürlich wird mit diesen Wörtern lediglich eine Verhaltensauffälligkeit beschrieben, die Motive, die dahinter stehen, bleiben unerwähnt. Aber dagegen ist nichts einzuwenden. Schließlich werden wir auch durch die Ziffern der ICD auf Syndrome zurückverwiesen.

Die Polizeidienstvorschrift spricht von einer Amoklage, wenn ein Täter wahllos oder gezielt mit Waffen, Sprengmitteln, gefährlichen Werkzeugen oder außergewöhnlicher Gewaltanwendung eine in der Regel zunächst nicht bestimmbare Anzahl von Personen verletzt oder getötet hat oder wenn zu erwarten ist, dass er dies tut.

Es bleibt unklar, wie es zu der Amoklage in Winnenden kam. Nach Angaben der Angehörigen hatte Tim K. sich in den letzten beiden Jahren verändert. In seinem Tagebuch fand sich die Notiz: „Die Wahrheit ist, diejenigen haben es schon von Geburt an in sich, es kommt jedoch nur raus, wenn das Gemachte hinzukommt."

In den Medien wurde gerätselt, was er damit gemeint haben könnte. Dem Psychopathologen fällt auf, dass das „Gemachte" eine Wortschöpfung von schizophrenen Patienten ist, mit der sie Beeinflussungen, die sie nicht erklären können, zu beschreiben versuchen (Gedanken, die einem nicht gehören; Handlungen, die man nicht intendierte). Über das Internet soll Tim bei sich die Diagnose einer bipolaren affektiven Psychose gestellt haben. Angaben über eine psychiatrische Behandlung sind ungenau, weil die Eltern durch ihren Anwalt Äußerungen dazu untersagen ließen. Offenbar hatte Tim eine psychiatrische Beratungsstelle aufgesucht. Zu einer konsequenten Behandlung kam es jedoch nicht. Eine Psychotherapeutin soll von einem atypischen Autismus gesprochen haben. In einem Gutachten, das nach der Tat erstellt wurde, ist von Tötungsphantasien und einer masochistischen Persönlichkeit die Rede. Gelegentlich werden Amokhandlungen mit den brutalen Gewalttaten von Jugendlichen verglichen. Aber Amokläufe haben eine andere Qualität als die Anschläge in der Münchener S-Bahn. Die lustvoll-dümmliche Wut der S-Bahn-Schläger kann man mit dem starr ritualisierten Vorgehen der Amoktäter nicht vergleichen. Diese Unterscheidung ist keine Diagnose, aber sie führt zu einer Überlegung, die uns bei der Differentialdiagnose leiten wird.
In den Medien wird der Impuls zum Amoklauf häufig aus **psychologischen Konflikten** und **sozialen Spannungen** abgeleitet. Das ist eingängig und nachvollziehbar, weil es uns direkt anspricht. Doch es sollte uns stutzig machen, dass man mit Erziehungsfehlern oder dem Versagen der Gesellschaft eigentlich alles erklären kann. Konflikte findet man bei jedem Menschen, aber nur wenige laufen Amok. Psychologische Motive sind allenfalls begünstigende Faktoren für eine solche Tat. Manchmal dienen sie auch als Vorwand, wenn der Betroffene nicht wahrhaben will, was ihn zum Handeln treibt. Psychologisch verständlich ist dagegen der im Laufe eines Massakers entstehende Blutrausch, der den Täter immer weiter in die Handlung hineinzieht. Aber dann muss er erst einmal mit dem Morden angefangen haben.

Die Schwäche der psychologischen Motivation wird bei der Analyse des Amoklaufs am **Gutenberg Gymnasium in Erfurt** deutlich. Dort hatte 2002 ein ehemaliger Schüler zwölf Lehrer, eine Sekretärin, zwei Schüler und einen Polizisten erschossen, bevor er aufgab und sich selbst tötete. Er war, weil er ein Arztzeugnis fälschte, einige Monate zuvor der Schule verwiesen worden. Angeblich war dies für den 19-Jährigen eine unerträgliche narzisstische Kränkung, die er zu kompensieren versuchte, indem er durch ein Massaker die Aufmerksamkeit auf sich zog. Eine solche Argumentation weckt Unbehagen. Außerdem sollte man bedenken, dass wir bei derartigen Deutungsversuchen von einer vorgegebenen Tat ausgehen und erst im Nachhinein über mögliche Motive spekulieren. Wenn wir das Setting ändern und den Amoklauf durch eine andere Tat ersetzen, ist die psychologische Ableitung auch noch plausibel. Aus einer narzisstischen Kränkung könnte man mit der gleichen Überzeugungskraft überschießenden Ehrgeiz, soziales Engagement, Opferbereitschaft oder Drogenabhängigkeit und vieles andere ableiten. Der Verweis auf eine narzisstische Kränkung ist zu allgemein, er vernachlässigt den individuellen Anstoß, der aus der Kränkung des Selbstwertgefühls einen Impuls zum Massenmord macht. Diesen individuellen Faktor aber müssen wir suchen, wenn wir das Auftreten von solchen Katastrophen begrenzen wollen. Verhindern lassen sie sich nicht.

Von der Planung eines Amoklaufs haben die Täter nicht gesprochen oder ihre Andeutungen wurden nicht ernst genommen. Bei dem **Massaker von Köln**, das beinahe vergessen ist, hatte 1964 ein 40-jähriger Mann in einer Volksschule mit einem selbst gebastelten Flammenwerfer und einer Lanze acht Kinder und zwei Lehrerinnen getötet, bevor er mit E 605 Selbstmord beging. Was ihn getrieben hatte, blieb unklar. Das Wort Amoklauf war damals für solche Taten nicht eingeführt. Gefährliche Videospiele gab es nicht. Nach dem Zwischenfall fiel mir ein umfangreiches hektographiertes Manuskript in die Hände, mit dem der Täter vor der Tat die Allgemeinheit über Verfolgungen und Unrecht durch Justiz und Verwaltung hatte aufklären wollen. Wie sich herausstellte, war er, da er die Behörden mit Klageschriften und Eingaben überhäufte, von einer Kommission begutachtetet worden, die ihm zwar „verschrobenes Verhalten, ständiges inadäquates Lächeln und paranoide Gedanken" attestierte [3], aber zu einer weitergehenden Beobachtung oder psychiatrischen Betreuung keinen Anlass sah. Wer konnte voraussehen, dass er zu einem

Massenmord fähig war? Immerhin hätte man ihm eine Behandlungsbedürftigkeit attestieren können. Auffallend ist, dass sich in den Medien und vor Gericht bei Amokhandlungen die Aufmerksamkeit vorwiegend auf seelische Konflikte oder Reizworte richtet. Anscheinend werden psychologische oder soziale Motive bevorzugt, weil man sonst, wie eine Gerichtsreporterin geschrieben hat, eine Krankheit annehmen müsste [4]. Zunächst behauptet man schlichtweg, dass Amoktäter nicht richtig krank sind, dann aber wird, wie zur Beruhigung, die Aussage mit dem Hinweis ergänzt, dass psychotische Patienten seltener gewalttätig sind als normale Durchschnittsbürger. In der Statistik findet sich tatsächlich zwischen der Gesamtheit der psychisch Kranken und der Normalbevölkerung kein Unterschied in Bezug auf Gewaltverbrechen [5]. Wenn man jedoch die schizophrenen Patienten aus dieser Statistik herausnimmt und gesondert betrachtet, ergibt sich in dieser Gruppe ein höherer Prozentsatz an abstrusen Gewalttaten [6]. Das ist keine Diskriminierung von psychisch Kranken, im Gegenteil, wir können den Kranken nur gerecht werden, wenn wir uns auf diese Möglichkeit einstellen. Wirksame Hilfe setzt Kenntnis und Erfahrung voraus – und den Mut, sich dieser Erfahrung zu stellen. Bisher wurde in Deutschland kaum diskutiert, ob Amokhandlungen in einzelnen Fällen auch **Folge einer psychischen Krankheit** sein könnten. Vermutlich wurden wichtige Hinweise übersehen, weil man an eine Krankheit gar nicht gedacht hat. Langman, der in den USA speziell die Anamnese von Amokläufen untersuchte, fand heraus, dass mehr als die Hälfte der Täter an einer schizophrenen Psychose erkrankt war [7]. Bei einer weiteren Gruppe, den psychopathischen Tätern, ist die Schizophrenie-Diagnose wahrscheinlich, aber nicht zu beweisen.

Die Diagnose einer schizophrenen Psychose ist schwieriger geworden, weil sich das Erscheinungsbild der Erkrankung seit Einführung der Psychopharmaka gewandelt hat. Unter der Medikation werden die schizophrenen Symptome undeutlich und psychoreaktive Veränderungen treten in den Vordergrund. Die schizophrenen Patienten sind zwar in der Diagnose meist ihren Ärzten voraus, aber unter der Entlastung durch Neuroleptika können sie die typischen Befunde, die sie fürchten, vor sich selbst und anderen herunterspielen. Sie dissimulieren die Krankheit weniger aus Angst vor Diskriminierung, wie manchmal vermutet wird, sondern aus Sorge um die Integrität ihrer Person. Wenn der Untersucher eine Psychose nicht in Erwägung zieht, werden sie ihn mit den Fakten bedienen, auf die er sich eingestellt hat (Borderline, Kindheitstraumen oder was sonst). Sie werden ihn dagegen ernst nehmen, sobald er zu erkennen gibt, dass er auch psychotische Symptome in seine diagnostischen Überlegungen einbezieht. Er sollte das in seinen Fragen andeuten, aber gleich wieder zurücknehmen. Etwa in der Weise, dass er sagt:
„Ist da noch etwas Anderes, das Ihnen Sorge macht, von dem sie aber nicht sprechen dürfen? Aber ich kann mich irren, das war nur so ein Eindruck."
Wenn das Gespräch diese Wendung nimmt, kann der Patient vielleicht auch über Stimmen, Gedankenbeeinflussung oder das „Gemachte" reden.
Schizophrene Patienten werden selten von einem einzigen Motiv bestimmt. Der Impuls zum Selbstmord oder Amoklauf entwickelt sich aus dem Zusammentreffen von äußeren Einflüssen, die für sich genommen ohne Bedeutung sind, aber in einem Wahnsystem strukturiert werden. Es ist denkbar, dass aggressive Videospiele solche Tendenzen verstärken. In die Auseinandersetzung über die Motive kommt ein neuer Aspekt durch die Mitteilung, dass Suizidabsichten und Mordimpulse auch eine Nebenwirkung von Psychopharmaka sein können, selbst bei der üblichen Dosierung. Unter der Therapie mit Antidepressiva aus der Gruppe der SSRI können sehr selten als Nebenwirkung auch Suizidgedanken auftreten [8]. Den Ausdruck „sehr selten" habe ich bewusst gewählt, um zu vermeiden, dass meine Anregung zur Überprüfung dieser Befunde als generelle Kritik an der Therapie mit Psychopharmaka missverstanden wird. In den letzten 40 Jahren habe ich keinen Patienten gesehen, der in diese Kategorie gehörte, auch nicht als Gutachter vor Gericht. Risiken der Therapie mit Antidepressiva sind seit Jahrzehnten bekannt. Es könnte sein, dass wir einige dieser Erfahrungen neu bewerten müssen. Berücksichtigen sollte man dabei, dass Suizid-Tendenzen ohnehin zu den Komplikationen einer depressiven Verstimmung gehören. Nicht jeder derartige Zwischenfall ist Folge einer Psychopharmaka-Applikation. Gesichert ist auch, dass klassische MAO-Hemmer gelegentlich eine verstärkte Suizidgefährdung provozieren. Durch die initiale Antriebssteigerung kann eine Dissoziation zwischen dem Antrieb und der depressiven Verstimmung auftreten, bei der die aus dem depressiven Lebensüberdruss erwachsenden Suizidimpulse nicht mehr von der depressiven Antriebshemmung blockiert werden. Wir haben gelernt, mit dieser Gefahr umzugehen. Das sollte auch bei den SSRI möglich sein.

Die Diskussion über das Auftreten von Aggressionen oder Suizidhandlungen unter der Behandlung mit Antidepressiva kam auf, nachdem 1984 ein Patient nach der vierwöchigen Einnahme von einem selektiven Serotonin-Reuptake-Hemmer an seinem Arbeitsplatz acht Menschen tötete und dann Selbstmord beging [9]. Es lässt sich aber nicht ausschließen, dass es sich in diesem Fall um die Provokation einer paranoiden Psychose gehandelt hat. Die Beurteilung bleibt strittig. Langman hält den Zusammenhang einer Antidepressiva-Therapie mit Amokhandlungen für unwahrscheinlich [7]. Andererseits gibt es Hinweise, dass insbesondere Kinder und Jugendliche durch SSRI und SNRI gefährdet sind. Die Europäische Zulassungsbehörde EMEA hat angeregt, dass in den wissenschaftlichen Informationen über Antidepressiva auch mögliche Risiken bei Kindern erwähnt werden, die sich in Suizidversuchen und entsprechenden

Phantasien oder feindlichem Verhalten äußern können [10]. Die Gruppe um Healy und Herxheimer hat inzwischen über weitere Fälle berichtet [8]. Ein zwölfjähriger Junge wurde nach der Applikation eines SSRI, die er wegen Verhaltensstörungen erhalten hatte, unruhig und aggressiv und tötete am Ende der dritten Woche die Großeltern, bei denen er untergekommen war. Er gab später an, dass ihm Stimmen im Kopf den Mordbefehl gegeben hätten.

Suizidalität oder Aggressivität nach Verabreichung von Antidepressiva könnten aber auch eine indirekte Folge der pharmakologischen Wirkung sein. Schizophrene Psychosen beginnen häufig mit depressiven Verstimmungen, die sich phänomenologisch von einer affektiven Erkrankung nicht unterscheiden lassen. Wenn man diese Patienten mit Antidepressiva behandelt, kann der Ausbruch einer schizophrenen Erkrankung beschleunigt werden. Bei einer manifesten schizophrenen Psychose reagieren die Patienten manchmal depressiv auf das psychotische Erleben. Oder sie beschränken sich bei ihren Angaben über die Beschwerden bewusst auf das Depressive, weil die schizophrenen Symptome ihnen Angst machen und sie den Untersucher von dieser Diagnose ablenken wollen. Auch in solchen Fällen können durch Antidepressiva schizophrene Symptome aktiviert werden. Nicht vergessen darf man, dass schizophrene Patienten selbst unter einer erfolgreichen Erstbehandlung mit Neuroleptika extrem suizidgefährdet sind. Die Suizidrate ist bei dieser Gruppe von Patienten sehr hoch. Sie werden durch den pharmakologischen Effekt aus der Scheinsicherheit des Wahns herausgerissen und geraten in eine Lebenskrise. Es ist gar nicht so einfach, wenn einer sich eingestehen soll, dass er nicht verfolgt wurde, sondern krank ist und an einer schizophrenen Psychose leidet. Manchmal sehen diese Patienten im Selbstmord den einzigen Ausweg. In einen solchen Suizid werden aber andere Menschen *nicht* mit hineingezogen.

Differentialdiagnose

Bei der Differentialdiagnose der einzelnen Amokanschläge müssen wir alle Motive berücksichtigen, die wir herausgearbeitet haben. Es wäre jedoch vermessen, wenn wir gestützt auf Zeitungsnotizen, TV-Nachrichten und Internet-Blogs eine Diagnose stellen wollten. Andererseits dürfen wir uns auch nicht scheuen, differentialdiagnostisch eine schizophrene Psychose in Erwägung zu ziehen, wenn die Fakten, die uns zur Verfügung stehen, den Verdacht auf eine solche Erkrankung nahe legen. Vor allem das sonderbare Arrangement und die Starrheit in der Ausführung der Taten könnte ein Hinweis auf eine schizophrene Störung sein. Wir sollten uns, wenn sich dieser Verdacht ergibt, noch einmal intensiv mit der Vorgeschichte der Amoktäter beschäftigen. Die Arrangements der Amokhandlungen in Erfurt, Winnenden und Ansbach sind sehr ungewöhnlich und lassen an eine schizophrene Psychose denken. Natürlich werden wir nicht jede Amokhandlung mit einer schizophrenen Störung in Verbindung bringen. Das wäre nicht weniger töricht wie die Annahme, daß alle diese Taten Folge einer psychologisch verständlichen Fehlentwicklung sind.

Zum gegenwärtigen Stand der Diskussion haben wir als Ärzte allen Grund, die Anlässe und die Vorgeschichte der Amokhandlungen noch einmal sorgfältig zu untersuchen. Dazu brauchen wir Tagebücher, Briefe und Notizen der Amokläufer. Und wir sollten Angehörige befragen, Freunde, Klassenkameraden, Lehrer und Kollegen. Wichtig ist, was andere über den Amoktäter sagen und wie sie ihn oder ihr Verhältnis zu ihm beschreiben. Wer in der Psychiatrie tätig ist, wird bestätigen können, dass allein die Art, wie Laien einen Menschen mit psychischen Problemen beschreiben, uns häufig eine Vorstellung vermittelt, ob der Berichterstatter von einem Zwangskranken, einem Depressiven oder einem Schizophrenen spricht. In der Schilderung, die Laien von schizophrenen Patienten geben, widerspiegelt sich die gestörte emotionale Interaktion. Vermutlich ergibt sich der Impuls zu einem Amoklauf aus mehreren Motiven. Dem psychopathologischen Befund des Amoktäters können wir uns (nur) mit Hilfe einer **Partitur des Psychischen** annähern [11]. Die Beschreibung von einzelnen Gedanken oder Triebimpulsen genügt nicht. Wenn wir einen psychopathologischen Befund beschreiben wollen, wird deutlich, wie sehr die Sprache uns einengt. Überschneidungen von Gefühlen und Gedanken können wir immer nur sukzessiv ausdrücken, nicht aber synchron, wie sie tatsächlich erlebt werden. Um wiederzugeben, was ein Mensch in einer Situation denkt, fühlt, leidet, fürchtet, hofft und träumt oder was ihn zum Handeln bewegt, müsste man viele Sätze untereinander stellen, wie die Stimmen in einer Partitur. Denn die Gedanken und Gefühle, die diese Sätze ausdrücken, interferieren ständig miteinander, sie können sich widersprechen, ergänzen, abmildern, aufheben. Manchmal aber finden sich für einen Augenblick verschiedene Intentionen zusammen, so dass aus widerstrebenden Tendenzen der Impuls zu einer Handlung wird (die wieder auf den Handelnden zurückwirkt). Die psychischen Abläufe, seien sie nun bewusst oder unbewusst, lassen sich nur schwer erfassen. Aber wenn wir uns die Interferenz der verschiedenen Intentionen vergegenwärtigen, wird uns in einigen Fällen auch die Dynamik einer Amokhandlung deutlicher werden. Trotzdem wird Vieles offen bleiben. Aber es ist besser, wenn wir zugeben, dass wir etwas nicht wissen, als dass wir als wahr voraussetzen, was auch falsch sein könnte [12].
Die Amokhandlungen der letzten Jahre bestärken mich in der Annahme, dass die überwiegende Mehrheit der Täter an einer schizophrenen Störung erkrankt war.

Konsequenzen für den Hausarzt

Die diagnostische Beurteilung der Amokläufer ist eine ärztliche Aufgabe. Die einzelnen psychologischen, sozialen

oder psychopathologischen Fakten genügen nicht, entscheidend für die Diagnose ist die Verlaufsbeobachtung. Hier ist die Kompetenz des Hausarztes gefragt, der den Patienten seit der Kindheit betreut hat und sich auf eine Wechselbeziehung mit dem Patienten stützt, die sich in Jahren entwickeln konnte. Unter diesen Bedingungen wird auch der Patient weniger Mühe haben, den Kontakt mit dem Hausarzt anzunehmen. Alarmieren sollte der abrupte Wechsel der Stimmung oder eine plötzlich und auf Dauer veränderte Einstellung des Patienten. Vielleicht können sich hausärztlich tätige Kollegen anhand von Schlüsselfragen (s. Textkasten) näher über Verhaltensänderungen bei Jugendlichen orientieren

Die Abgrenzung gegenüber einer pubertären Krise ist schwierig, weil wir bei einem jungen Menschen lieber eine Entwicklungsstörung annehmen, die eine günstige Prognose hat. Aber abrupte emotionale Veränderungen, die das Grundmuster der Persönlichkeit erschüttern, weisen in eine andere Richtung. Pubertäre Schwankungen heben das Grundmuster des Reaktionsrepertoires nicht auf. Manchmal werden die Angehörigen von einer auffallenden Kälte und Gleichgültigkeit des Jugendlichen erschreckt, den sie bis dahin als warmherzig und hilfsbereit erlebt haben.

Verhaltensänderungen bei Jugendlichen: orientierende Schlüsselfragen

- Wann und wie wechselten die Interessen?
- Hatte der Patient sich vorher von der Familie oder von Freunden zurückgezogen?
- Wirkte er plötzlich fremd, kalt oder gleichgültig?
- Und wurde er aggressiv? Wann und gegen wen und mit welcher Begründung?

Das könnten Prodromi einer schizophrenen Störung sein, aber auch diese Symptome sind unspezifisch. Retrospektiv finden wir häufig im Vorfeld einer schizophrenen Erkrankung depressive Verstimmungen, Unbehagen, Kopfschmerz, Antriebsmangel, Leistungsabbruch. Auf Grund solcher Veränderungen kann man bei einem Jugendlichen jedoch nicht prospektiv den weiteren Verlauf oder den Ausbruch einer akuten Psychose voraussagen. Auch ein biologischer Marker fehlt, auf den man sich bei der Diagnose stützen könnte. Bei psychischen Störungen sind wir weiterhin auf das Gespräch mit dem Patienten angewiesen. Das hat auch eine positive Seite, denn der psychisch Kranke braucht den Mitmenschen und menschliche Resonanz. Nach meiner Erfahrung spüren Patienten mit einer beginnenden Schizophrenie die Veränderung, aber sie finden keine Worte dafür. Da ist etwas Unheimliches, das sie betrifft, doch sie können nicht dagegen an.

Hier setzen manchmal neurotische Abwehrmechanismen ein. Aber solche Vorgänge sind sekundär, man darf bei ihrer Darlegung nicht stehen bleiben. Wenn wir das Vertrauen des Patienten gewinnen, geben wir ihm vielleicht eine Chance, dass er über seine Empfindungen spricht. Patienten mit einer beginnenden Schizophrenie konsultieren ungern einen Psychiater, weil sie fühlen, dass ihre Beschwerden über die banalen neurotischen Ängste hinausgehen. Es ist vorstellbar, dass sie sich dem Hausarzt mit ihren Sorgen eher anvertrauen.

Die Differentialdiagnose bei Amoktätern darf die Schizophrenie nicht ausklammern. Wenn wir an die Möglichkeit einer schizophrenen Störung denken, werden wir die richtigen Fragen stellen. Vielleicht erhalten wir dann auch eine Antwort, die uns und dem Patienten weiter hilft. Und wenn wir nur einigen Patienten helfen könnten, wäre das schon viel.

Verfasser:

Prof. Dr. med. Claus Haring ist Neurologe und Psychiater. 1969 bis 1978 war er Oberarzt der Waldhausklinik in West-Berlin. Während dieser Zeit habilitierte er sich 1974 an der Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin mit einer Arbeit über den Begriff des Wahns in der deutschen und der französischen Psychiatrie. Von 1978 bis zu seiner Pensionierung im Jahr 1991 hatte er eine Professur an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Haring lebt und arbeitet heute wieder in Berlin.

LITERATUR

1. Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studirende und Ärzte, 6. Aufl. Johann Ambrosius Bart, Leipzig 1899
2. Bleuler, Eugen: Lehrbuch der Psychiatrie, 15.Aufl. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1983
3. Spiegel online 11.06.2004
4. Friedrichsen, Gisela: Worte fielen über mich her... Spiegel online 22.04.1991
5. Böker , W. und H. Häfner: Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1973
6. Neumann, H.: Schizophrenie und Gewalttat - Dokumente der Erfahrung. Innovations- Verlags-Gesellschaft, Seeheim-Jugenheim 1990
7. Langman, Peter: Amok im Kopf. Warum Schüler töten. Beltz, Weinheim und Basel 2009
8. Healy, David, Andrew Herxheimer, David B. Menkes: Antidepressents and Violence. Problems at The Interface of Medicine and Law, PloS Medicine 3, 9, 1478-1487 (2006)
9. Healy, David: Let them eat Prozac. New York University Press, 124-128 (2004)
10. EMEA Empfehlung in Bezug auf SSRI/NaRI bei Kindern und Jugendlichen. Dtsch.Ärztebl. 2004, 101 (24)
11. Haring, Claus: Psychiatrie, 3. Aufl., Radzun Verlag, Wiesbaden 2004
12. Carl Hohnbaum in einem Brief an C.F. Nasse, Zeitschrift für Psychische Ärzte 1, 1-42 (1821)

Delegierte verabschieden Resolution zu integrierenden Versorgung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 14. April 2010

Eigentlich hätte die kurze Tagesordnung der Delegiertenversammlung am 14. April zügig abgearbeitet werden können. Wenn nicht kurz vor Beginn der Sitzung von sechs Delegierten – darunter Vorstandsmitglied Hans-Detlef Dewitz (Allianz) – ein fraktionsübergreifender Dringlichkeitsantrag eingebracht worden wäre. Dieser Antrag zur Änderung der Berufsordnung hinsichtlich einer Beseitigung der Ungleichbehandlung von Ärzten bei Verträgen zur integrierten Versorgung entwickelte eine ungeahnte Brisanz. Nach umfangreichen Diskussionen konnten sich die Delegierten schließlich auf eine Vertagung der Antragsbefassung in die nächste DV und auf die Verabschiedung einer Resolution einigen.

Von Sascha Rudat

Das Berliner Ärzteparlament machte mit seiner einstimmig verabschiedeten Resolution klar, dass es eine Benachteiligung niedergelassener Kolleginnen und Kollegen ablehnt. Die Delegierten forderten damit Chancengleichheit bei der Gestaltung von Verträgen zur integrierenden Versorgung. Doch zunächst wurden die Delegierten und der Vorstand überrascht von dem Dringlichkeitsantrag zur Änderung von Paragraf 31 der Berufsordnung.

Die Verfasser des Antrages begründeten die Eile damit, dass eine Klarstellung in der Berufsordnung dringend geboten sei. Wolfgang Kreischer (Hausärzte) unterstrich, dass die Behinderung der Kollegen sehr groß sei, so dass schnell eine Änderung der Rechtslage herbeigeführt werden müsse, die Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken auch ohne die Beteiligung einer Krankenkasse ermögliche. Durch eine entsprechende Änderung der Berufsordnung würden solche Kooperationsverträge mit Integrationsverträgen gemäß Paragraf 140a ff SGB V gleichgestellt, so die Verfasser des Antrages.

In der anschließenden Diskussion äußerten zahlreiche Delegierte, dass sie einerseits das Anliegen der Antragsteller unterstützten, aber andererseits die Dringlichkeit nicht erkennen könnten. Harald Mau (Allianz) erklärte, dass die juristischen Sachverhalte zu kompliziert seien, um sie auf die Schnelle beurteilen zu können. Er schlug vor, den Antrag von der Kammer zunächst juristisch prüfen zu lassen.

Dazu riet auch die anwesende Leiterin der Abteilung Berufs- und Satzungsrecht, Martina Jaklin. Sie bezweifelte, dass mit einer Änderung der Berufsordnung den betroffenen Ärztinnen und Ärzten wirklich würde geholfen werden können. Sie äußerte zudem die Befürchtung, dass eine Änderung der Berufsordnung den betroffenen Ärzten suggeriert, dass eine Benachteiligung hinsichtlich des Abschlusses von Verträgen zur integrierten Versorgung aufgehoben sei. Dies sei aber nicht der Fall, Gerichte könnten beispielsweise weiterhin eine Wettbewerbswidrigkeit feststellen. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) warnte ebenfalls vor einer „eventuell trügerischen Rechtssicherheit“. Burkhard Bratzke (Allianz) als einer der Unterzeichner des Dringlichkeitsantrages hielt eine juristische Prüfung hingegen für überflüssig: „Wir sind das Parlament, wir entscheiden!“

Kontroverse Diskussion

In der folgenden kontroversen Diskussion ging es vor allem um die Frage der Dringlichkeit des Antrages. Allgemein wurde die Bedeutung des Themas anerkannt, doch eine schnelle Änderung der Berufsordnung stieß bei vielen Delegierten auf Ablehnung. „Es gibt hier einen Wissensvorsprung bei einigen Delegierten. Ich plädiere dafür, uns ausreichend Zeit zu nehmen“, unterstrich Kilian Tegethoff (Marburger Bund). Er und Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) sprachen sich deshalb für Vorstandsüberweisung aus. Dies hatte zuvor auch schon Vorstandsmitglied Regine Held (Allianz) getan, die die Dringlichkeit des Antrages ebenfalls nicht erkennen konnte.

Nachdem sich keine einheitliche Linie abzeichnete, schlug der Kammerpräsident die Verabschiedung einer gemeinsamen Resolution vor. Die inhaltliche Grundlage solle dazu genutzt werden, den Antrag bis zur nächsten DV am 9. Juni zu prüfen. Gleichzeitig sprach sich Jonitz für ein gemeinsames Vorgehen auf Bundesebene aus, um den Konflikt jenseits der Berufsordnung anzugehen und möglichst zu lösen. Er riet von einer Kampfabstimmung in der DV dringend ab, da diese der Sache nicht dienlich sei. Nach einer Unterbrechung der Sitzung zogen die Antragsteller ih-

ren Antrag zurück und überwiesen ihn an den Vorstand. Die Resolution wurde dann einstimmig von den Delegierten verabschiedet.

10-Punkte-Papier noch in der Bearbeitung

Neben dem Dringlichkeitsantrag befassten sich die Delegierten mit dem 10-Punkte-Papier des Marburger Bundes zur Weiterbildung. Kilian Tegethoff erklärte, dass es wegen der großen Komplexität des Themas eine abschließende Vorstellung des Papiers noch nicht möglich sei. Es konnten aber in Zusammenarbeit mit der Leiterin der Abteilung Berufs- und Satzungsrecht bereits viele juristische Probleme beleuchtet werden. Das Thema werde weiter behandelt, so dass in einer der nächsten Delegiertenversammlungen Änderungsanträge zur Weiterbildungsordnung vorliegen könnten, kündigt Tegethoff an.

Einstimmig verabschiedet wurde daneben der Nachtrag zur Wahl der Prüfer für die Prüfungsausschüsse der Weiterbildung. Außerdem nahmen die Delegierten die Tagesordnung des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden zur Kenntnis.

srd

Resolution der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

Die DV missbilligt ausdrücklich die im SGB V festgelegte Benachteiligung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bei der Möglichkeit, Verträge zur integrierenden Versorgung abzuschließen.

Die DV fordert den Gesetzgeber auf, gleiche Wettbewerbsbedingungen und Chancengleichheit in der Vertragsgestaltung für diejenigen herzustellen, die der Patientenversorgung am nächsten sind.

Die DV stellt fest, dass bereits durch die jetzt geltende Berufsordnung Verträge zur integrierenden Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auch ohne Beteiligung der Krankenkassen möglich sind.

ANZEIGE

ANZEIGENSCHLUSS

Die Zukunft der Notfallmedizin im Visier

Ein hochkarätiges Podium hat am 30. April in der Ärztekammer Berlin die Frage nach der Zukunft der Notfallmedizin gestellt. „Quo vadis – Notfallmedizin?“ hieß die Veranstaltung, die der Kammervorstand – namentlich Vorstandsmitglied Dr. med. Werner Wyrwich – ins Leben gerufen hatte. Zahlreiche Notfall- und Rettungsmediziner hatten den Weg in die Kammer gefunden, um gemeinsam mit den Referenten zu diskutieren, wie eine hochqualitative Notfallmedizin sichergestellt werden kann und vor allem, ob dafür ein eigener Facharzt notwendig ist.

Von Sascha Rudat

Foto: S. Rudat

Vorstandsmitglied Dr. Werner Wyrwich hatte die Veranstaltung initiiert.

Nach der Veröffentlichung eines Konsensus-Papiers mehrerer Fachgesellschaften im Februar flammte bundesweit heftige Diskussion auf. Viele „an der Basis“ arbeitenden Notfallmediziner stehen dem „Konsens“ kritisch gegenüber, sie werfen den Fachgesellschaften vor, den Blick für die Realität nicht mehr zu haben oder protektionistisch zu agieren. „Den Stachel ins Fleisch drücken“ wolle die Berliner Kammer mit dieser Veranstaltung, sagte Unfallchirurg Werner Wyrwich bildhaft in seiner Einleitung. Dass der Stachel piekte, zeigten die ambitioniert vorgebrachten Referate der Podiumsteilnehmer, die aus ganz Deutschland und auch aus Großbritannien angereist waren. Professor Dr. med. Michael-J. Polonius, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, erteilte dem eigenen Facharzt gleich zu Beginn eine Absage. Angelsächsische Länder, in denen der Facharzt teilweise seit Jahrzehnten etabliert ist, taugten seiner Ansicht nach nur bedingt als Vorbild. „Bei uns gilt Facharztstandard“, betonte Polonius. Dieser sei bei einem eigenen Facharzt nicht zu halten, zeige er sich überzeugt. Die Notfallmedizin sei integraler Bestandteil anderer Facharztdisziplinen. Probleme in Notfallaufnahmen seien hingegen meist organisatorischer Natur und nicht durch einen speziellen Facharzt zu lösen.

Ähnlich äußerte sich Professor Dr. med. Alexander Beck, Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Juliusspital Würzburg. Entscheidend sei, dass in der Notfallaufnahme Facharztkompetenz vorgehalten werde. Für den Anästhesisten Professor Dr. med. Bernd Böttinger, Köln, Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin an der Uniklinik Köln und Vorsitzender des European Resuscitation Councils, war vor allem die Frage nach der Behandlungsqualität entscheidend. „Was macht eine Veränderung mit der Qualität?“ – dieser Frage müsse evidenzbasiert nachgegangen werden. Er präsentierte das Ergebnis einer vergleichenden Untersuchung des Outcomes von Notfallpatienten aus Bonn und Birmingham, und führte aus, dass das (bessere) deutsche Ergebnis aus seiner Sicht gegen einen eigenen Facharzt für Notfallmedizin spräche. Er bezweifelte zudem, dass ein breitgefächerter Facharzt für Notfallmedizin die benötigten Fertigkeiten in der notwendigen Qualität aufrecht erhalten kann und plädierte für eine zweijährige Zusatzweiterbildung nach der Facharztanerkennung, die vorzugsweise aus einem der notfallmedizinischen Kernfächer stammt.

Professor Dr. med. André Gries, Direktor der interdisziplinären Notaufnahme Klinikum Fulda, sprach sich für eine zentrale Notaufnahme (ZNA) aus. Dort sollen alle ungeplanten (Notfall-)patienten erstbehandelt werden. In der ZNA erfolgt eine fachspezifische Behandlung und Diagnostik durch ein multidisziplinäres Team. Der Leiter der ZNA hat nach den Vorstellungen Gries' vor allem organisatorische Aufgaben. Die notfallmedizinische Kompetenz sieht er ebenso wie Polonius als notwendigen Teil der jeweiligen Facharztweiterbildung an.

Anders Dr. med. Peter-Friedrich Petersen, Chirurg, Unfallchirurg und Leiter der interdisziplinären Notaufnahme der Uniklinik Aachen sowie Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme (DGINA): Vor dem Hintergrund einer flächendeckenden Einführung eines eigenen Facharztes inner- und außerhalb Europas dürfe Deutschland dieser Entwicklung nicht hinterher laufen. Dem schloss sich Professor Dr. med. Hans-Richard Arntz, Stützpunktleiter NAW/RTH am Charité - Campus Benjamin Franklin an: „Aus inhaltlichen und organisatorischen Gründen ist die Zusammenfassung der präklinischen, klinischen und eventuell innerklinischen Notfallmedizin sinnvoll und notwendig.“ Ein eigener Facharzt sei wegen der immer stärker zunehmenden Spezialisierung zwingend. „Ich bin deshalb überzeugt, dass sich ein Facharzt für Notfallmedizin etablieren wird.“

Von dort, wo sich dieser Facharzt schon längst etabliert hat, berichtete Dr. med. Patrick Dissmann, Consultant in Emergency Medicine am James Cook University Hospital im englischen Middleborough, einer Universitätsklinik mit 1600 Betten. Er nutzte das von Professor Hartwig Bauer gemachte Zitat: „Wir brauchen keinen solchen Tausendsassa“, und widerlegte dieses Statement. Für ihn ist allerdings auch klar, dass sich die umfassenden Fähigkeiten aus verschiedensten Fachdisziplinen nur in einer ebenso umfangreichen

Weiterbildung realisieren ließen, die in Großbritannien acht Jahre beträgt. Ziel der Arbeit der englischen Notfallmediziner sei es, den Patienten optimal, das heißt vor allem ohne zeitliche Verzögerungen, auf Facharztniveau zu behandeln bzw. für die fachspezifische Weiterbehandlung adäquat vorzubereiten. Die als Qualitätsziel in England gesetzlich verankerte „Turnover-Zeit" von vier Stunden werde in der durch Notfallmediziner geführten Einrichtungen stets deutlich unterschritten.

Alles eine Frage der Organisation?

In der anschließenden Diskussion wurden weitere Argumente Pro und Kontra eigenem Facharzt eingebracht. Dissmann sprach dabei die ökonomischen Aspekte an. Gerade in Zeiten knapper Ressourcen sei das Facharztmodell attraktiv. Dem widersprach Böttiger: „Wir sollten nicht überlegen, wie man mehr mit weniger Ärzten machen kann." Im Vordergrund müsse immer die Qualität stehen. Dass die Behandlungsqualität und die Schonung knapper Ressourcen sich nicht ausschließen, sondern zusammengehören und mit dem Facharzt realisert werden, war die Ansicht von Petersen. Aus Sicht von Chirurg Polonius seien die Ursachen für bestehende Mängel vor allem darin zu suchen, dass junge Ärzte in der Weiterbildung oft das notwendige interdisziplinäre Denken und Arbeiten nicht lernen würden. In den Augen von Unfallchirurg Beck sei primär eine gute Organisation für eine hochqualitative Notfallversorgung entscheidend.

Von Seiten des Publikums wurde der Wunsch geäußert, die Probleme praxisnäher zu betrachten. So sagte der Rettungsmediziner Dr. med. Henrik Schierz (Vivantes), er sehe in der Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin eine deutliche Verbesserung. Dieser könne als adäquater Ansprechpartner für die Rettungsmediziner fungieren. Die überwiegende Mehrheit des Publikums zeigte sich ebenfalls von den Vorteilen eines eigenen Facharztes überzeugt, wie ein von Werner Wyrwich initiiertes Stimmungsbild deutlich zeigte. Die Ärztekammer konnte mit diesem fruchtbaren Diskussionsabend die verschiedenen Stimmungslagen gut einfangen und herausarbeiten – auch wenn der Stachel bei dem einen oder anderen etwas gepiekt hat.

srd

ANZEIGE

ANZEIGE

Allgemeiner Hinweis

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Einen vollständigen Überblick über unsere Veranstaltungen erhalten Sie auf unserer Homepage **www.aerztekammer-berlin.de ▸ Ärzte ▸ Fortbildung ▸ Fortbildungen der ÄKB.** Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die von der ÄKB zertifiziert wurden und Fortbildungspunkte erhalten haben, können im **Online-Fortbildungskalender** unter **www.aerztekammer-berlin.de ▸ Ärzte ▸ Fortbildung ▸ Fortbildungskalender** recherchiert werden. Der Fortbildungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachgebieten oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen in Berlin als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
☐ **04.06.–05.06.2010 25.06.–26.06.2010 02.07.–03.07.2010**	**Strukturierte curriculäre 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 Teilnehmergebühr: 400 €	10 P pro Modul
☐ **07.06.–09.06.2010**	**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
☐ **09.06.–11.06.2010 11.06.2010**	**Spezialkurs im Strahlenschutz – bei der Röntgendiagnostik – bei interventioneller Radiologie**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich TN-Gebühr: Spezialk.Rö-diag: 220 € Spezialkurs IR: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs IR)
☐ **19.06.–20.06.2010 24.09.–25.09.2010**	**Diagnostik, Begutachtung und Behandlung posttraumatischer Störungen im interkulturellen Setting** Modul II: Erstellung von Gutachten Modul III: Behandlung (weitere Informationen s. S. 13)	Haus der Diakonie Paulsenstr. 55 12163 Berlin	Anmeldung: Frau Hofmann-Britz, Tel.: 88 71 40-0, Fax: 88 71 40-40 E-Mail: info@ psychotherapeutenkammer-berlin.de Teilnehmergebühr: Modul II: 200 € Modul III: 160 €	20 P (Modul II) 16 P (Modul III)
☐ **23.06.2010**	**Datenschutz in Arztpraxen** (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung unter: i.wegner@aekb.de keine Teilnehmergebühr	3 P
☐ **25.06.2010**	**Vom CIRS-Anwender zum CIRS-Experten: Professionelle Analysen von CIRS-Berichten**	Langenbeck-Virchow-Haus Luisenstraße 58/59 10117 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401, -1403 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmer-Gebühr: 200 € Netzwerk CIRS-Berlin: 100 €	10 P
☐ **06.09.–15.09.2010 (Kursteil A1) 15.09.–24.09.2010 (Kursteil A2)**	**Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Kurs A: 960 € Kursteile A1, A2: 480 €	60 P pro Kursteil
☐ **25.09.2010**	**Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 135 €	9 P
☐ **28.10.–30.10.2010**	**Intensivseminar Fallanalyse** (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1205 E-Mail: a.hofmann@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmer-Gebühr: 530 €	27 P

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

Depressionen – Workshop für Ärzte und Apotheker

Depressive Störungen sind oft langwierig, rezidivierend und zu chronischem Verlauf tendierend. Antidepressiva sind die am häufigsten verordneten Psychopharmaka im ambulanten Bereich und besitzen auch in der Klinik einen hohen Stellenwert. In den letzten Jahren ist deren Palette um viele verschiedene selektive bzw. dual-wirksame Substanzen erweitert worden. Der Workshop beleuchtet insbesondere die diffusen Symptome, Compliance, Motivationsdefizite bei den Patienten und berücksichtigt die Übergangssituation der Patienten zwischen Apotheke und Arztpraxis. Die Themen werden mit ärztlichen Kollegen und Apothekern gemeinsam erarbeitet und Ansätze der Zusammenarbeit diskutiert.

Referenten:
Dr. med. Claudia Wildfeuer (Fachärztin für Allgemeinmedizin)
Dr. rer. nat. Otto Dietmaier (Pharmaziedirektor, Leiter der Apotheke Klinikum am Weissenhof, Weinsberg)

Moderation:
Dr. Christian Heyde

Termin: Samstag, 12.06.2010, 15.00-18.30 Uhr
Ort: Angleterre Hotel Berlin, Friedrichstraße 31, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich:
Ärztekammer Berlin, Tel. 408 06-1207, E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de
Teilnehmergebühr: 50,00 EUR, 4 Fortbildungspunkte

Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyseke

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren bewirken, dass aus mehreren kritischen Ereignissen schwere Zwischenfälle entstehen. Wie kann die Wahrscheinlichkeit reduziert werden, dass sich Zwischenfälle wiederholen?

Die ÄKB bietet gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit das Seminar „Fallanalyse" an. Ziel des Seminars ist es, ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln. Sie lernen aufgetretene Fehler und Schadensereignisse zu analysieren und die Ergebnisse zu kommunizieren.

Anhand von Kurzvorträgen werden die theoretischen Grundlagen und Konzepte der Fehlerentstehung vorgestellt. Mit Fallbeispielen wird die Technik der Prozessanalyse /Systemanalyse (root cause analysis) eingeübt. Besonderer Wert wird dabei auf die Betrachtung der Organisationsfaktoren wie Sicherheitskultur, Arbeiten im Team, Kommunikation, Gestaltung von Arbeitsabläufen u. a. gelegt.

Das Intensivseminar richtet sich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Termin: Donnerstag 28.10.2010 - Samstag 30.10.2010

Bitte melden sie sich an bei: a.hofmann@aekb.de (Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement" der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2010 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet. Die drei 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: 06.09.2010 bis 11.09.2010 / Woche 2: 01.11.2010 bis 06.11.2010 / Woche 3: 13.12.2010 bis 18.12.2010 (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: Tel.:40806-1207 (Organisation), Tel.: 40806-1400 (C. Markl-Vieto, Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2010@aekb.de

Datenschutz in Arztpraxen

Alles was Sie schon immer über Datenschutz wissen wollten

Der einführende Vortrag umfasst unter anderem folgende Themen:
- Rechtsgrundlagen für die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz
- Rechte des Patienten in Bezug auf die über Ihn gespeicherten Daten
- Datenübermittlungspflichten und -rechte des Arztes gegenüber Dritten
- Datenschutzgerechte Praxisorganisation

Im Anschluss an den Vortrag steht ausreichend Zeit für Fragen zur Verfügung.

Termin: Mittwoch, 23.Juni 2010, 19.00 – 20.30 Uhr
Ort: Ärztekammer Berlin

Weitere Informationen: I.Wegner@aekb.de Tel.: 40806-1402

Impfungen in der Praxis

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen STIKO-Empfehlungen und den allgemeinen Grundlagen von Aufklärung bis Impfversager, Nutzen-Risikoabwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen und praxisrelevante Fragen.

Termin:	Sonnabend, 30.10.2010, 9.00 - 17.30 Uhr
Kursleitung:	Dr. med. Christian Schönfeld (Institut für Tropenmedizin, Berlin)
Kursgebühr:	100 Euro (inkl. Verpflegung) 10 Fortbildungspunkte
Veranstaltungsort:	Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Anmeldung:	Ärztekammer Berlin (Tel.: 40806 1215, Fax: 40806 55-1399, E-Mail: fb-aag@aekb.de)

Wollen Sie eine Anzeige schalten? Einfach eine E-Mail an mb@l-va.de

Scheffner-Gedenksymposium

und die Ausbildung zum guten Arzt

Es war ein bewegendes Symposium. Man merkte, wie sehr Dieter Scheffner allen fehlt, natürlich besonders jenen, die sich trotz heftigen Gegenwinds um die Reform des Medizinstudiums bemühen. Da zu den wichtigsten inhaltlichen Reformelementen das Heranführen an die eigentlichen (und nicht nur fachmedizinischen) Fähigkeiten eines guten Arztes gehört, war es sinnvoll, das Gedenken an den im letzten Jahr Verstorbenen mit einem Workshop über soziale Kompetenzen im Medizinstudium zu verbinden. Scheffner hat ihn kurz vor seinem Tode noch mit vorbereitet.

„Er war ein Teamplayer ohne Diktatorenallüren, ein unermüdlicher, stes freundlicher, nie resignierter Verfechter der Studienreform", sagte Harald Mau. Nach der Wende war er zugleich mit Scheffner Dekan, der eine im Westen, der andere im Osten Berlins. Die beiden tauschten sich aus, und Scheffner ermutigte eine AG Studienreform an der Charité, die den Patienten biopsychosozial betrachten und zum Beispiel die Allgemeinmedizin stärken sollte.

Dieter Scheffner

„Scheffner war Visionär und tatkräftiger Realist zugleich – als unermüdlicher Kämpfer für die Reform der medizinischen Ausbildung", erinnerte sich Hermann Heimpel, emeritierter Ulmer Hochschullehrer. Der Hämatologie-Chef der einstigen Reform-Universität Ulm sprach über die immer neuen und immer wieder scheiternden Versuche, das Medizinstudium zu modernisieren, von Maria Theresias Anstrengungen in der Ära der Aufklärung bis zur konstruktiven Revolte Berliner Medizinstudierender gegen ihre schlechte Ausbildung im Unimut-Streiksemester 1988/89.
Dank der unermüdlichen Zielstrebigkeit Scheffners, des langjährigen Dekans der FU-Fakultät Virchow-Klinikum, entstand daraus nach zehnjährigen Anstrengungen der Berliner Reformstudiengang Medizin (s. BERLINER ÄRZTE Heft 11/2009).

Wie Heimpel berichtete, brachte Scheffner 1990 in den legendären „Murrhardter Kreis" innovativer Hochschullehrer die bisher fehlende Sicht der Studierenden ein. Ihr revolutionärer Elan wurde durch ihren Dekan, der ihnen zuhörte und sie ernst nahm, in geregelte Bahnen gelenkt, sagte Hans-Jürgen Firnkorn. Er war damals Leiter der Gesundheitsabteilung bei der Robert Bosch Stiftung und auch Initiator von deren (anfangs in Murrhardt tagenden) „Arbeitskreis Medizinerausbildung". Die Stiftung förderte den Berliner Reformstudiengang länger als alle anderen Projekte, denn Scheffner überzeugte immer wieder mit seiner gedanklichen Klarheit und unerschütterlichen Gelassenheit, seiner Zähigkeit und seinem taktischen Geschick, sagte Firnkorn.

Die Bosch Stiftung war jetzt auch in ihren Berliner Räumen Gastgeberin und Mitveranstalterin des Gedenk-Symposiums, das nicht etwa von der Charité, sondern zusammen mit dem Ausschuss Kommunikative und soziale Kompetenzen der „Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA)" ausgerichtet wurde. Zum Training der kommunikativen Fähigkeiten künftiger Ärzte bieten fast alle deutschen Fakultäten Kurse in Gesprächsführung, teils (wie beim Berliner Reformstudiengang) sehr professionell und sogar mit Simulationspatienten. Aber andere Kernkompetenzen des Arztes würden meist einfach vorausgesetzt, sagte der Düsseldorfer Medizinsoziologe Johannes Siegrist. In seinem Auftakt-Vortrag zum Workshop forderte er, sie explizit zu schulen und stattdessen die ex-

ANZEIGE

ANZEIGE

trem umfangreichen und fächerbezogenen Stoffkataloge zu reduzieren. In allen modernisierten Curricula habe sich das exemplarische Lernen an klug ausgewählten häufigen Krankheitsproblemen bewährt, auch im Berliner Reformstudiengang.

Denn, so Siegrist, „Ärzte, die über gezielt und qualifiziert vermittelte soziale Kompetenzen verfügen, sind besser in der Lage, die essenziellen Erfordernisse Patientenwohl, Patientenautonomie und medizinisch-soziale Gerechtigkeit zu erfüllen". Wie Heimpel anmerkte, werden die Studienanfänger, die anfangs noch viel Empathie und Sensibilität für die sozialen Dimensionen der Medizin haben, nach vielfältiger Erfahrung während der einseitig kognitiven Ausbildung eher desensibilisiert.

Ein hilfreiches Diskussionspapier

Dem entgegenwirken will das Baseler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium" (publiziert, bei „open access", in: GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung 2008, Vol 25/2, ISSN 1860-3572). Gegenstand des Berliner Workshops waren die ersten Erfahrungen der Teilnehmer, fast durchweg Lehrende an Medizinischen Fakultäten, mit diesem Positionspapier, das der GMA-Ausschuss „Kommunikative und soziale Kompetenzen" in früheren Workshops nach ausländischen Vorbildern entwickelt hat. (Informationen über die Workshops: www.carus-stiftung.org/).

Dieses Diskussionspapier hat zum Ziel, im Detail und als konkrete Lernziele jene Fähigkeiten zu definieren, die am Ende der Ausbildung alle Absolventen haben sollten, und dies in allen Curricula zu verankern, sagte die Sprecherin des Ausschusses, Claudia Kiessling, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Baseler Studiendekanat. Vor zwei Jahrzehnten gehörte sie zu den gegen ihre schlechte Ausbildung revoltierenden Berliner Medizinstudierenden, baute den Reformstudiengang mit auf, leitete ihn später zeitweise und verließ ihn schließlich.

Deutschland ist in der Frage der Vermittlung sozialer Kompetenzen im Medizinstudium um 20 bis 30 Jahre im Rückstand, sagte Claudia Kiessling. Das Baseler Consensus Statement baut darauf, dass sie durchaus erlernbar und durch Training zu verbessern sind, was auch durch Studien belegt ist. Im Berliner Workshop wurden einzelne Unterrichtseinheiten vorgestellt, die auf den Baseler Vorschlägen basieren und sie variieren, vor allem vereinfachen. Ein Beispiel: Interprofessionelle Teamarbeit lässt oft zu wünschen übrig, so dass Reibungsverluste und Fehler entstehen. Auf der Grundlage der Baseler Empfehlungen lässt sich die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe aber einüben. Die Erlanger Internistin und Master of Medical Education, Anita Schmidt, stellte ihren Kurs für Medizinstudierende und Pflegeschülerinnen vor, der beide Gruppen von Anfang an miteinander ins Gespräch bringt und ihre Zusammenarbeit in realistischen Szenarios trainiert. Dieser Wahlpflichtkurs „Arbeiten im interdisziplinären und interprofessionellen Team" ist so beliebt, dass es eine Warteliste gibt, obwohl er am Freitagnachmittag stattfindet.

Rosemarie Stein

Wahl

zur 13. Amtsperiode der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

Der Wahlausschuss gibt Folgendes bekannt:

1. Wahlzeitraum

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat gemäß § 6 der Wahlordnung (WahlO) den Wahlzeitraum für die Wahl zur 13. Amtsperiode der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin auf die Zeit

vom 19. Oktober 2010 bis zum 3. Dezember 2010, 18:00 Uhr

festgelegt.

2. Wählerliste

Die Wählerliste liegt vom

24. Juli 2010 bis einschließlich 30. Juli 2010

in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin aus. Sie kann von den Kammerangehörigen oder deren Bevollmächtigten montags bis freitags von 9:00 Uhr bis 15:00 Uhr, mittwochs zusätzlich bis 20:00 Uhr, eingesehen werden.

Wahlberechtigt sind die Kammerangehörigen, soweit sie nicht nach § 8 Abs. 2 des Berliner Kammergesetzes (BerlKG) vom Wahlrecht ausgeschlossen sind (§ 4 Abs. 1 WahlO). Ein Wahlberechtigter kann von seinem Wahlrecht nur Gebrauch machen, wenn er in die Wählerliste eingetragen ist (§ 4 Abs. 2 WahlO). Wählbar als Delegierte sind die wahlberechtigten Kammerangehörigen (§ 5 WahlO).

Einsprüche gegen den Inhalt der Wählerliste können

bis einschließlich 6. August 2010

schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, eingelegt werden. Der Einspruch ist zu begründen. Soweit behauptete Tatsachen nicht offenkundig sind, sind die erforderlichen Beweismittel beizufügen.

3. Wahlvorschläge

Der Wahlausschuss fordert hiermit zur Einreichung von Wahlvorschlägen auf. Diese müssen

bis zum 13. August 2010, 18:00 Uhr

bei der Ärztekammer Berlin - Wahlausschuss - Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, eingegangen sein.

Wahlvorschläge, die nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist beim Wahlausschuss eingehen oder nicht den Inhalts- und Formbestimmungen der Wahlordnung entsprechen, können nicht zu der Wahl zugelassen werden (§ 17 Abs. 1 u. 2 WahlO).

Ein Wahlvorschlag kann mit einem Kennwort (bzw. Listenbezeichnung) gekennzeichnet werden. Das Kennwort (bzw. die Listenbezeichnung) kann aus mehreren Wörtern bestehen. Der Wahlausschuss kann ein Kennwort (bzw. eine Listenbezeichnung) zurückweisen, das (bzw. die) Strafgesetze verletzt oder keine hinreichende Unterscheidungskraft besitzt. Gehen mehrere Wahlvorschläge unter dem gleichen Kennwort (bzw. unter der gleichen Listenbezeichnung) ein, so gilt das Kennwort (bzw. die Listenbezeichnung) für den zeitlich früher eingehenden Wahlvorschlag. Zivilrechtliche Bestimmungen über den Schutz von Namen und Zeichen bleiben unberührt. Mit einem Wahlvorschlag können beliebig viele Bewerber vorgeschlagen werden. Jeder Wahlvorschlag muss jedoch mindestens fünf Bewerber enthalten. Die Bewerber müssen mit Namen, Vornamen, gegebenenfalls akademischem Grad, Tätigkeitsmerkmal und Tätigkeitsort oder Wohnsitz laufend nummeriert aufgeführt werden. Die Bewerber müssen nach der Wahlordnung und nach den Bestimmungen des Berliner Kammergesetzes wählbar sein. Wählbar sind die wahlberechtigten Kammerangehörigen. Nicht wählbar ist,

Foto: ???

ANZEIGE

wer nach § 8 BerlKG vom aktiven Wahlrecht ausgeschlossen ist oder wer infolge Richterspruchs die Wählbarkeit, die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter oder das passive Kammerwahlrecht nicht besitzt (§ 9 Abs. 2 BerlKG). Vom aktiven Wahlrecht ist ausgeschlossen, wer infolge Richterspruchs das Recht, in öffentlichen Angelegenheiten zu wählen oder zu stimmen, oder infolge berufsgerichtlicher Verurteilung das aktive Kammerwahlrecht nicht besitzt (§ 8 Abs. 2 Nr. 1 BerlKG), wem zur Besorgung aller seiner Angelegenheiten ein Betreuer nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt worden ist – dies gilt auch, wenn der Aufgabenkreis des Betreuers die in § 1896 Abs. 4 und § 1905 des Bürgerlichen Gesetzbuches bezeichneten Angelegenheiten nicht erfasst (§ 8 Abs. 2 Nr. 2 BerlKG) – und wer aufgrund einer Anordnung nach § 63 des Strafgesetzbuches in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht ist, wenn die Unterbringung auf der Feststellung der Schuldunfähigkeit nach § 20 des Strafgesetzbuches beruht (§ 8 Abs. 2 Nr. 3 BerlKG).
Dem Wahlvorschlag ist eine persönlich unterzeichnete schriftliche Erklärung eines jeden Bewerbers beizufügen, in der er sich mit der Aufnahme seiner Person in den Wahlvorschlag zur 13. Amtsperiode der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin einverstanden erklärt (Einverständniserklärung). Ein Bewerber darf nur in einem Wahlvorschlag benannt werden. Bewerber, die in mehreren Vorschlägen benannt sind und entsprechende schriftliche Erklärungen abgegeben haben, werden von dem Wahlkoordinator bis zum 91. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums aufgefordert, dem Wahlausschuss bis zum 85. Tag vor dem Ende des Wahlausschusses schriftlich zu erklären, für welchen Vorschlag sie sich entscheiden. Der Wahlausschuss streicht ihre Namen als Bewerber in den anderen Wahlvorschlägen. Wird die Erklärung nicht bis zum Ablauf der Erklärungsfrist abgegeben, so wird der Name des Bewerbers in allen Wahlvorschlägen gestrichen.

Ein Wahlvorschlag muss von mindestens 20 Wahlberechtigten unterstützt werden. Die Unterstützer müssen mit Namen, Vornamen, gegebenenfalls akademischem Grad, Tätigkeitsort oder Wohnsitz bezeichnet werden. Der Unterstützer hat die Erklärung persönlich zu unterzeichnen (Unterstützungserklärung). Es ist zulässig, dass ein Wahlberechtigter mehrere Wahlvorschläge unterstützt. Die Einverständniserklärung eines Wahlbewerbers gilt zugleich als Unterstützung des Wahlvorschlages, in dem er benannt ist.

Für jeden Wahlvorschlag sind eine Vertrauensperson sowie deren Stellvertreter mit Namen, Vornamen, gegebenenfalls akademischem Grad sowie ladungsfähiger Anschrift zu benennen.

Für die Wahlvorschläge, die Einverständniserklärungen, die Unterstützungserklärungen sowie die Benennung der Vertrauenspersonen sind von der Ärztekammer Berlin ausgegebene Vordrucke zu verwenden und vollständig auszufüllen.

Ein Merkblatt für die Vorstellung der Wahlvorschläge 2010 kann bei der Ärztekammer Berlin – Wahlkoordinator, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, angefordert werden.

Hinweis des Wahlkoordinators:

Sämtliche für die Einreichung der Wahlvorschläge erforderlichen Formulare liegen auch auf der Homepage der Ärztekammer zum Herunterladen bereit.

ANZEIGEN

Angst im Krankenhaus

Die Evangelische Akademie zu Berlin, die Katholische Akademie in Berlin e.V. und das St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof luden am 27. März 2010 zum 30. Workshop Medizinethik in die Französische Friedrichstadtkirche, Berlin-Mitte ein. Die Veranstalter initiierten einen interdisziplinären Gedankenaustausch zum Thema „Angst im Krankenhaus: Überwinden, Lindern, Aushalten".

Von Ulrike Hempel

„Im Krankenhaus ist man nur Objekt und nicht mehr Subjekt", poltert ein älterer Herr, das dünne Haar streng zurück gekämmt. Er hält sich an dem Stuhl aus der Vorderreihe fest und beklagt, der einfache Mann sei für die Ärzte kein Gesprächspartner auf Augenhöhe. „Ich sage Ihnen mal was: Sie können eine ordentliche Therapie in einem Zelt machen, wenn das Personal kompetent ist", schimpft er aufgebracht.

Emotional aufgeladene Patienten- und Betroffenenmeinungen berühren Fachkreise oft unangenehm. Dennoch: Sie geben 1:1 die „allgemeine Denke" wieder, denn zweifellos, Angst und Krankenhaus liegen dicht beieinander. Mehr als die Hälfte aller Bundesbürger (54 Prozent) fürchtet sich vor einem Krankenhausaufenthalt. Gut jeder Zehnte hat sogar große Angst davor. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Forsa-Umfrage unter 1006 Personen im Auftrag der HanseMerkur Versicherungsgruppe. Vor allem gesetzlich Versicherte seien überdurchschnittlich besorgt, teilte die Kasse im November 2009 mit. Ganz oben auf der Liste stünden die Angst vor Behandlungsfehlern (65 Prozent) und erfolglosen Therapien (61 Prozent). 55 Prozent der Befragten beunruhigt die Vorstellung, sich mit gefährlichen Keimen anzustecken oder Schmerzen zu erleiden (53 Prozent). 86 Prozent wünschen sich mehr Zuwendung durch die Ärzte.

Angst im Krankenhaus ist menschlich und erwartbar. Nicht jede Sorge oder die Furcht vor den Folgen von Krankheit lässt sich einfach zerstreuen. Und doch kommt es vor, dass Ängste von Patienten oder deren Angehörigen durch die Umgebung und die spezifischen Abläufe des Krankenhauses unnötig verstärkt werden. Ziel des 30. Workshops Medizinethik war es, das Phänomen Angst im Krankenhaus zu analysieren. Wie gehen Klinikmitarbeitende mit den Ängsten der Patienten vor Krankheit, Leid und Tod um? Wie mit den eigenen Ängsten? Kann eine Atmosphäre geschaffen werden, die Ängste reduziert? Im täglichen Leben ist den Menschen ihre Rolle vertraut, im Krankenhaus verliert der Mensch als Patient jedoch seinen Status: diagnostische Maßnahmen verletzen die Intimsphäre, Patienten, die sich nur noch als Nummer fühlen, haben Angst übersehen zu werden.

Was ist Angst?

Die Referentin Dr. Ute Schlömer, Psychologische Psychotherapeutin in Potsdam, beschrieb Angst wie folgt:

- Gehört unvermeidlich zum Leben, von der Geburt bis zum Tod,
- kann durch alles ausgelöst werden,
- hat eine persönliche Prägung,
- ist ein psychosomatisches Geschehen,
- hat nicht nur negative Aspekte,
- kann uns schützen und aktivieren,
- hat viele Gesichter (zeigt sich u.a. in Auflösung, Weinen, Zittern, Arroganz, Aktionismus),
- enthält die Aufforderung, den Impuls anzunehmen und zu überwinden.

Welche Hilfe können die Mitarbeiter den Patienten zur Angstbewältigung geben? Schlömer rät, mit den Patienten über ihre Angst zu reden, um sie zu minimieren. Informationen sind wichtig, vor allem hinsichtlich der Frage: Wie geht es jetzt weiter? Aber auch Transparenz und organisatorische Umsichtigkeit, wie etwa Vermeidung von unnötigen Wartezeiten sowie Fürsorge und Zuspruch, reduzieren Angst. Ebenso wie die konsequente Wahrung der Privatsphäre, d.h. keine Diagnosemitteilung im Mehrbettzimmer, auch nicht auf dem Flur und schon gar nicht in respektlosem Ton wie etwa: Da haben Sie aber ein schönes Karzinom. „Meine Erfahrung ist", so Schlömer, „dass Patienten Angst gut annehmen und überwinden können, wenn sie das bekommen, was auch Kindern gegeben wird: zum Beispiel eine Wärmflasche, gedämpftes Licht, ein Plüschtier und Zuwendung". Es sind vor allem die Kleinigkeiten, die Patienten in der Klinik schützen und stützen. Rückzugsräume statt riesiger Wartezimmer, in denen man „alle und alles sehen muss". Ansprechende, gepflegte Zeitungen und Zeitschriften statt zerrupfter Papierstapel, die Patienten das Gefühl vermitteln, ebenfalls zerfleddert und abgewrackt zu sein. Lange Wände dekoriert mit USA-Reisefotos eines Patienten statt abgeschmackter 0815-Kunstdrucke.

Krankenzimmer

Die Angst des Patienten vor Abhängigkeit vom Personal, Kontrollverlust, fremdbestimmtem Tagesablauf kann beeinflusst werden, indem die Umgebung des Bettes – „Alles oberhalb der Bettdecke ist nicht mehr privat", sagte die Architektin Ursula Wilms des Büros Heinle, Wischer und Partner Berlin – sorgsam gestaltet wird. So ist in Mehrbettzimmern beispielsweise darauf zu achten, dass die Betten bezüglich Fenster und Tageslicht einander gegenüber und nicht in einer Reihe angeordnet werden. Die individuelle, gegenüberliegende Bettstellung bewirkt bei den Patienten das Gefühl von Gleichberechtigung, so die Architektin in ihrem Vortrag „Dialog zwischen Medizin und Architektur". Das scheint ein wesentlicher Fakt zu sein, wenn man bedenkt, dass laut der Forsa-Umfrage 52 Prozent der Befragten Angst haben, mit unangenehmen Zimmergenossen zusammenzuliegen. Dank der Ausführungen der Architektin wurde vor allem sichtbar, was in Kliniken

alles möglich sein könnte, gemessen am Praxisalltag aber noch flächendeckend an Umsetzung mangelt.

Wie gehen Mitarbeiter mit Patientenangst um?

Zwei persönliche Erfahrungsberichte vermittelten dem Workshoppublikum einen Eindruck, mit welchem Verhalten sich die Mitarbeiter Patientenängsten stellen.

Gabriele Lowitsch aus Berlin arbeitete 30 Jahre als OP-Schwester, 2002 erkrankte sie an Brustkrebs. Sie schilderte „die Achterbahnfahrt in die Tiefe" nach dem Befundgespräch. „Man hat die Hälfte der möglichen Therapie nicht verstanden, weil man noch unter Schock steht", erzählte Lowitsch und wünscht sich, dass es zeitnah zum Arzt-Patientengespräch die Chance gibt, mit einem professionellen Helfer zu sprechen. Sie hätte jemanden gebraucht, der stark ist, dem man sofort alle drängenden Fragen stellen kann und der die Angst nimmt, ganz allein mit dem Kommenden zu sein. Ihre Arbeits- und Klinikkollegen hatten erstaunliche Hemmschwellen, zwischenmenschlich auf ihre Erkrankung zu reagieren. Lowitsch wollte von ihnen Unmittelbarkeit und Herzlichkeit, „damit kann man beim Betroffenen nichts falsch machen". Lieber eine falsche als gar keine Reaktion. Dr. med. Dipl.-Theol. Hans Willner, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, St. Joseph Krankenhaus, befürwortet gegenüber dem Patienten Spontanität. Er riet: „Folge deinem Herzen und deinen mitmenschlichen Regungen, auch wenn sie unvollkommen sind!"

Verdrängungsmechanismen

Die Lehrerin für Pflegeberufe Barbara Richter schilderte mutig und berührend ihre Ängste als Mutter und die ihrer mit 26 Jahren verstorbenen Tochter. Aus eigenem leidvollem Erleben mahnte sie Fürsorge vom Personal und professionelle Kommunikation von Seiten der Ärzte an. Die Mitarbeiter in Krankenhäusern benötigen unbedingt professionelle Unterstützung, denn, so Richter, „nur wer über seine eigene Angst sprechen kann, kann auch auf die Ängste der Patienten eingehen." Begleitung kann es nur punktuell geben, aber die Bereitschaft zum Zuhören und die Angst des Patienten und seiner Angehörigen auszuhalten, sollte vorhanden sein. Sie weiß um die Verdrängungsmechanismen bei der Konfrontation mit Patientenangst: das Zimmer meiden, Patienten nicht ansehen und nicht ansprechen, einem Gespräch ausweichen, Worthülsen plappern oder harte Sprüche klopfen. Als Lehrerin ist es ihr ein Anliegen, die Auszubildenden durch praktisches Lernen u. a. in Rollenspielen für die Belange und Bedürfnisse der Patienten zu sensibilisieren. Ja, man dürfe zu einer Patientin auf der Krebsstation ‚Herzlich Willkommen' sagen, um ihr zu zeigen, dass sie hier mit ihrer Krankheit und mit ihren Ängsten richtig sei, fasst Richter zusammen und ermutigt Klinikmitarbeiter dazu, unbedingt mit den Patienten zu sprechen, um ihre Angst zu mildern.

Diesen Gedanken nahm Professor Dr. med. Thomas Poralla, Chefarzt und Ärztlicher Direktor St. Joseph Krankenhaus, Berlin-Tempelhof zum Schluss der Veranstaltung auf. Der alte Arzt spricht latein, der junge Arzt spricht englisch, der gute Arzt spricht mit dem Patienten, sagte er und gab dem Publikum mit auf den Weg: „Seien sie menschlich!" Der ältere Herr, vorne links im Publikum, nickte. So redet ein Arzt auf Augenhöhe. Zufrieden setzte er seinen Hut auf, klemmte den Regenschirm keck unter den Arm, dann verließ er den Französischen Dom auf dem Gendarmenmarkt.

Verfasserin:
Ulrike Hempel, Medizinjournalistin

ANZEIGE

Ergebnisse der Berliner Neonatalerhebung im Vergleich

Seit 1998 wird in Berlin eine flächendeckende Neonatalerhebung durchgeführt. Die Ergebnisse werden von den teilnehmenden Kliniken systematisch genutzt, um ihre Versorgungsqualität zu verbessern. Eine Ergebniskonferenz bei der Ärztekammer Berlin gibt Gelegenheit, Trends und Auffälligkeiten zu diskutierten und für bestimmte Problemlagen gemeinsam Standards zu entwickeln. In diesem Beitrag werden aktuelle Ergebnisse der Berliner Neonatalerhebung mit Ergebnissen aus Bayern und Baden-Württemberg verglichen.

In der Neonatalerhebung wird die Versorgungsqualität aller in den ersten 10 Lebenstagen stationär aufgenommenen Neugeborenen erfasst; seit Ende der 90er Jahre erfolgt dies in allen deutschen Bundesländern in nahezu einheitlicher Weise. Zu den erhobenen Parame-tern zählen u. a.: Mortalität nach Schwangerschaftsdauer und Geburtsgewicht, Sauerstoffzufuhr über mehr als 28 Tage, maschinelle Beatmung, Antibiotika-/ Sepsisrate, Hirnblutung, Retinopathie, Hörscreening.

Sie stellt damit eine wichtige Maßnahme zur externen Qualitätssicherung der Neugeborenenversorgung in Deutschland dar. Durch die Analyse der in der Neonatalerhebung erhobenen Qualitätsindikatoren können Aussagen über die Qualität der perinatalen Versorgung im jeweiligen Bundesland und auch der einzelnen Klinik gemacht werden. Jede Klinik kann so eine Rückmeldung darüber bekommen, in welchen Bereichen ihr Potential zur Optimierung der Behandlungsqualität besteht.

ANZEIGE

Die Neonatalerhebung ermöglicht somit eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung kranker Neugeborener.

Seit 1998 wird die Berliner Neonatalerhebung systematisch zur externen Qualitätssicherung genutzt, um an den teilnehmenden Berliner Kliniken die Versorgung von kranken Neugeborenen zu optimieren; seit 2007 nehmen alle Berliner Kinderkliniken daran teil.

Ebenso wie in Berlin, wird auch in Bayern und Baden-Württemberg eine Neonatalerhebung durchgeführt. Baden-Württemberg ist hier eines der kompetentesten Bundesländer mit seit vielen Jahren sehr guten Ergebnissen in der Versorgung Früh- und Neugeborener. Im Folgenden möchten wir deshalb die Ergebnisse der Berliner Neonatalerhebung für das Jahr 2008 den Ergebnissen von Bayern und Baden-Württemberg gegenüberstellen.

Säuglingssterblichkeit

Seit Anfang der 80er Jahre hat die Säuglingssterblichkeit in Berlin eine deutliche Reduktion erfahren. Nachdem die Zahlen einige Jahre über dem Schnitt der Bundesrepublik bzw. der DDR lagen, war die Berliner Säuglingssterblichkeit 1991 erstmals auf Bundesniveau angelangt und hatte sich damit seit 1982 halbiert (1982: 14,5‰, 2008: 3,4‰). Seit 1997 liegt sie kontinuierlich unter dem Bundesschnitt, in den Jahren 2000 und 2001 stellte die Berliner Säuglingssterblichkeit sogar die bundesweit niedrigste dar.

Die sinkende Säuglingssterblichkeit war nicht nur ein Berliner, sondern ein deutschlandweites Phänomen. Seit Beginn der 80er Jahre fiel die Säuglingssterblichkeit in der BRD bzw. der DDR mehr als um die Hälfte auf 3,7 pro 1000 Lebendgeborenen im Jahr 2008[1]. Mit dieser Säuglingssterblichkeit zählt Deutschland im internationalen Vergleich derzeit zu den 15 führenden Ländern, liegt allerdings innerhalb dieser Gruppe auf einem der hinteren Plätze. Zugleich war die im Lauf der letzten 20 Jahre verbesserte neonatale Überlebensrate in Deutschland von einem massiven Abfall der Geburtenzahlen begleitet. Im Jahr 2008 betrug die Geburtenzahl bei einer Bevölkerung von n=82,2 Mio. deutschlandweit nur noch 684 862, in Berlin wurden bei einer Bevölkerung von 3,4 Mio (Stand 31.12.2009) 31 936 Kinder geboren (9. Stelle der Geburtenstatistik der Bundesländer). Im Jahr 2008 lag die Berliner Säuglingssterblichkeit mit 3,4 pro 1000 Lebendgeborenen unterhalb des Bundesschnitts von knapp 4‰, jedoch über den Werten von Baden-Württemberg und Bayern.

Aufnahmetemperatur

Die Temperatur bei Aufnahme gilt als ein Maß für die Qualität der Erstversorgung im Kreißsaal. Sowohl Hypothermie (Temperatur <36°C) als auch Hyperthermie (Temperatur >37,5°C) markieren Optimierungsbedarf in der Kreißsaalversorgung, denn die früh-postnatale Konstanz der Temperatur ist ein wichtiger protektiver Faktor für die spätere neurologische Entwicklung der Kinder.

Trotz seit einigen Jahren in Berlin bestehender Hypothermie im Kreißsaal bei etwas mehr als einem Fünftel der sehr unreifen Frühgeborenen (< 26. SSW) und Hyperthermie bei ungefähr einem Zehntel der reiferen Frühgeborenen (28.-31. SSW) sind die Ergebnisse für Berlin im Vergleich zu Bayern und Baden-Württemberg in dieser Hinsicht gut.

[1] Aufgrund des unterschiedlichen Personenstandgesetzes in der BRD und der DDR ist vor 1990 eher die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit als deren konkrete Ziffer vergleichbar.

Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) und periventrikuläre Leukomalazie (PVL)

Die wichtigsten Ursachen der psychomotorischen und intellektuellen Behinderung sehr untergewichtiger Frühgeborener sind die schwere intraventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3-4) und die periventrikuläre Leukomalazie (PVL). Beide können zu einer Zerebralparese unterschiedlichen Schweregrades führen. Im Interesse einer langfristig verbesserten Lebensqualität sollte die Reduktion der IVH- und PVL-Rate daher ein primäres Ziel der perinatalen Versorgung von Frühgeborenen sein.

In Berlin hat 2008 die Rate der höhergradigen IVH bei Frühgeborenen <26. SSW im Vergleich zu 2007 abgenommen. Knapp 25% der Frühgeborenen < 26. SSW hatten eine höhergradige Hirnblutung. Bei Frühgeborenen zwischen der 26. und 27. SSW hat dagegen in 2008 die Gesamtzahl der Hirnblutungen eher zugenommen (30%), einschließlich der höhergradigen (knapp 15%). Bei den Frühgeborenen zwischen der 28. und 31. SSW hat die Gesamtzahl ebenfalls etwas zugenommen (knapp 10%), die Höhergradigen ebenso (knapp 5%). Trotz weiterhin recht hoher Prozentzahlen vor allem höhergradiger Hirnblutungen, liegt Berlin fast überall niedriger als Bayern und Baden-Württemberg. Bei der periventrikulären Leukomalazie liegt Berlin deutlich unter den beiden anderen Bundesländern.

Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)

Die Frühgeborenen- Retinopathie (ROP) ist eine häufige Komplikation des sehr unreifen Frühgeborenen. Eine schwere ROP > Grad 2 stellt ohne Behandlung mit Kryo- oder Lasertherapie ein erhebliches Risiko für eine Erblindung dar.

In Berlin hat der Anteil an ROP in 2008 insgesamt bei Frühgeborenen < 26. SSW etwas abgenommen (45%), an höhergradiger ROP mit Stadium > 3 für 2008 etwas zugenommen (30%). Bei den Frühgeborenen zwischen der 26. und 27. SSW hat die Häufigkeit insgesamt ebenfalls etwas abgenommen (knapp 15%), die der höhergradigen ist gleich geblieben (etwas über 5%). Bei Frühgeborenen zwischen der 28. und 31. SSW ist der Anteil an ROP gleich geblieben (knapp 5%, knapp 2% höhergradige).

Im Vergleich mit Bayern und Baden-Württemberg liegt der prozentuale Anteil an ROP in Berlin in allen Reifealtern unter dem der beiden anderen Bundesländer, allerdings hat Berlin bei Frühgeborenen < 28. SSW einen höheren Prozentsatz an höhergradigen ROP.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Übersicht wurde ein Vergleich der Zahlen der Neonatalerhebung Berlins mit denen der Neonatalerhebung Bayerns und Baden- Württembergs vorgenommen. In Berlin hat sich die Versorgungsqualität seit 1998 verbessert und innerhalb Berlins auch vereinheitlicht. Die Säuglingssterblichkeit hat in den letzten 12 Jahren in Berlin von knapp 5 Promille auf 3,4 Promille abgenommen und sich damit den Zahlen von Baden-Württemberg angenähert.

Die Aufnahmetemperaturen haben sich in den letzten Jahren wenig verändert, in Berlin sind weniger Kinder hypo- bzw. hypertherm als in Bayern und Baden-Württemberg. Die Inzidenz der IVH vor allem bei Frühgeborenen zwischen der 26. und 31. SSW ist 2008 im Vergleich zum Vorjahr etwas angestiegen, trotzdem liegt Berlin prozentual noch unter den Zahlen für Bayern und Baden-Württemberg.

Der prozentuale Anteil an höhergradigen ROP hat in Berlin im Vergleich zum Vorjahr in 2008 ebenfalls zugenommen, der Gesamtprozentsatz der ROP hat abgenommen. Berlin hat damit im Vergleich zu Bayern und Baden- Württemberg vor allem bei Frühgeborenen < 28 SSW einen höheren Prozentsatz an höhergradiger ROP.

Ausblick

Es gibt also in Berlin in den letzten Jahren viele positive Entwicklungen bezüglich der

ANZEIGEN

Versorgungsqualität Neu- und Frühgeborener, auch im Vergleich mit anderen Bundesländern. Das externe Qualitätsmanagement über die Neonatalerhebung erlaubt es den beteiligten Kliniken, anhand der Auswertung ihrer Ergebnisse im Vergleich mit der anonymisierten Gesamtauswertung aller anderen Häuser die eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen. was seit vielen Jahren in gemeinsamen Gesprächen im Hinblick auf mögliche Optimierung erörtert wird. Mit der Identifikation von besonderen Stärken und von Defiziten einzelner Kliniken und mit den daraus resultierenden möglichen Handlungsoptionen konnten klinikinterne Protokolle zur Optimierung der Patientenversorgung erarbeitet und umgesetzt werden. Der Informationsaustausch zwischen Kollegen auch über die eigene Institution hinaus wurde damit erheblich gestärkt. Hieraus resultiert durch regelmäßige Evaluation und Hervorheben der Effekte der vorgenommenen Maßnahmen eine Motivation zur Weiterführung des Qualitätsmanagements. In Berlin haben deshalb die an der Versorgung kranker Neu- und Frühgeborener betroffenen Kliniken beschlossen, trotz geplanter Einrichtung eines einheitlichen bundesweiten Qualitätssicherungsverfahrens (ab 19.12.2006 die BQS, seit 01.01.2010 die AQUA-Institut GmbH) die bis dato übliche Neonatalerhebung zumindest noch im Jahr 2010 weiterzuführen.

Verfasser:
Dr. med. Stephanie Huppmann
Boris Metze
Prof. Dr. med. Christoph Bührer
Klinik für Neonatologie, Charité
Universitätsmedizin Berlin

Christa Markl-Vieto
Ärztekammer Berlin
Projekt Qualitätssicherung,
Qualitätsmanagement

Anmerkung der Redaktion:
Zu diesem Beitrag gibt es einige erläuternde farbige Grafiken, die sich bei einer s/w-Wiedergabe jedoch nicht erschließen würden und deshalb weggelassen wurden. Interessierten Lesern schicken wir den Gesamtbeitrag mit Grafiken gern als PDF-Datei zu. Anfragen bitte an e.piotter@aekb.de.

Friedrich Kruse zum 80. Geburtstag

Es gibt sie nicht nur in Amerika in den Chefetagen der großen Wirtschaftsunternehmen, diese 80-Jährigen, an denen niemand vorbei kommt und an denen sich manch Jüngere die Zähne ausbeißen – es gibt sie auch unter den Berliner Augenärzten.

Wer ihn kennt, glaubt es kaum, denn nach wie vor ist er berufspolitisch engagiert und hervorragend informiert, allgemeingesellschaftlich aber besonders auch im Sozial- und im Berufsrecht. Seine Analysen bei augenärztlichen Veranstaltungen sprechen auch jungen Kolleginnen und Kollegen oft aus dem Herzen und finden entsprechend Beifall. Wenn nach einer so langen Berufskarriere diese Einsichten, noch mit Altersweisheiten verbunden werden, wie bei Dr. Kruse, ist der Senior ein gern gesehener Gast.

Als Sohn eines Augenarztes 1930 in Mannheim geboren, absolvierte er sein Medizinstudium in Freiburg, München und Heidelberg und promovierte 1955. Nach Tätigkeit unter anderem am Hygieneinstitut, Tropeninstitut Hamburg und in den USA bildete er sich an der Augenklinik Heidelberg zum Facharzt für Augenheilkunde weiter. Ab 1964 war er dann in Schöneberg über 34 Jahre als niedergelassener Augenarzt tätig. Berufspolitisch früh engagiert wurde er 1974 erstmals zum Vorsitzenden der Augenärzte Berlins gewählt und dies regelmäßig wieder alle vier Jahre bis zu seinem Amtsverzicht 2008; mit 34 Jahren der bisher längsten Dienstzeit in Deutschland. Freilich als Stellvertreter im Landesverbandsvorstand ist er weiterhin aktiv.

Eine Zeit großen Einsatzes für Friedrich Kruse war die Wendezeit, als durch seinen Einsatz in den neuen Bundesländern augenärztliche Verbände entstanden. Für dieses wirklich beeindruckende sowohl allgemeinpolitische als auch berufspolitische Engagement im Sinne der Wiedervereinigung Deutschlands, immer kräftig unterstützt von seiner Gattin, wurde ihm und seiner Frau 1991 das Bundesverdienstkreuz verliehen.
Nach Aufgabe seiner Praxis ließ er sich als Geschäftsführer der Medi GmbH einbinden, als die Auflösung der KV im Raum stand und es um die Schaffung von ärztlich geleiteten Vereinigungen als Vertragspartner der Krankenkassen ging. Die von ihm initiierten Aktionen gegen die Ärzte knebelnden Gesetze hatten richtig Biss, zum Beispiel die U-Bahn-Werbung. So wollte der Pressesprecher des Bundesgesundheitsministeriums einen Entzug der KV-Zulassung für den Verantwortlichen

Foto: privat

Friedrich Kruse auf den Weg bringen, freilich bei Kruse ein erfolgloses Bemühen.

Was beim Sohn eines Augenarztes und Vater von zwei Augenärzten eventuell einseitig erscheinen könnte, ist es ganz und gar nicht. Das wissen kunst- und kulturpolitisch aktive Berliner. Denn schon 1989/90 waren Herr und Frau Kruse mit zukunftsweisenden Konzepten für die Museumsinsel und die Gemäldegalerie unterwegs, wie sie jetzt im Nachhinein mit großer Verspätung denn auch ins Werk gesetzt werden.

Die Ärzteschaft dankt für das außerordentliche ärztliche und bürgerschaftliche Engagement seit über 50 Jahren und wünscht Friedrich Kruse noch viele gute Jahre.

Dr. med. Elmar Wille

Fritz Demuth

– forschender und musizierender Kinderarzt

Mit dem Kopf, nicht mit den Füßen stolpert man drüber: Die beschrifteten Stolpersteine sind plan in den Gehweg eingelassen. Der erste in Zehlendorf, Onkel-Tom-Straße 91, vor einer Villa im Bauhausstil, ist einer alten Dame zu verdanken, die ihren Kinderarzt nicht vergessen konnte. Dr. Fritz Demuth (1892-1944) legte nach eigener Aussage „Wert darauf, nicht nur der Diagnostiker und Therapeut, sondern der Arzt und der persönliche Freund der Familie zu sein, deren Kinder ich behandle...“

Dabei hatte er an der Praxis (vorher in der Wohnung am Fischtal) anfangs gar kein Interesse. In einem Brief schrieb er 1926: „Ich glaube, es war schon seit vier Wochen kein Patient da. Ich habe draußen auch angeschrieben: 'Sprechstunde 3-4 Uhr nach Anmeldung.' Das wird die Leute wohl abschrecken.“ Seine Leidenschaft galt der Forschung. Er gehörte zu den frühen Gewebezüchtern, verstand seine Arbeit als Krebs-Grundlagenforschung, war erst ab 1926 bei Albert Fischer am neuen Kaiser-Wilhelm-Institut für Gewebephysiologie tätig, dann kurz bei Robert Rössle im Pathologie-Institut der Charité, schließlich in Rhoda Erdmanns Institut für experimentelle Zellforschung.

Demuths wissenschaftliche Laufbahn (viele Publikationen, Vorträge auf internationalen Kongressen) endete jäh, als Rhoda Erdmann 1933 erst verhaftet, dann vorzeitig in den Ruhestand versetzt und ihr Institut geschlossen wurde. Sie hatte entlassenen jüdischen Kollegen Stellen im Ausland vermittelt. Auch Demuth war Jude – aber noch blieb ihm nun die Praxis. Selbst viele Nazigrößen ließen ihre Kinder bei ihm behandeln. „Seine Patienten vergötterten ihn und SA-Männer in Uniform kamen abends mit Geschenken ins Haus“, erinnert sich die Schriftstellerin Grete Fischer, die manchmal als Bratschistin bei Demuths Hauskonzerten mitspielte. Denn er war nicht nur ein produktiver Forscher und ein höchst beliebter Pädiater (der Pharmakologe Konrad Löffelholz widmete das gemeinsam mit Ulrich Trendelenburg vefasste Buch „Verfolgte deutschsprachige Pharmakologen 1933-1945“ seinem früheren Kinderarzt); er war auch ein begabter Geiger, der in Kammerorchestern spielte und ein Quartett gegründet hatte. In seiner Jugend war er mit dem Komponisten Erst Krenek eng befreundet.

Obwohl Demuth sich als Frontkämpfer, getaufter und mit einer „Arierin“ verheirateter Jude lange noch halbwegs sicher fühlte, versuchte er mehrfach zu emigrieren – vergeblich. Am 2. Oktober 1939 wurde ihm die Approbation entzogen, die Praxis geschlossen. Für fünf Wochen wurde er ins KZ Sachsenhausen gebracht, konnte im März 1939 nach Holland gelangen, die Familie nachkommen lassen und sogar wieder in der Forschung arbeiten (an der Universität Utrecht). Aber nachdem die deutsche Wehrmacht 1940 Holland besetzt hatte, wurden er und seine Familie von SS und Gestapo mehr und mehr schikaniert – bis er dann im März 1944 nach Auschwitz deportiert wurde. Erst 1950 erfuhr seine Frau, dass er dort nach Tätigkeit in der Krankenbaracke schon zwei Monate später am Fleckfieber gestorben war.

„Was hätte aus ihm – in besseren Zeiten – alles werden können: Professor der Pädiatrie? Vielleicht Direktor eines Instituts für Gewebezüchtung...? Mitglied des deutschen Kinderärzte-Orchesters?“ Das fragt der Berliner Pädiater Thomas Lennert, der lange vor seiner Pensionierung als Oberarzt am KAVH mit medizinhistorischen Forschungen begann, Schwerpunkt: Emigrierte Kinderärzte. Diese Zeilen verdanken sich seiner mit großer wissenschaftlicher Sorgfalt erarbeiteten kleinen Biografie „Fritz Demuth (1892 Berlin – 1944 Auschwitz), Kinderarzt, Wissenschaftler, Künstler“. Sie erschien 2009 als Band 83 der Reihe „Jüdische Miniaturen – Spektrum Jüdischen Lebens“ des Berliner Verlags Hentrich & Hentrich. Mehrere Bändchen dieser verdienstvollen Serie sind Berliner Ärztinnen und Ärzten gewidmet, darunter Magnus Hirschfeld und Rahel Hirsch.

Gerade erschien als Band 93 „Hermann Strauss – Internist und Wissenschaftler in der Charité und im Jüdischen Krankenhaus“. Der Autor Harro Jenss ist als Gastroenterologe ein später Kollege von Strauss, der über ein halbes Jahrhundert lang in Berlin studierte, klinisch arbeitete, forschte, publizierte und mit Engagement als Extraordinarius lehrte. Wie Fritz Demuth wurde auch Strauss deportiert. Er starb 1944 in Theresienstadt. Ein Beitrag in diesem Büchlein stammt von Peter Reinicke und würdigt Strauss' Frau Elsa als Wegbereiterin der Krankenhaussozialarbeit.

R. Stein

ANZEIGE

IMPRESSUM

BERLINER ÄRZTE

6/2010 47. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, -4102, FAX -4199
Titel: Sehstern

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.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: Messedruck Leipzig GmbH,
An der Hebemärchte 6, 04316 Leipzig

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 € 74,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 49,50 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,05 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2010 vom 01.01.2010.

ISSN: 0939-5784