Ärztekammern machen Ärzte stark

Die Lage

Seit Beginn der Kostendämpfungsgesetze wird die Ärzteschaft zunehmend fremdbestimmt. Nicht mehr optimale Behandlung ist das Ziel der Politik, sondern die Einhaltung finanzieller Vorgaben. Dazu wurden "Deckel" eingeführt und qua Niederlassungssperre Kontingente geschaffen. Die nächste Stufe der Fremdbestimmung war mit konkreten medizinischen Vorgaben durch die Krankenkassen, in DMPs und Rabattverträgen, verbunden.

Diese Fremdbestimmung ist doppelt kritisch: die Freiheit und Unabhängigkeit des Arztes – welche in Wahrheit ja das Recht des Patienten auf einen ungebundenen Arzt ist – wird eingeschränkt und dies nach kommerziellen, nicht nach inhaltlichen Vorgaben.

Zur Fremdbestimmung kommt zunehmend die Benachteiligung hinzu. Das SGB V, welches die Aktivitäten der GKV und der Leistungsträger regelt, gibt den Kassen zahlreiche Rechte und Privilegien und enthält sie, meines Erachtens, den Ärztinnen und Ärzten vor: Die Kassen sollen bspw. nach § 140a Verträge abschließen, um die wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, Ärzteverbände sind per Gesetz passiv.

Auch die sogenannten "Parität" im Gemeinsamen Bundesausschuss steht nur auf dem Papier: 5 Vertretern der Kassenseite stehen 5 Vertreter der KBV, DKG und KZBV gegenüber. Die KBV und DKG stehen aber in Konkurrenz. Manchmal reicht die Enthaltung des Zahnarztvertreters, um eine Entscheidung zu Lasten der Leistungsträger herbeizuführen.

Eine auf liberalen Ideen beruhende Gesundheitspolitik sieht anders aus.

Das Ziel

Um eine auf ärztlichen Inhalten basierende Gesundheitspolitik zu gewährleisten,



Dr. med. Günther Jonitz (Chirurg)
Präsident der Ärztekammer Berlin

braucht es mehr und besseren ärztlichen Sachverstand in der Politik. Wir brauchen eine Kehrtwende weg von einer defizitund kostenorientierten Gesundheitspolitik hin zu einer Werteorientierung. Was heißt "gute Medizin"? Was bedeutet "Subsidiarität und Solidarität" im Gesundheitswesen? Wie "gerecht" soll es zugehen? Die Werte in der Beziehung zwischen Patient und Arzt können nur von denen geschaffen und beurteilt werden, die unmittelbar Teil des Geschehens sind. Das sind wir. Wir, die Ärzteschaft, müssen bei einer werteorientierten Politik eine Führungsrolle einnehmen.

Der Weg

Die Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft muss mit konkreten Inhalten belegt und konsistent sein. Im Tagesrhythmus wechselnde Aussagen zur Präimplantationsdiagnostik oder zur Schweinegrippe sind wenig überzeugend. Konkrete Taten und Projekte bezeugen die Ernsthaftigkeit der Ärzteschaft im Einsatz für eine möglichst hochwertige Behandlung und humane Betreuung kranker Menschen.

Auf unzumutbare Arbeitsbedingungen im Krankenhaus wiesen die Ärztetage 1998 und 2001 deutlich hin. Die fatalen Auswirkungen von Fallpauschalen und undifferenzierten Sparzwängen machten die Ärztetage seit Mitte der 90er Jahre deutlich. Zu DRGs brachte die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin eine immer noch lesenswerte Resolution auf den Weg. Die Politik hat zwar nicht re-

agiert, aber keiner kann sagen, er habe nicht gewusst, was auf die Patienten zukommt.

Um nicht nur zu reklamieren, wurden zahlreiche Einrichtungen zur Darstellung und Förderung von Qualität und Sicherheit auf den Weg gebracht: die Bundesgeschäftsstelle Oualitätssicherung (BOS), die Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ), das ärztliche Zentrum für Qualität (ÄZQ), u. a. mit einem höchstgeschätzten Leitlinienprogramm, und das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Die meisten Projekte davon in gemeinsamer Verantwortung mit Kassen und anderen Leistungsträgern, denn auch das fatale Prinzip des "Schwarzen-Peters", der alleinigen und Letztverantwortung des Arztes für politisch initiierte Irrläufer, muss beendet werden.

Mit den Curricula Qualitätsmanagement, Evidenzbasierte Medizin, Patientensicherheit, Ärztliche Führung und Peer Review der Bundesärztekammer können wesentliche Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Lösung aktueller Herausforderungen vermittelt werden. Die Kammern machen ihre Ärztinnen und Ärzte stark.

Die Zusammenarbeit muss innerhalb der Ärzteschaft weiter gestärkt werden. Statt Grabenkriege gemeinsame Verantwortung und Meinungsaustausch. Für Berlin gilt: die Politik des "Teile-undherrsche" fällt auf unfruchtbaren Boden.

Die Rolle der Ärztekammern muss inhaltlich solide, gemeinwohl- und arztorientiert sein. Wir müssen uns stärker ins politische Geschehen einmischen, notfalls auf unbequeme Art.

Die gegenwärtige Krise im Gesundheitssystem kann nur mit ärztlichem Sachverstand und ärztlichen Werten gelöst werden. Die Verantwortung und die Chance liegen bei der Politik und den Wählern.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

stather puits

Achtung: Patient im Visier!

Caroline Walter/Alexender Kobylinksi: Patient im Visier. Die neue Strategie der Pharmaindustrie. Hoffmann und Campe, Hamburg 2010, 240 Seiten, geb. 17 Euro.

Mit der langsamen, aber unaufhaltsamen Verbreitung der evidenzbasierten Medizin werden Ärzte zunehmend resistent gegen die Marketingmethoden der Pharmaindustrie. Nun nimmt sie immer intensiver den Patienten selbst ins Visier der Werbung, auf dass er den Arzt unter Druck setze, ihm ein ganz bestimmtes Mittel zu verordnen, möglichst neu, unerprobt und teuer. Direktwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel ist in der EU zwar (noch) verboten; auf wie viele Arten dieses Verbot aber laufend umgangen wird, schildert

dieses spannend wie ein Krimi zu lesende Buch sehr detailliert und so offen, wie man dies höchst selten findet. Auch Namen werden genannt, von Präparaten wie von Personen.

Um ihr Thema von innen kennen zu lernen, recherchierten die beiden kompetent beratenen und sehr erfahrenen Fernsehjournalisten ("Kontraste", "Aspekte") teilweise verdeckt à la Wallraff.
Beispielsweise gründeten sie zum Schein eine Pharmafirma, erfanden ein Alzheimer-Medikament und führten mit verschiedenen PR-Agenturen Verhandlungen über eine Werbung direkt beim Patienten.

So erfuhren sie, wie man "mit Hoffnung Umsatz macht" und unter Umgehung des Arztes illegal an die Patienten herankommt; etwa durch Schleichwerbung in der Regenbogenpresse (die auch in Wartezimmern ausliegt!) samt Telefonaktionen mit "Experten"; durch verdeckte Werbekampagnen ("Osteoporosetag" und dergleichen) parallel zu ärztlichen "Fortbildungsveranstaltungen", durch Finanzierung und Beeinflussung von Patientenverbänden und Selbsthilfegruppen; durch Serviceleistungen ("MS-Betreuer") und Patientenseminare; durch Erfinden von Krankheiten passend zum Präparat – alles hier mit vielen Beispielen belegt.

Auch über die Manipulation von Studien und die Schulung von Lobbyisten zur Beeinflussung von Politikern erfährt man einiges, und zum Schluss geben die Autoren Hinweise, wie man zu unabhängigen Informationen kommt. Lesenswert!

R. St.

ANZEIGE

BERLINER



Das Kreuz mit dem Kreuz – Die Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz

Mit der Volkskrankheit unbestimmter Kreuzschmerz beschäftigt sich die neueste Leitlinie des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin. BERLINER ÄRZTE stellt sie vor.

Von Susann Conrad, Susanne Weinbrenner und Günter Ollenschläger16

MEINUNG......

Ärztekammern machen Ärzte stark

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

Hasenpest als Ursache von Pharynitis mit zervikaler Lymphadenoathie

Informationen des Instituts für Tropenmedizin13

BERUFS- UND GESUND-HEITSPOLITIK.....

"Die Pläne sind Wahlkampfrhetorik"

Interview mit dem Krankenhausausschussvorsitzenden Kilian Tegethoff zu den Plänen der Senatsverwaltung für mehr Investitionen in Berliner Kliniken



Das Kind beim richtigen Namen nennen

Bericht von der 12. Jahrestagung des Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin

Von Sylvia Sänger26

Brauchen wir "elderly care physicians"?

Eine Studienreise in die Niederlande Von Jochen Fink29

Wie man am besten Krankheit verkauft

Bericht von der Konferenz "Selling Sickness" in Amsterdam Von Britta Lang31

Mit offenen Augen

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen12

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin24

PERSONALIEN.....

Hanns-Werner Boschann zum 90. Geburtstag35

"Prävention auf neuen Wegen – Kunst und Medizin"

Porträt des Berliner Arztes Helmut Hoffmann36

Die im Jahr 2010 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen......37

Nekrolog Dr. Dorothea Hagemann38

BUCHBESPRECHUNG......

Patient im Visier:

Walter, Kobylinksi 4

FEUILLETON.....

Krummer Doktor

Von Rosemarie Stein39



Senatsverwaltung warnt

Gefahren durch Eichenprozessionsspinner

Der Eichenprozessionsspinner (EPS) ist ein Schmetterling (Nachtfalter), der seit 2004 vermehrt in Berlin und Umgebung beobachtet wird. Schwerpunkte der Besiedlung sind in Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Spandau und Reinickendorf. Der Nachtfalter selbst ist harmlos, allerdings weisen seine Raupen als Fressschutz Brennhaare auf, die das Nesselgift Thaumetopoein enthalten. Dieses ist als Auslöser irritativer und entzündlicher Reaktionen bei Mensch und Tier bekannt. Die Raupen des Eichenprozessionsspinners schlüpfen im Mai und befressen die austreibenden Knospen und Blätter von Eichenbäumen. Sie leben auf den befallenen Bäumen in Gruppen, die zur Nahrungssuche die namensgebende Prozession bilden. Ende Mai / Anfang Juni werden die Brennhaare ausgebildet. Diese sind leicht brüchig und können durch Luftströmungen über weite Strecken getragen werden. Anamnestisch berichten Patienten von einem Aufenthalt im Freien. Die befallenen Bäume stehen meist an sonnigen Waldrändern, aber auch freistehend in Parks, Gärten, Freibadanlagen und auf Sportplätzen.

An Krankheitssymptomen wird am häufigsten eine Dermatose beschrieben. Insbesondere kommt es zu einer Kontakturtikaria und einer toxisch-irritativen Dermatitis. Beide Krankheitsbilder werden auch als "Raupendermatitis" bezeichnet. Klinische Symptome sind starker Pruritus, Erythem und Quaddel-, Pustel- bzw. Papelbildung. Die Papeln können durch Insektenstiche hervorgerufenen Knötchen ähneln und sind nicht selten aufgekratzt. Die Dermatitis tritt vor allem an nicht von Kleidung bedeckten Hautpartien, wie z. B. dem Gesicht, dem Hals, sowie an den distalen oberen Extremitäten / Armbeugen auf. Das Auftreten geschieht in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Exposition (zumeist innerhalb von 24 Stunden) und dauert unbehandelt zwischen 2 Tagen und 2 Wochen. Bei Kontakt mit dem Auge kann es zu einer akuten Konjunktivitis mit Rötung, Lichtscheuheit und Ödemen der Augenlider kommen. Bei Durchbohren der Hornhaut kann sich eine Keratitis entwickeln. Das Einatmen der Gifthärchen kann eine Entzündung der Atemwege mit dem entsprechenden klinischen Krankheitsbild (Laryngitis, Pharyngitis, Bronchitis) hervorrufen. Auch systematische Krankheitserscheinungen wie Schwindel, Übelkeit, Fieber, Schüttelfrost und, in seltenen Fällen, Schockzustände werden beschrieben. Diese bezeichnet man als Lepidopterismus (nach Kontakt mit Brennhaaren von Insekten der Ordnung Schmetterlinge (Lepidoptera) auftretend). Die betroffenen Menschen werden vor allem bei andauernden Beschwerden oder bei besonderer Schwere der Symptomatik eine/n Ärztin/Arzt aufsuchen. Bei Augenbeteiligung sollte ein Ophthalmologe zur Spaltlampenuntersuchung hinzugezogen werden. Die Behandlung ist auf rein symptomatische und supportive Maßnahmen zur Linderung der Beschwerdesymptomatik beschränkt. Zur Anwendung kommen Kortikosteroide und Anti-Histaminika, bei Lungenbeteiligung mit Bronchospasmen können Bronchodilatatoren notwendig werden. Neben den akutmedizinischen Maßnahmen kommt der Verhaltensprävention eine besondere Bedeutung zu. Befallsgebiete sollten, wenn möglich, gemieden werden, insbesondere bei Vorhandensein von Warnhinweisen durch die Gartenbauämter der Bezirke und die Berliner Forsten. Wenn das Gebiet dennoch betreten werden muss, sollte auf ausreichenden Haut-, Augen-, Nasen- und Haarschutz durch Bedecken geachtet werden. Dies gilt insbesondere für Personen, die aus beruflichen Gründen betroffene Gebiete betreten müssen. Nach einem möglichen Kontakt mit Raupenhaaren sollte ein sofortiger Kleiderwechsel mit Duschbad und Haarreinigung vorgenommen werden. Die Kleidung ist anschließend in der Waschmaschine zu waschen, benutzte Gegenstände, auch Kraftfahrzeuge, sind ebenfalls sorgfältig innen und außen zu reinigen. Sind betroffene Stellen an freiliegenden Hautpartien zu beobachten, sollten diese vorsichtig mit Wasser und Seife gewaschen und am besten mit dem Haarfön getrocknet werden, um das Einreiben weiterer Brennhaare (z. B. abgebrochene Teilstücke) zu vermeiden. Eine Kaltkompresse kann erste Linderung gegen mögliche Schwellungen und den Juckreiz verschaffen. Eine Fachinformation für die Bevölkerung zum Eichenprozessionsspinner, seinen gesundheitlichen Gefahren und Präventionsmöglichkeiten, die gemeinsam mit dem Pflanzenschutzamt Berlin entwickelt wurde, ist darüber hinaus verfügbar und abrufbar unter www.berlin.de/sen/gesundheit/vorsorge/gesschutz/index.html

Kontakt: Dr. med. Gudrun Luck-Bertschat,
Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Oranienstr. 106, 10969 Berlin, gudrun.luck-bertschat@senguv.berlin.de

ANZEIGE

MUT MFA

Ärzte für Obdachlosenpraxen gesucht

Ärzte für die ehrenamtliche
Beteiligung an der ambulanten
Versorgung obdachloser Menschen
sucht die MUT Gesellschaft für
Gesundheit mbH, ein gemeinnütziges
Unternehmen der Ärztekammer
Berlin. An zwei Standorten können Sie
Sprechzeiten übernehmen: Arztpraxis
am Bahnhof Lichtenberg oder
Arztpraxis am Ostbahnhof.

Kontakt: MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH, Rudolfstr. 11, 10245 Berlin, Tel: 030/293302-0., E-Mail: management@mutgesundheit.de

Fortbildungsprogramm für medizinisches Fachpersonal

Im Auftrag der Ärztekammer Berlin bietet die MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH mit ihrem neuen Fortbildungsprogramm für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte ein Themenspektrum aus allen für den Praxisalltag relevanten Bereichen, wie Praxisverwaltung, Medizin und Patientenbetreuung, an. Damit soll dem wachsenden Interesse und Bedürfnis Rechnung tragen, die

fachliche Qualifikation den sich verändernden Anforderungen im Praxisalltag anzupassen, entsprechend zu erweitern bzw. die Fachkenntnisse zu erhalten. Die Kurse finden in Kleingruppen (6 bis 16 Personen) statt. Das diesjährige Fortbildungsprogramm ist unter www.mut-gesundheit.de einsehbar. Anmeldungen werden gern entgegengenommen unter Fax-Nr. 030/293 302 11



ANZEIGE

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum und Wenckebach-Klinikum

Dr. med. Rolf Syben ist seit Februar neuer Regionaldirektor West und

Ärztlicher Direktor des Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikums und des Vivantes Wenckebach-Klinikums. Er ist Nachfolger von Dr. med. Florian Wenzel, der seit März die Leitung des Ressorts "Einkauf – Logistik – Apotheke" bei Vivantes übernommen hat. Syben war zuvor als leitender Verwaltungsdirektor des Vivantes Klinikum Neukölln und als stellvertretender Regional- und Ärztlicher Direktor Süd beim kommunalen Klinikkonzern tätig. Geschäftsführender Direktor ist seit Januar Christian Deißigacker.

Krankenhaus Hedwigshöhe

Dr. med. Rainer Koch leitet als Chefarzt die neu gegründete Klinik mit Schwerpunkt Geriatrie im Krankenhaus Hedwigshöhe. Der neue Schwerpunkt ergänzt seit Anfang April die internistische Klinik,

die nun Klinik für Innere Medizin und Geriatrie heißt. Die Klinik mit Schwerpunkt Geriatrie ist als eigenständige Hauptfachabteilung im Berliner Krankenhausplan ausgewiesen. Dr. Koch war zuvor leitender Oberarzt der Akutgeriatrie im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau.

Park-Klinik Weißensee

Seit dem 1. April hat Dr. med. Christian Wuschech die Chefarztposition der "Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie" in der Park-Klinik Weißensee übernommen. Wuschech war zuvor im Willibrord-Spital

Emmerich am Rhein in der Wirbelsäulenorthopädie tätig. Er übernimmt die Abteilung von PD Dr. med. Michael Muschik, der als Leiter der Skoliosechirurgie und Kinderorthopädie an die Charité, Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, wechselte.

DRK Kliniken Berlin Köpenick

PD Dr. med. Christian F. Opitz, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie, leitet seit dem 1. Februar auch die interdisziplinäre Rettungsstelle und Notaufnahme der DRK

Kliniken Berlin Köpenick. Sein Vorgänger, Dr. med. Holger Hilft hat die DRK Kliniken Berlin verlassen.

PD Dr. med. Christian N.H. Enzweiler ist seit dem 1. Februar Chefarzt am Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie in den DRK Kliniken Berlin, Standort Köpenick. Zuvor war er Leiter der Röntgenabteilung im Franziskus-Krankenhaus in Berlin. Dr. Enzweiler löste Dr. med. Reinhard Fuchs ab, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Dr. med. Anke Kleine-Tebbe ist seit 1. März in der neu eingerichteten Position der Chefärztin des Brustzentrums der DRK-Kliniken Berlin Köpenick tätig. Als Leiterin des Zentrums ist sie bereits seit 2009 aktiv.

DRK Kliniken Berlin Mitte

Dr. med. Ellen Foert ist seit dem 1. März Chefärztin des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie in den DRK-Kliniken Berlin Mitte. Dr. Foert war zuvor an der Charité am Campus Benjamin

Franklin tätig und leitete dort den Bereich Interventionelle Neuroradiologie. Ihr Vorgänger, Dr. med. Hermann-Josef Steinkamp, hat das Unternehmen verlassen.

DRK Kliniken Berlin Westend

Das bisher kommissarisch geleitete Institut für interventionelle und diagnostische Radiologie wird seit dem 1. März von Dr. med. Bernd Frericks als neuem Chefarzt geleitet. Frericks war zuvor

leitender Oberarzt in der Klinik und Hochschulambulanz für Radiologie und Nuklearmedizin am Universitätsklinikum Charité, Campus Benjamin Franklin.

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

Fortbildung

"Grundlagen der medizinischen Begutachtung"

Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Mai 2011 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis den Kurs "Grundlagen der medizinischen Begutachtung" als curriculäre Fortbildung an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt.

Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.

Wiss. Leitung: Prof. Dr. P. Marx (ehemals Neurologische Klinik,

Charité – Campus Benjamin Franklin, Berlin)

Termine: Modul I: 13./14.05.2011

Modul II: 20./21.05.2011 Modul III: 17./18.06.2011 (freitags jeweils 13.00-19.30 Uhr; samstags jeweils 08.00-14.00 Uhr)

Ort: Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin,

Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Bei erfolgreicher Teilnahme an allen drei Modulen wird eine Teilnahmebescheinigung der Ärztekammer Berlin ausgestellt.

45 Fortbildungspunkte (15 Punkte pro Modul).

Die Teilnahmegebühr für die Module I-III beträgt insgesamt 400 €

Informationen und Anmeldung per E-Mail unter:

begutachtung@aekb.de

Hauptstadtkongress

MVZ und Risikomanagement im Fokus

Die Ärztekammer Berlin ist an zwei Veranstaltungen beim Deutschen Ärzteforum im Rahmen des diesjährigen Hauptstadtkongresses beteiligt. "Von Piloten lernen – Gelebtes Risikomanagement" lautet das Thema einer Diskussionsrunde am 11. Mai im Berliner ICC am Funkturm unter der Leitung von Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz. Unter dem Titel "MVZ – Kaum gestartet, schon ein Auslaufmodell?" diskutieren Experten einen Tag später – ebenfalls

unter der Leitung des Berliner Kammerpräsidenten – über den Stand der Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland. Ansonsten bietet der Hauptstadtkongress vom 11. bis 13. Mai das gewohnt umfangreiche Themenspektrum aus den Bereichen Gesundheitswesen, Medizin und Prävention.

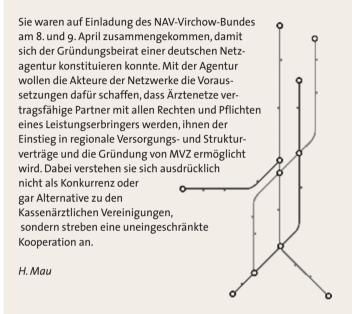
Weitere Informationen: www.hauptstadtkongress.de

ANZEIGE

Versorgung

"Vernetzte Netze"

Gesundheitsstaatssekretär Daniel Bahr (FDP) hat den etwa 50 Entscheidungsträgern der größten und profiliertesten Ärztenetze Deutschlands Aufmerksamkeit und Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums zugesichert.



ANZEIGEN

Hauptstadtkongress

Viele Interessierte am Messestand der Kammer

Nach der erfolgreichen Teilnahme im vergangenen Jahr war die Ärztekammer Berlin auch in diesem Jahr wieder auf der Messe "Gesundheit als Beruf" in der Urania vertreten. Die Messe ist die größte Gesundheitsmesse für die Region Berlin-Brandenburg und bietet die Möglich keit, sich zu allen Berufen der Gesundheitswirtschaft zu informieren sowie konkrete Ausbildungs-, Job- und Weiterbildungsangebote zu erhalten. Die Abteilung 3 – Berufsbildung der ÄKB hat den Ausbildungsberuf "Medizinische/r Fachangestellte/r" im Rahmen der zweitägigen Veranstaltung am 18. und 19. März 2011 vorgestellt. Die Resonanz auf das Informationsangebot der Ärztekammer war erneut groß. Fast 200 Interessierte wurden von den Mitarbeiterinnen der Fachabteilung umfassend zu allen Fragen rund um die Ausbildung informiert und individuell beraten und erhielten zusätzlich im Gespräch mit erfahrenen Medizinischen Fachangestellten, die auch als Prüferinnen bei der ÄKB tätig sind, Einblick in die Praxis und den Berufsalltag. Zusätzlich wurde der Ausbildungsgang in einem Kurzvortrag vorgestellt. Mit der gelungenen Präsenz an beiden Messetagen ist der Ausbildungsberuf "Medizinische/r Fachangestellte/r" in der Öffentlichkeit bekannter gemacht und damit ein Beitrag zur Gewinnung medizinischen Assistenzpersonals für die ärztliche Praxis geleistet worden.



Arzthelferin Maria Müller mit Sabine Prietzel und Constanze Carl aus der Abteilung der Kammer am Messestand in der Urania.

NACHRICHTEN

Buchveröffentlichung

Die Zukunft des Gesundheitswesens



Im Rahmen des Strüngmann-Forums "Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020" haben sich im November 2009 40 internationale Experten aus Medizin, Psychologie, Wirtschaft, Gesundheits- und Versicherungswesen sowie Industrie in Frankfurt am Main getroffen, um über die Zukunft unseres Gesundheitssystems zu diskutieren und zu analysieren, wie sich Gesundheitskompetenz und damit die Gesundheitsversorgung verbessern lassen. Die Arbeiten erscheinen jetzt zusammengefasst als Buch, das von Prof. Gerd Gigerenzer, Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, und Sir Muir Gray, Chief Knowledge Officer des britischen National Health System (NHS) herausgegeben wird. Im Rahmen einer Pressekonferenz wird die deutsche Übersetzung des Buches am 3. Mai in Berlin vorgestellt. Neben den beiden Herausgebern wird auch Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz daran teilnehmen. Er ist Mitautor eines Kapitels des Buches. Die Autoren des Buches stellen einige ebenso provokante wie wegweisende Thesen für ein besseres Gesundheitssystem auf. Sie empfehlen

nachdrücklich, dass die Gesundheitsversorgung demokratisiert wird, so dass Patienten und Ärzte Entscheidungen auf Grundlage von nützlichen Informationen über die medizinischen Vorteile und Risiken gemeinsam treffen können. Um diesen Prozess zu beginnen, schlagen sie mehrere konkrete Schritte vor, welche von Gesundheitserziehung über Medienberichte und Verbraucherwerbung bis zu Medizinerausbildung und gezielter Forschung unterschiedlichste Gebiete berühren.

Das erste Kapitel des Buches "Aufbruch in das Jahrhundert des Patienten" können Sie kostenfrei herunterladen unter www.harding-center.de/ veroeffentlichungen/better-doctors-better-patients

Dort finden Sie auch weitere Informationen zum Buch und seinen Autoren sowie zu der Vorstellung am 3. Mai. Einen ausführlichen Bericht über das Buch "Better Doctors, Better Patients, Better Decisions" und seinen Inhalt können Sie in einer der nächsten Ausgaben von BERLINER ÄRZTE lesen.

ANZEIGE

Kardiovaskuläre UAW

In einer Übersicht werden unerwünschte Wirkungen (UAW) gebräuchlicher Zytostatika auf das kardiovaskuläre System besprochen:

Alkylantien wie Cyclophophamid (Endoxan®): selten hämorrhagische Myokarditis in höheren Dosierungen.

Anthrazykline wie Doxorubicin (Generika): dosis-abhängige progressive Kardiomyopathie, typischerweise erst nach Jahren nach der Behandlung auftretend, verstärkt durch zusätzliche thorakale Radiotherapie.

Anti-HER2-Therapeutika wie Trastuzumab (Herceptin®) oder Lapatinib (Tyverb®): akute, meist reversible kardiale Dysfunktion, verstärkt in Kombination mit Anthrazyclinen oder Taxanen.

Angiogenese-Inhibitoren wie Bevacizumab (Avastin®) oder Sunitinib (Sutent®) /Sorafenib (Nexavar®): arterielle Hypertonie, Thromboembolien, kardiale Dysfunktion.

BCR-ABL-Inhibitoren wie Imatinib (Glivec®)/Nilotinib (Tasigna®)/Dasatinib (Sprycel®): Ödeme, Herzinsuffizienz

Tamoxifen (Generika) und Aromatasehemmer Anastrozol (Arimidex®)/Letrozol (Femara®)/Exemestan (Aromasin®): Thromboembolien, insbesondere Tamoxifen.

Taxane wie Paclitaxel (Generika) oder Docetaxel (Taxotere®): akute Bradykardien, in Kombination mir Anthrazyklinen kontraktile Dysfunktion.

Die Autoren verweisen auf eine engmaschige Kontrolle der Herz-Kreislauffunktionen zu Beginn und während einer Behandlung, insbesondere bei vorgeschädigten oder älteren Patienten.

Quelle: Schweiz Med Forum 2010; 10(8): 143-7

Metamizol

Altes Risiko neu aufgetreten

Unter der Therapie mit Tilidin (Generika), Metamizol (Generika) und Diclofenac (Generika) wegen einer pathologischen Schenkelhalsfraktur traten bei einem 17-jährigen Patienten Symptome einer toxischen Agranulozytose auf. Nach Ausschluss anderer Erkrankungen konnte die medikamentöstoxische Agranulozytose am ehesten Metamizol ursächlich zugeordnet werden (Inzidenz nach einer schwedischen Studie circa 1: 5.000, Marktrücknahme von Metamizol in zahlreichen Ländern). Die Letalitätsrate dieser schweren unerwünschten Wirkung ging seit

Einführung von Granulozyten-koloniestimulierenden Faktoren wie Filgrastim (Neupogen®, Generika) erheblich zurück. Trotzdem stellt sich die Frage, ob die stetige Zunahme der Verordnungen (2009 über 110 Millionen Tagesdosen allein zu Lasten der GKV) den begrenzten zugelassenen Indikationen entspricht (anzuwenden nur bei akuten starken Schmerzen und hohem Fieber, wenn andere therapeutische Maßnahmen nicht indiziert sind bzw. nicht ansprechen). Zusätzlich mögliche psychiatrische Störungen und lebensbedrohliche hypotensive Reaktionen lassen es geraten erscheinen, eine Indikation von Metamizol auch in der Notfallmedizin nur streng zu stellen.

Quellen: Dtsch.Med.Wschr. 2011; 136: 365-8; Schwabe-Paffrath, Arzneiver-ordnungsreport 2010, S. 267; Notarzt 2004; 20: 105-8

Modafinil

Therapieeinschränkungen

Die europäische Arzneimittelbehörde EMA hat aufgrund schwerwiegender Hautreaktionen und psychiatrischer Erkrankungen die Anwendungsgebiete von Modafinil (Vigil®) eingeschränkt. Modafinil kann nur noch bei Patienten mit exzessiver Schläfrigkeit, verbunden mit Narkolepsie, angewandt werden. Zur Therapie eines Schlafapnoe- oder Schichtarbeiter-Syndroms wird das Nutzen/Risiko-Verhältnis von Modafinil nicht mehr als positiv eingeschätzt.

Der Wirkungsmechanismus von Modafinil ist nicht genau bekannt. Ein Teil der Wirkung beruht auf einer durch α1-Adrenorezeptoren vermittelten zentralen Aktivierung ähnlich den Amphetaminen. In einer Studie wurde herausgefunden, dass eine längere Aufnahme dieser Stoffe das Risiko, nach Jahrzehnten an Morbus Parkinson zu erkranken, um 60 % erhöhen könnte – möglicherweise durch eine Wirkung auf den Dopaminstoffwechsel. Ein Beweis steht noch aus.

Quellen: AkdÄ Drug Safety Mail 2011-143; www.aerzteblatt.de/nachrichten/44796

lorf

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, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Kardiovaskuläre UAW

In einer Übersicht werden unerwünschte Wirkungen (UAW) gebräuchlicher Zytostatika auf das kardiovaskuläre System besprochen:

Alkylantien wie Cyclophophamid (Endoxan®): selten hämorrhagische Myokarditis in höheren Dosierungen.

Anthrazykline wie Doxorubicin (Generika): dosis-abhängige progressive Kardiomyopathie, typischerweise erst nach Jahren nach der Behandlung auftretend, verstärkt durch zusätzliche thorakale Radiotherapie.

Anti-HER2-Therapeutika wie Trastuzumab (Herceptin®) oder Lapatinib (Tyverb®): akute, meist reversible kardiale Dysfunktion, verstärkt in Kombination mit Anthrazyclinen oder Taxanen.

Angiogenese-Inhibitoren wie Bevacizumab (Avastin®) oder Sunitinib (Sutent®) /Sorafenib (Nexavar®): arterielle Hypertonie, Thromboembolien, kardiale Dysfunktion.

BCR-ABL-Inhibitoren wie Imatinib (Glivec®)/Nilotinib (Tasigna®)/Dasatinib (Sprycel®): Ödeme, Herzinsuffizienz

Tamoxifen (Generika) und Aromatasehemmer Anastrozol (Arimidex®)/Letrozol (Femara®)/Exemestan (Aromasin®): Thromboembolien, insbesondere Tamoxifen.

Taxane wie Paclitaxel (Generika) oder Docetaxel (Taxotere®): akute Bradykardien, in Kombination mir Anthrazyklinen kontraktile Dysfunktion.

Die Autoren verweisen auf eine engmaschige Kontrolle der Herz-Kreislauffunktionen zu Beginn und während einer Behandlung, insbesondere bei vorgeschädigten oder älteren Patienten.

Quelle: Schweiz Med Forum 2010; 10(8): 143-7

Metamizol

Altes Risiko neu aufgetreten

Unter der Therapie mit Tilidin (Generika), Metamizol (Generika) und Diclofenac (Generika) wegen einer pathologischen Schenkelhalsfraktur traten bei einem 17-jährigen Patienten Symptome einer toxischen Agranulozytose auf. Nach Ausschluss anderer Erkrankungen konnte die medikamentöstoxische Agranulozytose am ehesten Metamizol ursächlich zugeordnet werden (Inzidenz nach einer schwedischen Studie circa 1: 5.000, Marktrücknahme von Metamizol in zahlreichen Ländern). Die Letalitätsrate dieser schweren unerwünschten Wirkung ging seit

Einführung von Granulozyten-koloniestimulierenden Faktoren wie Filgrastim (Neupogen®, Generika) erheblich zurück. Trotzdem stellt sich die Frage, ob die stetige Zunahme der Verordnungen (2009 über 110 Millionen Tagesdosen allein zu Lasten der GKV) den begrenzten zugelassenen Indikationen entspricht (anzuwenden nur bei akuten starken Schmerzen und hohem Fieber, wenn andere therapeutische Maßnahmen nicht indiziert sind bzw. nicht ansprechen). Zusätzlich mögliche psychiatrische Störungen und lebensbedrohliche hypotensive Reaktionen lassen es geraten erscheinen, eine Indikation von Metamizol auch in der Notfallmedizin nur streng zu stellen.

Quellen: Dtsch.Med.Wschr. 2011; 136: 365-8; Schwabe-Paffrath, Arzneiver-ordnungsreport 2010, S. 267; Notarzt 2004; 20: 105-8

Modafinil

Therapieeinschränkungen

Die europäische Arzneimittelbehörde EMA hat aufgrund schwerwiegender Hautreaktionen und psychiatrischer Erkrankungen die Anwendungsgebiete von Modafinil (Vigil®) eingeschränkt. Modafinil kann nur noch bei Patienten mit exzessiver Schläfrigkeit, verbunden mit Narkolepsie, angewandt werden. Zur Therapie eines Schlafapnoe- oder Schichtarbeiter-Syndroms wird das Nutzen/Risiko-Verhältnis von Modafinil nicht mehr als positiv eingeschätzt.

Der Wirkungsmechanismus von Modafinil ist nicht genau bekannt. Ein Teil der Wirkung beruht auf einer durch α1-Adrenorezeptoren vermittelten zentralen Aktivierung ähnlich den Amphetaminen. In einer Studie wurde herausgefunden, dass eine längere Aufnahme dieser Stoffe das Risiko, nach Jahrzehnten an Morbus Parkinson zu erkranken, um 60 % erhöhen könnte – möglicherweise durch eine Wirkung auf den Dopaminstoffwechsel. Ein Beweis steht noch aus.

Quellen: AkdÄ Drug Safety Mail 2011-143; www.aerzteblatt.de/nachrichten/44796

lorf

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, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Hasenpest als Ursache von Pharynitis mit zervikaler Lymphadenoathie

Tularämieausbrüche in der Türkei und Norwegen erinnern an eine nicht zu vernachlässigende Differenzialdiagnose

In der 9. Kalenderwoche 2011 wurden zwei Fälle von Tularämie-Erkrankungen in Berlin gemeldet. Der Hygienereferent des Bezirksamts Mitte hat auf die beiden Erkrankungen besonders hingewiesen, da Exposition und klinische Manifestation (fieberhafte Pharyngitis mit zervikaler Lymphadenopathie nach Türkeireise) unspezifisch und einer einfachen Diagnose nicht zugänglich waren.

weltweit als Ha-

Die Tularämie ist Institut für Tropenmedizin eine Zoonose, die und Internationale Gesundheit Berlin

senpest oder in Norwegen auch als Lemming-Fieber bekannt ist. Der Erreger ist Francisella tularensis, ein besonders bei Nagern wie Mäusen, Ratten, Lemmingen, Hasen und Kaninchen pathogenes gramnegatives kokkoides Stäbchen-Bakterium. Edward Francis hatte Anfang des 20. Jahrhunderts in Tulare, Kalifornien, den Zusammenhang von aus Erdhörnchen isolierten Bakterien und dem beim Menschen vorkommenden "Bremsenfieber" erkannt. Infektionen von Francisella tularensis beim Menschen finden sich folglich gehäuft bei Jägern und Wildbrethändlern durch direkten Kontakt mit Blut, Ausscheidungen und Häuten von Wildtieren. Aber auch weniger offensichtliche Übertragungen durch Vektoren wie Katzen, diverse Säugetiere und Vögel sowie blutsaugende Insekten (Bremsen, Zecken) sind beschrieben. Darüberhinaus kommen Ansteckungen über Lebensmittel und das Trinken von Wasser aus natürlichen (Bäche. Flüsse. Seen) und künstlichen Süßwasserquellen (private Brunnen, Zisternen, unbehandeltes Oberflächentrinkwasser) vor. Selbst inhalativ über kontaminierten Staub aufgenommene Erreger können zur Infektion führen. Entsprechend der Art des Kontakts sind die klinischen Manifestationen der mit einer Inkubationszeit von 1-21 Tagen auftretenden Tularämie. Wir unterscheiden nach der Eintrittspforte ulzero-glanduläre (Haut) von pulmonalen/thorakalen (Inhalation) und abdominalen (Ingestion)

Formen. Bei Eintritt über die Schleimhäute des Rachenraumes oder die Konjunktiven sprechen wir von oropharyngealen beziehungsweise okulo-glandulären Formen. Die Mitbeteiligung regionaler Lymphknoten ist typisch für die Tularämie, nicht selten kommt es hierbei zu purulenten Einschmelzungen. Bakteriämische u./o. septische Krankheitsbilder haben un-

> behandelt eine Letalität von bis zu 30%. Die Sicherung der Diagnose

erfolgt in der Regel serologisch, wobei zu bedenken ist, dass die Serokonversion erst nach mehreren Wochen erfolgen kann. Kulturell gelingt der Nachweis im Routinebetrieb meist nicht, nur die gezielte Suche nach F. tularensis in Speziallaboratorien liefert gute Ergebnisse. Auch PCR-Methoden sind etabliert. Die ohne ausdrücklichen Verdacht auf das Vorliegen einer Tularämie empirisch häufig eingesetzten Betalaktam-Antibiotika und Makrolide sind unwirksam. Die Behandlung erfordert den Einsatz von Aminoglykosiden und Doxycyclin. Gegenwärtig werden Häufungen von Tularämie in der Türkei und Norwegen beobachtet. Aus Norwegen wissen wir, dass knapp zwei Drittel aller Fälle von Januar bis März 2011 oropharyngeale Formen waren, meist bedingt durch von toten Lemmingen kontaminiertes privates Brunnenwasser.

Die überwiegend durch harmlose virale Infekte ausgelösten Entzündungen des Rachenraums mit oder ohne Lympadenopathie stellen die klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen zumal in der Hektik des Alltagsbetriebs - immer wieder vor die Herausforderung einer angemessenen differenzialdiagnostischen Abklärung. Die Frage nach Aufenthalten in der Türkei oder Norwegen und die Erwägung einer Tularämie sollten vor dem aktuellen Hintergrund nicht fehlen.

Dr Sehastian Dieckmann Leiter Tropenmedizinische Ambulanz www.charite.de/tropenmedizin

Aktuelles Interview

"Der KJGD ist ein Notnagel"

Interview mit Dietrich Delekat, Ärztlicher Leiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Friedrichshain-Kreuzberg, zum aktuellen Spezialbericht "Sozialstruktur und Kindergesundheit", den die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Ende März vorgelegt hat. Der Bericht basiert auf den Einschulungsuntersuchungen der Jahre 2007/2008.

BÄ: Der aktuelle Bericht der Senatsverwaltung zeigt erneut, dass die Gesundheit von Kindern im Vorschulalter in Berlin in erheblichem Maße vom sozialen Status der Eltern abhängt. Diese Erkenntnis ist nicht unbedingt neu. Lassen sich aus Ihrer Sicht aus dem Bericht Veränderungen dieser Situation ablesen – sowohl positiv als auch negativ?

Delekat: Obwohl mittlerweile seit gut zehn Jahren die Daten der Einschulungsuntersuchung (ESU) in Berlin standardisiert erfasst werden, beschränkt sich der Bericht auf eine weit gehend deskriptive Darstellung der Verhältnisse 2007/2008. Wer die Vorberichte gelesen hat und etwas über Kreuzberg, Neukölln oder Wedding weiß, für den wird dieser Bericht sehr wenig Überraschungen bergen. Zudem fällt eine enorme Verwissenschaftlichung auf. Das lässt das Herz der Sozialwissenschafts-Gemeinde höher schlagen, aber wird das wirklich eine messbare Bedeutung für die erschreckend große Anzahl unserer konzentrationsgestörter und entwicklungsrückständiger Kinder haben, deren Fähigkeiten für die einfachsten Anforder - ungen der Grundschule nicht reichen? Der Förderbedarf hat sich jedoch praktisch durchgehend erhöht. In Friedrichshain-Kreuzberg ist der Sonderpädagogische Förderbedarf zwischen 2005 und 2010 von 6,3 % auf 9,9 % gestiegen. Weiterhin besteht ein riesiger Abstand zwischen den bildungsnahen und den bildungsfernen Bevölkerungsgruppen, was in Friedrichshain-Kreuzberg weit gehend gleichbedeutend mit den Kindern deutscher gegenüber türkisch-arabischer Herkunft ist.

BÄ: In welchen Bereichen und in welchen Bezirken sehen Sie die größten Defizite?

Delekat: Auch ganz ohne profunde Statistikkenntnisse weiß mittlerweile jeder, dass das Elternhaus eine entscheidende Rolle spielt, und sogar die finanziellen Verhältnisse demge genüber deutlich zurücktreten. In noch erheblich größeren Gebieten, als sie der Bericht benennt, fällt das Elternhaus als fördernde und bildende Kraft völlig aus, wenn es nicht sogar gleich Werte vermittelt, die denen unserer Gesellschaft diametral entgegen stehen. Immer mehr müssen die staatlichen Institutionen - Kitas und Schulen - als Komplettersatz für das Elternhaus herhalten. Die Defizite folgen der Bildungsstruktur, und sie beziehen sich auf die basalsten sprachlichen, motorischen, kognitiven und Wahrnehmungsfähigkeiten der Kinder, und ganz besonders auch auf die emotionalen und sozialen.

BÄ: Der Sozialstatus, der sich ja aus einigen Faktoren wie Einkommen, Bildung und Sprachkenntnisse zusammensetzt, lässt sich nicht so ohne Weiteres ändern. Was kann der öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst denn tun, um die Situation zu verbessern?

Delekat: Zumindest in den hoch belasteten Bezirken darf man sich über die Tätigkeit des KJGD keine Illusionen machen: Er ist ein Notnagel und ein Auffangnetz für einen nicht unbeträchtlichen Prozentsatz der Kinder, die bereits vom Scheitern bedroht sind, bevor sie überhaupt eine Schultür erreichen. Im Verein mit all den anderen Institutionen – Kitas, Schulen, Kinderärzte, Kinderpsychiater, Jugendamt, Familiengerichte, Familienhelfer, Sozialarbeiter usw. – versucht er, oft genug gegen den aktiven Widerstand der Eltern, den Kindern wenigstens halbwegs eine Chance zu vermitteln. Aber mehr als das Schlimmste zu verhüten ist es in der Mehrzahl der Fälle nicht.

BÄ: Ist durch die Einschnitte im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst in den vergangenen Jahren nicht am falschen Ende gespart worden?

Delekat: Der Gesetzgeber hat seinen Willen in Gesetze gegossen, die ja auch vom Bericht zitiert werden: Der ÖGD soll möglichst nur nur noch dort selbst Hand anlegen, wo es wirklich überhaupt niemand anderen mehr gibt ("subsidiär und sozialkompensatorisch"), und ansonsten nur noch im hochmodernen Public Health-Ansatz koordinierend die vielen anderen (drittfinanzierten) Akteure vernetzen; ein Modell, das mit erfreulich wenig Personal auskommt. Ein Widerspruch tut sich dann auf, wenn bei dringenden Handlungsnotwendigkeiten regelmäßig auf die KJGD zurückgegriffen werden muss, man denke an den Kinderschutz.

Das Interview führte Sascha Rudat. Eine Langfassung des Interviews finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin: www.aekb.de

Spezialbericht "Sozialstruktur und Kindergesundheit"

Datengrundlage des Berichts sind die Berliner Einschulungsuntersuchungen der Jahre 2007 und 2008. Die Auswertungen beziehen sich auf insgesamt 52.699 Kinder im Vorschulalter. Für die Beschreibung der Lebenslage wurden laut Angaben der Senatsverwaltung folgende drei Dimensionen ausgewählt:

- Familienform: Die große Mehrheit der Kinder lebt mit beiden Elternteilen (72 %), etwa ein Viertel der Kinder (28 %) mit einem Elternteil zusammen. Nur sehr wenige Kinder (unter 1 %) wachsen in einer anderen Konstellation, z.B. bei Großeltern oder in einem Heim, auf.
- Sozialstatus: Die Kinder und ihre Familien wurden in drei Gruppen –
- niedriger (23 %), mittlerer (52 %) und hoher (25 %) Sozialstatus eingeteilt. Zur Ermittlung wurden Schulbildung, berufliche Ausbildung und Erwerbsstatus der Eltern erfragt.
- Migrationshintergrund: Bei den Kindern mit Migrationshintergrund (33 %) wurden drei Gruppen unterschieden: gute oder sehr gute Deutschkenntnisse von Kind und Elternteil (16 %), unzureichende Deutschkenntnisse von Kind oder Elternteil (9 %) und unzureichende Deutschkenntnisse von Kind und Elternteil (8 %). Es hat sich gezeigt, dass für die Lebenslage der Kinder die Deutschkenntnisse wichtiger sind als der Migrationshintergrund.

Gesundheitspolitik

Eckpunkte für Patientenrechtegesetz vorgelegt

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CSU), hat Ende März ein lang angekündigtes Eckpunktepapier für ein Patientenrechtegesetz vorgelegt. Ziel soll es sein, die bisher in verschiedenen Gesetzen geregelten Patientenrechte zu bündeln und für die Patienten verständlicher zu machen. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, bezweifelt allerdings, dass sich die Situation der Patienten durch eine weitere Verrechtlichung verbessern werde. Während einer Podiumsdiskussion der SPD-Fraktion im Berliner Abgeordnentenhaus erklärte Jonitz, dass er ein Patientenrechtege setz für ein "Ablenkungsmanöver" der Politik halte. "Ich kenne kein Gesetz, dass die Haltung

der Beteiligten ändert." Der Ökonomisierung des Gesundheitswesen werde so kein Einhalt geboten. "Es findet bis heute keine Wertediskussion statt", mahnte der Kammerpräsident. Die Ursachen für die Probleme im Gesundheitswesen würden aber größtenteils nicht diskutiert. Ohne die entsprechenden Rahmenbedingungen könne es keine gute Patientenversorgung geben. "Nur wenn es dem Arzt gutgeht, kann es auch dem Patienten gutgehen", betonte Jonitz. Die Berliner Patientenbeauftragte Karin Stötzner erwiderte, dass sie die geltenden Rechtslage für unbefriedi gend halte. Als Beispiel führte sie Einsichtnahme in Patientenakten an, die stärker verrechtlicht werden müsse. Gleichwohl räumte

sie ein, dass ein Patientenrechtegesetz die Probleme der Patienten, mit denen sie tagtäglich konfrontiert werde, nicht lösen

Klar für ein Patientenrechtegesetz sprach sich auch der gesundheitspolitische Sprecher der Berliner SPD-Landesfraktion, Thomas Isenberg, aus. Er kündigte ein entsprechendes Programm der Berliner SPD an. So sollte aus seiner Sicht der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient stärker kodifiziert werden. Dies bringe Klarheit ins Arzt-Patienten-Verhältnis. Gleichzeitig sprach er sich für eine stärkere Beweislastumkehr und einen Entschädigungsfonds aus.

Menschen ohne Papiere

Kammer unterzeichnet Europäische Erklärung

Die Ärztekammer Berlin hat die Europäische Erklärung "Freier Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen ohne Papiere" unterschrieben. Kammerpräsident Dr. med Günther Jonitz und Vizepräsident Dr. med. Elmar Wille begrüßten die Petition, die am 22. März von der Organisation Ärzte der Welt dem Europäischen Parlament übergeben wurde. Ziel der im Mai 2010 von Ärzte der Welt initiierten Erklärung ist es, Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu beseitigen, die in den meisten Ländern der Europäischen Union für Menschen ohne Aufenthaltstitel bestehen. Die Petition wurde von 141 Verbänden und Organisationen in Europa, die über drei Millionen Beschäftigte des Gesundheitswesens repräsentieren und auch Einzelpersonen, unterzeichnet.

Evaluation der

Weiterbildung

in Deutschland

Online-Befragung 2011

Weiterbildung

EVA vor dem Startschuss

Wie bereits in der letzten Ausgabe von BERLINER ÄRZTE angekündigt, startet die Ärztekammer Berlin am 1. Juni gemeinsam mit den anderen Landesärztekammern und der Bundesärztekammer die

zweite Befragungsrunde des Projektes Evaluation der Weiterbildung. Wie bereits im Jahr 2009 werden alle zur Leitung der Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzte und die Weiterzubildenden aufgefordert, über das Online-Portal Auskünfte zur Qualität ihrer Weiterbildung zu geben. Auf diesem Weg sollen die Stärken und Schwächen der Weiterbildung eruiert und Vergleichsmöglichkeiten geschaffen werden. In

Folge der Auswertung der Erfahrungen der ersten Befragung und der Umsetzung von Beschlüssen des 113. Deutschen Ärztetages 2011 wird es im diesjährigen Verfahren Neuerungen geben. Alle Weiterbildungsbefugten werden von der Ärztekammer Ende Mai ein Schreiben mit dem persönlichen Zugangscode zur Anmeldung im Online-Portal erhalten und um die Übermittlung der Namen

aller unter ihrer Leitung tätigen Weiterzubildenden über das Online-Portal gebeten werden. Das Webportal ist bis Ende Juli für die Befugten geöffnet. Die namentlich benannten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erhalten ihre Zugangsdaten umgehend nach Übermittlung nicht vom Weiterbilder, sondern unmittelbar von der

> Ärztekammer Berlin hinterlegte Korrespondenzanschrift. Sollten Weiterzubildende bis Ende Juli keine Zugangsdaten erhalten haben, können sie sich persönlich an die Ärztekammer wenden und ihren Zugangscode anfordern. Das Webportal ist bis zum 31. August 2011 für die Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung geöffnet. Um eine größere Transparenz zu erreichen, können in der diesjährigen Befragungsrunde

Teile der Befugtenberichte, nämlich die so genannte Ergebnis spinne, öffentlich eingesehen werden, sofern der Befugte nach Einsicht in seinen individuellen Befugtenbericht innerhalb von vier Wochen der Veröffentlichung nicht widerspricht. Wir werden in der nächsten Ausgabe von BERLINER ÄRZTE ausführlich über das Projekt Evaluation der Weiterbildung Online-Befragung 2011 berichten.

Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Kreuzschmerz

Deutschland. Er führt sowohl zu hohen direkten Kosten für Diagnostik und Therapie als auch zu hohen indirekten Kosten für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung. Aufgrund der hohen Prävalenz gibt es eine große Anzahl von Therapieangeboten. Viele der Behandlungsmöglichkeiten sind in den letzten Jahren in Studien untersucht worden. Dennoch besteht auf allen Versorgungsebenen für Patientinnen und Patienten mit nichtspezifischem Kreuzschmerz Optimierungsbedarf. Die Nationale VersorgungsLeitlinie richtet sich an Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige nichtärztlicher Berufsgruppen, die an der Versorgung dieser Menschen in allen Sektoren beteiligt sind. Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien ist eine gemeinsame Initiative von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zur Qualitätsförderung in der Medizin.

Von Susann Conrad, Susanne Weinbrenner, Günter Ollenschläger



Hintergrund, Definition und Zielsetzung

K reuzschmerz gehört zu den am häufigsten angegebenen Schmerzen. Im Durchschnitt berichten Betroffene über eine lange Erkrankungsdauer, oft in Form von sich wiederholenden Episoden. Frauen sind häufiger betroffen als Männer [1]*. Kreuzschmerz verursacht in Deutschland direkte Kosten in Höhe von 8,4 Milliarden Euro pro Jahr. Nach Schätzungen werden etwa 85 % der Gesamtkosten durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bedingten Produktivitätsausfall verursacht, rund 15 % werden für die medizinische Behandlung aufgewendet. Kreuzschmerz führt seit Jahren die Statistiken der Anlässe für Arbeitsunfähigkeit und medizinische Rehabilitation an [2].

Die Empfehlungen der NVL Kreuzschmerz beschränken sich auf die Versorgung der Menschen mit "nichtspezifischem Kreuzschmerz". Diese international gebräuchliche Bezeichnung ("unspecific low back pain") bezeichnet Schmerzen im Rückenbereich unterhalb des Rippenbogens, oberhalb der Gesäßfalten, mit oder ohne Ausstrahlung, wenn keine spezifische Diagnose gestellt werden kann. Für mindestens 85 % der Fälle trifft diese

Beschreibung zu [3-8]. Diese Unterscheidung ist wichtig, weil der Verdacht auf spezifische Rückenschmerzen eine entsprechende Diagnostik und in der Regel eine spezifische Therapie notwendig macht, während Menschen mit nichtspezifischen Kreuzschmerzen nach Ausschluss von Warnhinweisen ("red flags") ein anderes Behandlungskonzept benötigen, bei dem funktionelle Störungen und eventuell psychologische Faktoren eine große Rolle spielen. Darüber hinaus kann der Kreuzschmerz nach Dauer (akut: weniger als sechs Wochen, subakut: sechs bis zwölf Wochen, chronisch: länger als zwölf Wochen) Schweregrad und Chronifizierungsstadium klassifiziert werden.

Die NVL Kreuzschmerz soll Hilfen für die Versorgung von Menschen mit nichtspezifischem Kreuzschmerz geben. Durch die Umsetzung der Empfehlungen strebt diese Leitlinie, neben Zielen zur Verbesserung der Struktur- und Ergebnisqualität, insbesondere folgende, krankheitsspezifische Ziele zur Prozessoptimierung an:

Durch Informationen über die Chronifizierungsrisikofaktoren sollen alle Beteiligten in der Versorgung auf die Identifizierung von Risikofaktoren für Schmerz-

persistenz und -chronifizierung bereits in der Initialphase der Erkrankung aufmerksam gemacht werden. Bereits in dieser Phase soll das psychosoziale Management stärker berücksichtigt werden.

- 2. Durch Empfehlungen und Informationen zur evidenzbasierten Diagnostik des nichtspezifischen Kreuzschmerzes soll der Anteil der diagnostischen Maßnahmen ohne therapeutische Konsequenzen verringert werden.
- 3. Durch die therapeutischen Empfehlungen soll eine beschwerdeorientierte und individuelle Therapie des Kreuzschmerzes gefördert werden. Sie soll auf Schmerzkontrolle und möglichst rasche funktionelle Wiederherstellung ausgerichtet sein.
- 4. Durch Informationen zu Therapien ohne belegten Nutzen soll die Anwendung überflüssiger und obsoleter Maßnahmen verhindert werden.
- 5. Durch Empfehlungen zu geeigneten multimodalen, multi- und interdisziplinären Behandlungsmaßnahmen sollen Selbstmanagement und die Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben gefördert werden.

*Die Literaturhinweise sind bei der Redaktion erhältlich: presse@aekb.de

Tabelle 1: Warnhinweise auf eine spezifische vertebragene Ursache mit oft dringendem Handlungsbedarf ("red flags") modifiziert nach AkdÄ – Empfehlungen zur Therapie der Kreuzschmerzen

Fraktur	Tumor	Infektion	Radikulopathien / Neuropathien
 schwerwiegendes Trauma z. B. durch Autounfall oder Sturz aus größerer Höhe, Sportunfall Bagatelltrauma (z. B. Husten, Niesen oder schweres Heben bei älteren oder potentiellen Osteo- porosepatienten) systemische Steroidtherapie 	 höheres Alter Tumorleiden in der Vorgeschichte allgemeine Symptome: Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, rasche Ermüdbarkeit Schmerz, der in Rückenlage zunimmt starker nächtlicher Schmerz 	 allgemeine Symptome, wie kürzlich aufgetretenes Fieber oder Schüttelfrost, Appetitlosigkeit, rasche Ermüdbarkeit durchgemachte bakterielle Infektion i.vDrogenabusus Immunsuppression konsumierende Grunderkrankungen kürzlich zurückliegende Infiltrationsbehandlung an der Wirbelsäule starker nächtlicher Schmerz 	 straßenförmig in ein oder beide Beine ausstrahlende Schmerzen, ggf. verbunden mit Gefühlsstörungen wie Taubheitsgefühlen oder Kribbelparästhesien im Schmerzausbreitungsgebiet oder Schwächegefühl Kaudasyndrom: plötzlich einsetzende Blasen-/Mastdarmstörung, z. B. Urinverhalt, vermehrtes Wasserlassen, Inkontinenz Gefühlsstörung perianal/perineal Ausgeprägtes oder zunehmendes neurologisches Defizit (Lähmung, Sensibilitätsstörung) der unteren Extremität Nachlassen des Schmerzes und zunehmende Lähmung bis zum kompletten Funktionsverlust des Kennmuskels (Nervenwurzeltod)

Hinweise zur Methodik

Die Empfehlungen dieser NVL basieren auf den Empfehlungen der Quell-Leitlinien [9-13]1 oder auf dem Ergebnis systematischer Recherchen. Für bestimmte Fragestellungen konnten aufgrund der unzureichenden Literaturbasis keine evidenzbasierten Empfehlungen gegeben werden, in diesen Fällen beruhen die Empfehlungen auf Expertenmeinung. Die Auswahl der Quell-Leitlinien erfolgte nach einer systematischen Recherche und einem standardisierten Auswahl- und Bewertungsverfahren. Bei der Entscheidungsfindung wurde besonderer Wert auf eine systematische Entwicklung und nachvollziehbare Evidenzbasierung der gegebenen Empfehlungen gelegt. Weitere Erläuterungen zur Methodik erhalten Sie gerne auf Nachfrage unter presse@aekb.de.

Versorgung im akuten Schmerzstadium

Beim Management des Kreuzschmerzes muss die akute Erkrankung von der subakuten und chronischen unterschieden werden. Erstes Ziel des Managements im akuten Schmerzstadium ist die Überprüfung spezifischer Warnhinweise für abwendbar gefährliche Verläufe ("red flags") oder spezifisch zu behandelnde Erkrankungen durch eine sorgfältige Anamnese und eine gute klinische Untersuchung. "Red flags" sind Begleitsymptome und Vorerkrankungen, die als Warnsignal für eine spezifische Ursache mit dringendem Behandlungsbedarf dienen. Dazu gehören Frakturen, Tumorleiden, infektiöse Prozesse sowie Radikulopathien und Neuropathien (s. Tabelle 1).

Zu den spezifisch zu behandelnden Ursachen gehören entzündliche Ursachen, radikuläre Wurzelkompressionen durch Stenose oder Bandscheibenvorfall sowie extravertebragene Ursachen. Je nach Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit sollen weitere Labor oder bildgebende Untersuchungen und/oder Überweisungen in fachärztliche Behandlung für die weiterführende Ursachenklärung und die gezielte Behandlung eingeleitet werden.

Bei fehlenden Hinweisen für gefährliche Verläufe und andere behandlungsrelevante Pathologien sind zunächst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen (insbesondere Bildgebung) notwendig. Die Beschwerden sollen zunächst als nichtspezifischer Kreuzschmerz klassifiziert werden. Insbesondere ist hier auf das Vorliegen schmerzunabhängiger psychosozialer Merkmale (wie Depressivität, Zufriedenheit am Arbeitsplatz) zu achten. Diese können als Risikofaktoren für eine Chronifizierung des akuten Kreuzschmerzes ("yellow flags") bereits beim Erstkontakt in der Anamnese erfragt werden.

Bei akutem Kreuzschmerz soll nach klinischem Ausschluss gefährlicher Verläufe durch Anamnese und körperliche Untersuchung keine bildgebende Untersuchung durchgeführt werden. (Empfehlungsgrad A)

Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Linderung der Schmerzen, so dass die Betrof-

fenen ihren täglichen Aktivitäten schnellstmöglich wieder nachgehen können. Da beim nichtspezifischen Kreuzschmerz erklärtermaßen keine Hinweise auf spezifische Ursachen vorliegen, erfolgt die Therapie symptomatisch. Diese setzt sich aus nichtmedikamentösen und medikamentösen Maßnahmen zusammen (s. Tabelle 2). Grundsätzlich steht dabei die Aktivierung der Betroffenen im Vordergrund.

Patientinnen/Patienten sollen aufgefordert werden, körperliche Aktivitäten soweit wie möglich beizubehalten. (Empfehlungsgrad A)

Da durch monomodale Behandlungsansätze die ausschließlich somatische Zuschreibung des Kreuzschmerzes durch die Betroffenen voranschreitet, ist so früh wie möglich die Notwendigkeit der Entwicklung und Umsetzung multi- und interdisziplinärer Behandlungspläne zu prüfen. Die Therapie orientiert sich an den Schmerzen und dem aktuellen Funktionsstatus. Der Behandlungsplan muss von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten mit den Betroffenen abgestimmt sein und erfordert deren Verständnis und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit. Daher können Präferenzen der Patientinnen/Patienten sowie des Behandlungsteams in der Therapieplanung Berücksichtigung finden. Die medikamentöse Therapie soll im akuten Stadium nichtmedikamentöse Maßnahmen unterstützen. Optionale Empfehlungen betreffen Therapieversuche, die erst nach Ausschöpfung aller stärker empfohlenen Therapiemaßnahmen in Erwägung gezogen werden können.

Die Anwendung von Akupunktur, Bettruhe, Ergotherapie, Interferenztherapie, PENS, TENS, Kurzwellendiathermie, Lasertherapie, Magnetfeldtherapie, Massage, Orthesen, Kältetherapie, Traktionsbehandlung und therapeutischem Ultraschall wird nicht empfohlen.

¹ Es besteht eine Aktualisierung, welche die DEGAM-LL mit den Europäischen Leitlinien und den Leitlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft vergleicht [14].

Folgende Flussdiagramme können bei der Redaktion angefordert werden:

Algorithmus 1: Diagnostik von "red flags" und spezifischen Ursachen (Wochen o-2 nach Erstkonsultation)

Algorithmus 2: Weitere Diagnostik und Therapie bei akutem nichtspezifischem Kreuzschmerz (2-5 Wochen nach Erstkonsultation)

Algorithmus 3: Versorgung bei subakutem Kreuzschmerz (6-12 Wochen nach Erstkonsultation)

Algorithmus 4: Versorgung beim Übergang zum chronischen nichtspezifischem Kreuzschmerz (> 12 Wochen nach Erstkonsultation)

Tabelle 2: Therapieempfehlungen der NVL Kreuzschmerz für die akute Schmerzphase

Verfahren	Empfehlung
Bewegungstherapie	 körperliche Aktivität beibehalten (A) keine Verordnung von Bewegungstherapie (auch Krankengymnastik) (A)
adäquate, individuelle Information und Beratung	• soll durchgeführt werden (A)
Progressive Muskel- relaxation	 kann bei erhöhtem Chronifizierungsrisiko angeboten werden (O)
Manipulation/ Mobilisation	• kann angewendet werden (o)
Wärmetherapie	 kann in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen angewendet werden (O)
Paracetamol	• bei leichtem bis moderatem KS: Behandlungsversuch (kurzfristig überprüfen) bis zur maximalen Tagesdosis von 3 g (O)
Traditionelle nichtsteroidale Antirheumatika/ Antiphlogistika (tNSAR)	 in limitierter Dosierung (bis zu 1,2 g Ibuprofen, 100 mg Diclofenac oder 750 mg Naproxen täglich; bei unzureichender Wirkung kann unter Beachtung und ggf. Prophylaxe der möglichen Nebenwirkungen auf bis 2,4 g Ibuprofen, 150 mg Diclofenac oder 1,25 g Naproxen erhöht werden) (B) bei gastrointestinalen Risiken: Prophylaxe mit Protonenpumpenhemmer (B) nur in der niedrigsten wirksamen Dosierung, so kurzzeitig wie möglich (B) nicht parenteral verabreichen (A)
Cox-2-Hemmer	 wenn tNSAR kontraindiziert sind oder nicht vertragen werden ("off label use") (O)
Opioid-Analgetika	 schwache Opioide (z.B. Tramadol, Tilidin/Naloxon) können eingesetzt werden bei fehlendem Ansprechen auf Analgetika wie Paracetamol, tNSAR (O) Reevaluation der Opioidtherapie nach spätestens 4 Wochen. Tritt die gewünschte Schmerzlinderung/Funktionsverbesserung nicht ein, ist die Fortsetzung der Opioidtherapie kontraindiziert (A) kein Einsatz transdermaler Opioide KS (A) wenn Opioide zum Einsatz kommen, sind zur Reduktion des Suchtrisikos Opioide mit langsamem Wirkungseintritt den schnell wirksamen Opioiden vorzuziehen. Gabe nach festem Zeitschema (Statement)
Muskelrelaxanzien	 wenn nichtmedikamentöse Maßnahmen oder alleinige Gabe von nichtopioiden Analgetika, keine Besserung bewirken (O) Nebenwirkungspotential beachten, nicht länger als 2 Wochen fortlaufend (Statement)

Erläuterung (siehe auch Langfassung der NVL): positive/optionale Empfehlungen fett gedruckt A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, O = Option, KS = Kreuzschmerz Eine Reevaluation der
Opioidtherapie soll bei akutem
nichtspezifischem Kreuzschmerz
nach spätestens 4 Wochen, bei
chronischem nichtspezifischem
Kreuzschmerz nach spätestens
3 Monaten erfolgen. Tritt die
gewünschte Schmerzlinderung/
Funktionsverbesserung nicht ein,
ist die Fortsetzung der Opioidtherapie kontraindiziert.
(Empfehlungsgrad A)

Bei akutem oder subakutem nichtspezifischem Kreuzschmerz sollen transdermale Opioide nicht eingesetzt werden. (Empfehlungsgrad A)

Für den Einsatz intravenös applizierbarer Medikamente oder invasiver Therapieverfahren (perkutan oder operativ) bei nichtspezifischem Kreuzschmerz gibt es aus der Literatur keine oder keine verlässlichen Belege.

Intravenös oder intramuskulär applizierbare Schmerzmittel, Glucocorticoide und Mischinfusionen sollen für die Behandlung des akuten und chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzes nicht angewendet werden. (Empfehlungsgrad A)

Invasive Therapieverfahren sollen bei Patientinnen/Patienten mit nichtspezifischem Kreuzschmerz nicht eingesetzt werden. (Empfehlungsgrad A)

Erzielt die Therapie nach 2- bis 4 Wochen Akutbehandlung nicht die erwünschten Effekte, sollen unter der Zielsetzung der Prävention einer Chronifizierung entsprechende Risikofaktoren ("yellow flags", s. Tabelle 3) aktiv und systematisch erfasst werden. Hierzu stehen spezielle Instrumente zur Verfügung (s. www. versorgungsleitlinien.de/themen/ kreuzschmerz/index html).

Tabelle 3: Risikofaktoren für die Entwicklung chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzes		
psychisch	Depressivität, Distress (negativer Stress), schmerzbezogene Kognitionen, passives/überaktives/suppressives Schmerzverhalten, Neigung zur Somatisierung	
beruflich	überwiegend körperliche Schwerarbeit, monotone Körperhaltung, Vibrationsexposition, geringe berufliche Qualifikation, berufliche Unzufriedenheit, Verlust des Arbeitsplatzes, Kränkungsverhältnisse am Arbeitsplatz, chronischer Arbeitskonflikt (Mobbing)	
iatrogen	mangelhafte Respektierung der multikausalen Genese, Überbewertung somatischer/radiologischer Befunde bei nichtspezifischen Schmerzen, lange, schwer begründbare Krankschreibung, Förderung passiver Therapiekonzepte, übertriebener Einsatz diagnostischer Maßnahmen	

Dauern Schmerzen trotz leitliniengerechter Maßnahmen länger als 4 Wochen² an, sollen psychosoziale Risikofaktoren schon in der primären ärztlichen Versorgung erfasst werden. (Empfehlungsgrad A)

Liegen "yellow flags" vor, rückt die Förderung eines adäquaten (biopsychosozialen) Krankheitsverständnisses der Betroffenen in den Vordergrund der Versorgung. Dazu gehören eine Aufklärung über die Art der Risikofaktoren, eine Beratung zu geeigneten Formen der Schmerzverarbeitung im Alltag sowie dem Abbau von Distress, die Vermeidung von diagnostischen Maßnahmen ohne Konsequenzen und damit die Vermeidung des Risikos einer iatrogenen Fixierung.

Versorgung im subakuten Schmerzstadium

Insbesondere bei länger als sechs Wochen bestehender Arbeitsunfähigkeit oder dem Vorliegen von "yellow flags" soll spätestens zu diesem Zeitpunkt (möglichst im Rahmen eines interdisziplinären umfassenden Assessments) die Indikation einer multimodalen, multi- und interdisziplinären Behandlung bzw. Rehabilitation geprüft werden. Sind die anhaltenden Schmerzen trotz leitlinien-gerechter Therapie so stark, dass sie die Patienten und Patientinnen wesentlich im Alltag einschränken, werden sie in diesem Zeitraum (subakute Schmerzphase) als zusätzlicher Warnhinweis gedeutet und erfordern einmalig eine bildgebende

Diagnostik (siehe Langfassung der NVL Kreuzschmerz). Neben den in der akuten Schmerzphase geltenden Therapieempfehlungen (s. Tabelle 2) soll Bewegungstherapie als primäre Behandlung angewendet werden (A). Weiterhin soll bei Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren kognitive Verhaltenstherapie (KVT) angeboten werden (A). Massage in Kombination mit Bewegungstherapie kann angewendet (0) und Rückenschule, die auf einem biopsychosozialen Ansatz basiert. kann empfohlen werden (0). Paracetamol kann kurzzeitig und in möglichst niedriger Dosis, nur nach ausführlicher Medikamentenanamnese und nur zur Behandlung kurzer Exazerbationen eingesetzt werden (0). Liegen im subakuten Stadium nach wie vor keine Risikofaktoren zur Chronifizierung vor, liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der Optimierung der symptomatischen Therapie.

Mit dem Ziel, die Chronifizierung des Kreuzschmerzes rückgängig zu machen, soll entsprechend den individuellen Gegebenheiten für eine umfassende interdisziplinäre Bewertung bzw. Neubewertung der Befunde bei länger als zwölf Wochen anhaltendem Kreuzschmerz eine Zweitmeinung eingeholt werden. Bleibt der psychosomatische Befund ohne Auffälligkeiten, ist zur Absicherung der Diagnose (falls nicht bereits geschehen) einmalig eine Bildgebung indiziert (siehe Langfassung der NVL Kreuzschmerz). Bestehen bei Patientinnen/Patienten mit "yellow flags" gleichzeitig auch Hinweise

auf eine organische Ursache der Schmerzen, erfolgt zur Diagnosesicherung ebenfalls bildgebende Diagnostik entsprechend des klinischen Verdachts.

Versorgung im chronischen Schmerzstadium

In dieser Situation stehen folgende Versorgungsziele im Fordergrund:

- Stabilisierung eines adäquaten (biopsychosozialen) Krankheitsverständnisses; Verständigung auf ein gemeinsames Krankheitsmodell und Förderung der aktiven Mitarbeit der Patientinnen/ Patienten;
- Verhinderung von schädigendem Krankheitsverhalten;
- Einleitung einer zeitnahen effizienten somatischen Therapiestrategie und umfassende Aufklärung (ggf. Einsatz psychotherapeutischer Intervention);
- Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit;
- Beratung über die sozialmedizinischen Auswirkungen der Erkrankung unter Berücksichtigung der Arbeitssituation und
- Vermeidung bzw. Verminderung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit.

Patientinnen/Patienten mit chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz sollen, wenn weniger intensive evidenzbasierte Therapieverfahren unzureichend wirksam waren, mit multimodalen Programmen im Bereich der Kuration oder Rehabilitation behandelt werden. (Empfehlungsgrad A)

Multimodale, multi- und interdisziplinäre Behandlungskonzepte sind durch ein multiprofessionelles Vorgehen unter einem übergeordneten integrativen Konzept der funktionalen Wiederherstellung auf verschiedenen Ebenen charakterisiert. Auch die vorwiegend körperlich orientierten Behandlungsteile folgen dabei einer verhaltenstherapeutischen Ratio, nach der die Steigerung der

² Bei Arbeitsunfähigkeit kann ein früherer Abklärungsbedarf bestehen.

Kontrollfähigkeit und des Kompetenzgefühls der Betroffenen in den Vordergrund der therapeutischen Bemühungen gestellt wird. Therapiebausteine sind:

- medizinische Behandlung (z.B. medikamentöse Therapie, manuelle Therapie);
- intensive Information und Schulung auf Basis eines biopsychosozialen Krankheitsmodells mit Inhalten zur Schmerzerkrankung und Bezug zur individuellen Problematik (z.B. psychosoziale Risikofaktoren und Bewegungsmangel);
- konsequente Steigerung der körperlichen Aktivität mit Motivierungs- und Beratungselementen für Alltagsaktivitäten (möglichst orientiert an verhaltenstherapeutischen Prinzipien);
- psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen zur Veränderung eines maladaptiven, auf Ruhe und Schonung oder Durchhalten ausgerichteten Krankheitsverhaltens, zur Stärkung von eigenen

- Ressourcen im Umgang mit Schmerz und Beeinträchtigung sowie Erlernen von Entspannungs- und Stressbewältigungstechniken, Bewältigungsstrategien, ggf. störungsorientierte Einzeltherapie;
- arbeitsorientierte Trainingsprogramme unter Einbezug ergotherapeutischer Maßnahmen.

Weiterhin werden relevante Komorbiditäten in das Therapiekonzept einbezogen.

Bei Bestehen der Beschwerden und alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen >12 Wochen trotz leitliniengerechter Versorgung soll generell die Indikation zu einer multimodalen Therapie (möglichst durch ein umfassendes interdisziplinäres Assessment) geprüft werden. (Empfehlungsgrad A)

Im Krankheitsverlauf stehen die kontinuierliche Aufklärung und Motivation zu einer gesunden Lebensführung, die regelmäßige körperliche Aktivität einschließt, sowie die Vermeidung der Anwendung chronifizierungsfördernder und/oder nichtevidenzbasierter medizinischer Verfahren im Vordergrund der Versorgung. Als therapeutische Maßnahmen stehen zu diesem Zweck verschiedene nichtmedikamentöse (s. Tabelle 4) und medikamentöse Verfahren (s. Tabelle 5) zum Einsatz im multimodalen Therapiekonzept zur Verfügung. Besondere Maßnahmen sind in der Langzeitbetreuung erforderlich:

- bei länger als vier Wochen andauernder medikamentöser Therapie;
- nach der Entlassung aus ambulanter/ stationärer schmerztherapeutischer Behandlung oder Rehabilitation;
- bei weiterhin bestehenden Chronifizierungsfaktoren und/oder nachweislich eingetretenen psychosozialen Folgen des Kreuzschmerzes;
- bei symptomunterhaltenden oder -verstärkenden Komorbiditäten (Bsp. affektive Störungen wie Angst, Depression oder somatoforme Störungen);
- bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit;
- bei Veränderungen des Beschwerdebildes.

Die Anwendung von Bettruhe, Interferenztherapie, PENS, TENS, Kurzwellendiathermie, Lasertherapie, Magnetfeldtherapie, Orthesen, Kältetherapie, Wärmetherapie, Traktionsbehandlung oder therapeutischem Ultraschall wird nicht empfohlen. Eine Indikation zur medikamentösen Therapie für den chronischen Kreuzschmerz besteht, wenn zur Umsetzung der aktivierenden Maßnahmen eine Schmerztherapie erforderlich ist.

Flupirtin, Antidepressiva vom SSNRI-Typ (außer bei indikationsrelevanter Komorbidität), Gabapentin, Pregabalin und Carbamazepin, Phytotherapeutika und perkutan applizierbare Medikamente sollen weder in der akuten noch in der chronischen Schmerzphase angewendet werden.

Tabelle 4: Empfehlungen nichtmedikamentöser Maßnahmen der NVL Kreuzschmerz für die chronische Schmerzphase

- 1		
	Verfahren	Empfehlung
	Bewegungstherapie	• als primäre Behandlung (A)
	Schulungsmaßnahmen (Beratung/Edukation)	• soll durchgeführt werden (A)
	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	 soll eingebunden in ein multimodales Behandlungskonzept angewendet werden (A)
	Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation)	• sollte angewendet werden (B)
	ergotherapeutische Maßnahmen	 sollte im Rahmen multimodaler Behand- lungsprogramme angewendet werden (B)
	Rückenschule auf biopsychosozialem Ansatz	• sollte angewendet werden (B)
	Akupunktur	 kann sehr eingeschränkt angewendet werden (O)
	Manipulation/Mobilisation	 kann in Kombination mit Bewegungs- therapie angewendet werden (O)
	Massage	 kann in Kombination mit Bewegungs- therapie angewendet werden (O)
- 1		

Erläuterung (siehe auch Langfassung der NVL): positive/optionale Empfehlungen fett gedruckt

A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, O = Option

Schlussfolgerung

Je nach Ursache, zeitlichem Verlauf, Schweregrad und Chronifizierungsstadium des Kreuzschmerzes ergeben sich unterschiedlich komplexe Versorgungsaufgaben. Die Empfehlungen zur Versorgung basieren auf

einer biopsychosozialen Betrachtungsweise [19], woraus sich neben der medizinischen Behandlung bei Bedarf auch edukative, psycho-/sozialtherapeutische und/oder rehabilitative Therapieansätze ableiten. Folglich ergeben sich komplexe Anforderungen, welche eine organisatori-

sche und therapeutische Anpassung der entsprechenden Fachdisziplinen erfordern. Insbesondere muss die Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsnetzen ermöglicht, gefestigt oder intensiviert werden. Erst solche Bedingungen machen eine multi- und interdisziplinäre Betreuung und damit eine Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung bei Kreuzschmerz möglich [20]. In Form ihrer Empfehlungen soll diese NVL einen Leitfaden für die Kooperation der Behandelnden bieten. Die Empfehlungen der NVL basieren dabei auf den besten verfügbaren wissenschaftlichmedizinischen Erkenntnissen.

Um die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem zu berücksichtigen, wurden die Empfehlungen von einem interdisziplinären Expertengremium erarbeitet und konsentiert. Insbesondere von der Umsetzung der neun Schlüsselempfehlungen wird ein relevantes Potential zur Erreichung der oben genannten Ziele erwartet. Ohne eine Anpassung der strukturellen Rahmenbedingungen wird deren Anwendung durch Akzeptanzprobleme jedoch erschwert bleiben (z.B. durch Entwicklung und Nutzung leitlinien-bezogener Honorierungssysteme oder einer stärkeren Nutzung guter Leitlinien in der Aus-, Weiter- und Fortbildung ärztlicher und nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe sowie der Qualitätszirkelarbeit [21]).

Aus methodischer Sicht ist nach Abschluss der Arbeiten festzustellen, dass die wissenschaftlichen Belege in vielen Bereichen unzureichend und/oder widersprüchlich bleiben und Empfehlungen oft nur mit unzureichender Sicherheit abzuleiten sind

Verfasser:

Susann Conrad Dr. Susanne Weinbrenner Prof. Dr. Günter Ollenschläger

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Die Langfassung der NVL Kreuzschmerz ist unter: www.versorgungsleitlinien.de/themen/ kreuzschmerz/index html nachzulesen.

Tabelle 5: Empfehlungen medikamentöser Maßnahmen der NVL Kreuzschmerz für die chronische Schmerzphase

Verfahren	Empfehlung
Paracetamol	 kurzzeitig und in möglichst niedriger Dosis nur nach ausführlicher Medikamentenanamnese und nur zur Behandlung kurzer Exazerbationen (O)
Traditionelle nichtsteroidale Antirheumatika/ Antiphlogistika (tNSAR)	 in limitierter Dosierung (bis zu 1,2 g Ibuprofen, 100 mg Diclofenac oder 750 mg Naproxen täglich; bei unzureichender Wirkung kann unter Beachtung und ggf. Prophylaxe der möglichen Nebenwirkungen auf bis 2,4 g Ibuprofen, 150 mg Diclofenac oder 1,25 g Naproxen erhöht werden) (B) bei gastrointestinalen Risiken: Prophylaxe mit Protonenpumpenhemmer (B) nur in der niedrigsten wirksamen Dosierung, so kurzzeitig wie möglich (B) nicht parenteral verabreichen (A)
Cox-2-Hemmer	 wenn tNSAR kontraindiziert sind oder nicht vertragen werden ("off label use") (O)
Opioid-Analgetika	 schwache Opioide (z.B. Tramadol, Tilidin/Naloxon) können eingesetzt werden bei fehlendem Ansprechen auf Analgetika wie Paracetamol, tNSAR (O) Reevaluation der Opioidtherapie bei chronischem KS nach spätestens 3 Monaten. Tritt die gewünschte Schmerzlinderung/Funktionsverbesserung nicht ein, ist die Fortsetzung der Opioidtherapie kontraindiziert (A) wenn Opioide zum Einsatz kommen, sind zur Reduktion des Suchtrisikos Opioide mit langsamem Wirkungseintritt den schnell wirksamen Opioiden vorzuziehen. Gabe nach festem Zeitschema (Statement)
Muskelrelaxanzien	 wenn nichtmedikamentöse Maßnahmen oder alleinige Gabe von nichtopioiden Analgetika keine Besserung bewirken (O) Nebenwirkungspotential beachten, nicht länger als 2 Wochen fortlaufend (Statement)
Antidepressiva	 Noradrenerge oder noradrenerg-serotonerge Antidepres siva als Nebenmedikation im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes zur Schmerzlinderung (Kontraindikationen, Nebenwirkungen beachten) (O) Antidepressiva vom SSNRI-Typ nicht regelhaft und nur bei indikationsrelevanter Komorbidität (schwere Depression, Angststörung) (B)

Erläuterung (siehe auch Langfassung der NVL): positive/optionale Empfehlungen fett gedruckt A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, O = Option, KS = Kreuzschmerz



"Die Pläne sind Wahlkampfrhetorik"

Im Rahmen einer von der Senatsverwaltung für Gesundheit und der Berliner Krankenhausgesellschaft vorgenommenen Analyse zum Thema "Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Berlin" wurde Ende März bekannt gegeben: Den Berliner Plankrankenhäusern fehlt das Geld für eine angemessene, moderne Krankenhausversorgung. Die bislang auf Sparkurs gehaltene jährliche Investitionsförderung durch das Land reicht nicht aus und soll nach Vorstellung der Senatsverwaltung von derzeit 90 Mio. Euro auf künftig 200 Mio. Euro angehoben werden. BERLINER ÄRZTE sprach darüber mit Dr. med. Kilian Tegethoff, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender des Krankenhausaus-schusses sowie Vorsitzender des Marburger Bundes Berlin/Brandenburg.

BÄ: Herr Dr. Tegethoff, wie schätzen Sie die Pläne der Senatsverwaltung ein, in den nächsten zwei Jahren die Investitionsförderung der sogenannten Plankrankenhäuser in Berlin von bislang 90 Mio. Euro auf 200 Mio. Euro zu erhöhen und langfristig durch eine Pauschalförderung zu sichern? Tegethoff: Die Erhöhung der Investitionsförderung begrüße ich. Sie ist lange überfällig. Bei der Lektüre des gemeinsam von SenGUV und der BKG vorgelegten Papiers zu diesem Thema hatte ich den Eindruck, die Senatorin sei in der politischen Opposition. Sie fordert die Wahrnehmung der Investitionsverantwortung der Bundesländer. Wer anderes als die Gesundheitssenatorin des Berliner Senats soll denn diese Forderung realisieren? Offensichtlich wird hier mit einem für die Berliner Bevölkerung wichtigen Thema Wahlkampf betrieben, denn eine entsprechende Beschlussfassung des Senats hätte schon lange erfolgen müssen.

Die Umstellung auf Pauschalförderung bietet Vorteile. Investitionsvorhaben könnten schneller realisiert werden, da nicht jede Schraube einzeln beantragt werden muss. Wichtig bleibt dabei die Sicherstellung der korrekten Verwendung der Mittel. Hierzu muss eine intelligentes schlankes Bürokratieverfahren gefunden werden.

BÄ: Was bedeutet die von Senatorin Lompscher genannte Pauschalförderung für die Kliniken?

Tegethoff: Die Kliniken bekommen dadurch mehr Freiheiten aber auch mehr Verantwortung. Sie können schneller eigenverantwortlich die Investitionen umsetzen. Allerdings darf keine Subventionierung der konsumtiven durch die investiven Mittel vorgenommen werden. Probleme dieser Art in entgegengesetzter Richtung bestehen seit langem und haben zu großer Leistungsverdichtung durch Personalabbau geführt.

BÄ: In welchen Bereichen sehen Sie den größten Investitionsbedarf?

Tegethoff: Grundvoraussetzung für effizientes Arbeiten sind entsprechende bauliche Strukturen. Z. B. sollten zentrale Rettungsstellen und CT-Diagnostikeinheiten räumlich nahe sowie die Weiterbehandlung operativ oder intensivmedizinisch schnell möglich sein. Die in Berlin noch betriebenen sehr schönen Krankenhäuser in Pavillonbauweise aus dem Anfang des 20. Jahrhunderts haben hier großen Veränderungsbedarf.

BÄ: Kann durch eine umfangreichere Krankenhausfinanzierung auch eine Verbesserung der Patientenversorgung und der Situation der Krankenhausärzte vor Ort erwartet werden?

Tegethoff: Auf jeden Fall! Wenn das vorhandene hoch motivierte und leistungsbereite Personal in einer guten baulichen Umgebung mit adäquater technischer Ausstattung arbeitet – das kann nur die Qualität der Patientenversorgung verbessern.

BÄ: Wie sehen Sie im Vergleich zu dieser Entwicklung die Situation der Charité, die sich dem Krankenhausplan nicht angeschlossen hat?

Tegethoff: Die Charité ist als Universitätseinrichtung in anderer Weise direkt von Investitionen des Landes abhängig. Durch die vorangegangenen drei Fusionen, die nie vollständig bewältigt wurden, besteht dort immer noch ein großer Restrukturierungsbedarf. Restrukturierung kostet zunächst Geld, das sagt uns jeder Betriebswirtschaftler nach dem ersten Semester. Erst mittel- bzw. langfristig rechnet sich eine Restrukturierung (falls nicht, war der Plan schlecht, s. z. B. Daimler/Chrysler oder BMW/Rover). Dieser Investitionsbedarf wird vom Land nur anteilmäßig getätigt. Darin sehe ich das größte Problem für die Charité. Zudem wird ihr vom Senat über den Krankenhausplan als einzigem Krankenhaus ein relevanter Bettenabbau verordnet.

BÄ: Für wie realistisch halten Sie die Umsetzung der Pläne der Senatsverwaltung? **Tegethoff:** Wie bereits gesagt, halte ich diese Pläne für Wahlkampfrhethorik. Nach dem 18. September 2011 wird ein Finanzsenator die jetzt definierten Investitionsgelder sicher nicht in dieser Höhe berücksichtigen.

Das Interview führte Michaela Peeters.

Krankenhauspläne sind im Krankenhausfinanzierungsgesetz bundesrechtlich vorgeschrieben und werden von den jeweiligen Bundesländern und Kommunen aufgestellt, um eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern zu regeln. Die Krankenhäuser, die neben den in Berlin vorhandenen Universitätskliniken als bedarfsnotwendig anerkannt und in den Landeskrankenhausplan aufgenommen werden, haben einen Anspruch auf öffentliche Investitionsförderung nach Maßgabe des Berliner Landeshaushaltes. Die Charité als Universitätsklinikum ist ebenfalls in den Krankenhausplan aufgenommen. Dies müsste nicht sein, da eine Universität selber definieren kann, welche Fachabteilungen sie anbieten will. Hintergrund dafür ist die grundgesetzlich verankerte Wissenschaftsfreiheit. Die Aufnahme in den Krankenhausplan bietet für die Charité eine größere Planungssicherheit.

Allgemeiner Hinweis

VERANSTALTUNGEN

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
25.05.2011 (Teil 1) 01.06.2011 (Teil 2)	Täuschung und Manipulation mit Zahlen Zweiteiliges Statistikseminar zum kritischen Umgang mit Zahlen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1205, E-Mail: a.hofmann@aekb.de 40 € für beide Teile; Teil 1 und 2 auch einzeln buchbar	8 P (4 P pro Teil)
09.0511.05.2011	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G 20 "Lärm"	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 360 €	31 P
12.0514.05.2011 16.0618.06.2011 15.0917.09.2011 09.12.2011	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm (weitere Informationen s. S. 25)	WannseeForum und Evang. Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: aerztliche-fuehrung2011@aekb.de	80 P
06.0608.06.2011	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
08.0610.06.2011 10.06.2011	Spezialkurs im Strahlenschutz – bei der Röntgendiagnostik – bei CT	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 CT: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)
24.08.2011-28.03.2012	Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach Wb0 1994-3)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de 128 €	42 P
05.0914.09.2011 (Kursteil A1) 14.0923.09.2011 (Kursteil A2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Kurs A: 960 € Kursteile A1, A2: 480 €	60 P pro Kursteil
26.0901.10.2011 07.1112.11.2011 12.1217.12.2011	Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.) Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin (weitere Informationen s. S. 10)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.:40806-1207 (Organisation), 40806-1400 (Inhalte) E-Mail: QM-Kurs2011@aekb.de	150 P
2122.10.2011	Kurs zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragte/r sowie Transfusionsverantwortliche/r (16. Std. Kurs, Curriculum der Bundesärztekammer)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401/1400 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Tel: 80681-126 Teilnehmergebühr: 150 €	8 P pro Tag
29.10.2011	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

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum "Ärztliche Führung" der Bundesärztekammer

Ob Sie nun eine Station, eine Abteilung, eine Klinik oder eine Praxis, ein MVZ führen: Für jede Ärztin und jeden Arzt ist Führung heute ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit. Neben dem anspruchsvollen medizinischen "Kerngeschäft" fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Aber: **Wie vereint man Arzt- und** Manager-Sein? Wie kann man im komplexen Netzwerk Einfluss nehmen und Initiativen wirkungsvoll umsetzen?

Der Kurs der Ärztekammer Berlin stellt die Führungsperson selbst in den Mittelpunkt. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen.

Der Kurs erweitert Ihre Führungskompetenzen. Er vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern und erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und sowie ein persönliches Führungskonzept zu entwi-

Bei abendlichen Kamingesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm mit Protagonisten aus dem Gesundheitswesen aktuelle Fragestellungen der Führung und der Gesundheitspolitik diskutiert.

Der Kurs richtet sich vor allem an Oberärztinnen und Oberärzte aus Krankenhäusern sowie Ärztinnen und Ärzten mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung wie z.B. MVZ.

Kursleitung: Dr. med. Peter Berchtold

Termine:

Modul 1: Die Praxis des Führens, Donnerstag 12.05. – Samstag 14.05.2011

Führen als interaktiver Prozess, Modul 2:

Donnerstag 16.06. – Samstag 18.06.2011

Gesundheitspolitischer Rahmen / betriebswirtschaftliche Steuerung / Modul 3:

Change Management, Donnerstag 15.09. – Samstag 17.09.2011 Sicherung des eigenen Konzepts, Freitag 09.12.2011

Veranstaltungsorte: wannseeFORUM und Evang. Bildungsstätte auf

Schwanenwerder, Berlin

Kursgebühr: 3.400 Euro ohne Übernachtung / 3.850 Euro mit Übernachtung

80 Fortbildungspunkte

Anmeldung: aerztliche-fuehrung2011@aekb.de

Breaking Bad News

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen

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

"Breaking bad news" ist erlernbar und eine verbesserte Arzt-Patient-Kommunikation ist nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern genauso für uns Ärzte und das Team.

Im Zentrum des Kurses steht die aktive theoretische und praktische Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten. An Hand von vorgegebenen Fällen werden Gespräche in praktischen Übungen mit trainierten feed-back gebenden Simulationspatienten geübt und bearbeitet.

Termin: Freitag 19.08.2011 – Samstag 20.08.2011

Ort: Ärztekammer Berlin Anmeldung: i.wegner@aekb.de (Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen

begrenzt)
Inhaltliches: Ch. Markl-Vieto, Tel. 40806-1400, E-Mail: c.markl@aekb.de 290 Euro, 17 Fortbildungspunkte

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

Informieren, argumentieren und Konflikte lösen ein praxisorientierter Workshop zum Thema Kommunikation

Die Fürsorge von Ärzten und Apothekern gilt dem erkrankten Mitmenschen. Eine medizinische Behandlung oder Beratung kann ohne die Fähigkeit zur Gestaltung einer fruchtbaren Kommunikation kaum gelingen: Es gilt, einen guten Kontakt zum Patienten herzustellen und aufrechtzuerhalten. Angesichts der großen Bedeutung kommunikativer Fertigkeiten im ärztlichen und apothekerlichen Berufsalltag widmet sich der Workshop praxisorientiert ausgewählten Aspekten der professionellen Kommunikation. Die Referentinnen möchten das Verständnis für die charakteristischen Gegebenheiten im Patientenkontakt fördern. Die Workshop-Teilnehmer erhalten die Gelegenheit, in kleinen Übungen und Spielszenen Gespräche zu gestalten. Das Feedback, aber auch Alltagserfahrungen in der Gesprächsführung werden gemeinsam reflektiert und diskutiert. Abschließend erarbeiten die Referentinnen mit den Kursteilnehmern Haltungen und Handlungsstrategien, die für eine stimmige Kommunikation wegweisend sind.

Moderator: Dr. med. Matthias Brockstedt, Vorsitzender der Arzt-Apotheker-Kommission der Ärztekammer Berlin

Referentinnen: Britta Jonitz, Fachärztin für Innere Medizin, Psychotherapie, Naturheilverfahren (Berlin); Dr. Hiltrud von der Gathen, Fachapothekerin der Offizin-Pharmazie (Castrop-Rauxel)

Termin: 10.09.2011, 15:00 bis 18:30 Uhr Ort: Ärztekammer Berlin; Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich: Ärztekammer Berlin, Tel. 40806-1207

E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

Teilnehmergebühr: 50,00 EUR; 4 Fortbildungspunkte

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

Patientensicherheit – DAS Thema in Arztpraxis und Apotheke

Spricht man von Patientensicherheit, so beinhaltet dies den Schutz von Patienten vor unerwünschten Ereignissen. Mögliche Schäden sollen vermieden, verhütet oder entstandene gemindert werden. Um Patientensicherheit zu verbessern, ist die Entwicklung einer strukturierten patientenorientierten Sicherheitskultur

Ein erheblicher Anteil der in Fehlermeldesystemen berichteten Vorfälle betrifft Medikamentenverwechslungen. Berufsgruppenübergreifend werden verschiedene praxistaugliche Modelle zur Reduzierung von Risiken und zur Prävention vermeidbarer Behandlungsschäden erprobt.

Erfahrungsaustausch schafft gegenseitiges Verständnis und bildet die Grundlage für ein effizientes Risiko- und Fehlermanagement. Beide Vorträge der Veranstaltung widmen sich Fragen, die Ärzte und Apotheker an ihren jeweiligen Arbeitsstätten betreffen: Welche Sicherheitsrisiken ergeben sich an der Schnittstelle zwischen Apotheke und Arztpraxis? / Wie kann durch Personalschulung und klare Strukturierung von Abläufen die Sicherheit erhöht werden? / Wie können Medikationsfehler analysiert werden? / Welches Sicherheitspotenzial steckt in einfachen Modifikationen an Verpackungen, um Verwechslungen oder Falschanwendungen zu vermeiden?

Im Anschluss an die Vorträge können weitere Aspekte mit den Referenten diskutiert werden.

Referenten:

Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH, Leiterin des Arbeitsbereichs

Patientensicherheit / Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Dr. Torsten Hoppe-Tichy, Leiter der Apotheke des Universitätsklinikums Heidelberg

Moderator: Dr. Christian Heyde, Vorsitzender der Arzt-Apotheker-Kommission der Apothekerkammer Berlin

Termin: 25.05.2011, 19:30 bis 21:30 Uhr

Ort: BITTE BEACHTEN:

Kaiserin-Friedrich-Stiftung / Hörsaal; Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Anerkannt mit 3 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Das Kind beim richtigen Namen nennen

Bericht von der 12. Jahrestagung des Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin

Mehr als 350 Vertreter einer Evidenzbasierten und Patienten-orientierten Medizin sind vom 24. bis 26. März 2011 nach Berlin gekommen. Dort fand unter dem Motto "EbM & Individualisierte Medizin" die 12. Jahrestagung des Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin DNEbM e.V. statt.

Von Sylvia Sänger

en Lichthof der Technischen Universität Berlin ziert eine Rauminstallation. Zwar bunt und schön anzusehen ist sie doch ein wahres Durcheinander. So mag es vielleicht in manchen Köpfen aussehen, wenn es um die Vorstellungen zum Begriff "Individualisierte Medizin" geht. Die Plenarsitzung dürfte für viele ein richtiger "Augenöffner" gewesen sein, blickt Kongresspräsident Prof. Dr. David Klemperer zurück. In seinem Vorwort zum Kongressprogramm hatte er bereits seine Skepsis gegenüber dem Konzept der "Individualisierten Medizin" ausgedrückt. "Hier geht es nicht darum, die Behandlung zu verbessern, sondern um Marketing", ist Klemperer überzeugt. Er vergleicht den "Medienhype" um die "Individualisierte Medizin" mit den Ereignissen um das Humane Genome Project, bei dem bereits vor zehn Jahren die Revolutionierung der Diagnose, Prävention und Therapie der meisten, wenn nicht aller Krankheiten angekündigt wurde, woraus aber – wenig überraschend – nichts geworden ist. "Die Politik neigt dazu, sich solchen Strömungen hinzugeben. Unsere Aufgabe besteht darin, mit anderen eine kritische Öffentlichkeit herzustellen. Dafür war der Kongress ein guter Auftakt." Klemperer weist darauf hin, dass es in Kürze ein Schwerpunktheft der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) zum Thema "Individualisierte Medizin" geben wird. "Wir können die Verbreitung falscher Vorstellungen nicht

aufhalten, aber wir können unseren Beitrag dazu leisten, die Diskussion in rationale Bahnen zu lenken." Hierzu habe es gerade in der Plenarsitzung klare und klärende Worte gegeben und Klemperer hofft, dass die anwesenden Journalisten dies auch in die Laienpresse tragen.

Statistiken zu einem Menschen funktionieren nicht

Die "Individualisierte Medizin" klingt wie ein Versprechen. Es geht um maßgeschneiderte Behandlungsmethoden, die dadurch besonders nutzbringend sind und kaum Nebenwirkungen haben.
Aussichtslose Therapien sollen der Vergangenheit angehören.

Patientenindividuelle Interventionen mit therapeutischen Unikaten, Biomarker-basierte Stratifizierungen mit dem Ziel individueller Behandlungen und Risikoprofilerstellungen werden als Lösung hierfür propagiert. Wie weit es um diese Versprechen bestellt ist, war Gegenstand der Plenarsitzung am 25. März. Dr. Bärbel Hüsing (Fraunhofer ISI), Prof. Jürgen Windeler (IQWiG), Prof. Wolf-Dieter Ludwig (AkdÄ) und Prof. Norbert Donner-Banzhoff (Philipps-Universität Marburg) nahmen eine Begriffsbestimmung vor und diskutierten Möglichkeiten und Grenzen der "Individualisierten Medizin'. Hüsing ist der Überzeugung, dass der Euphorie um die "Individualisierte Medizin" bereits die Ernüchterung folgt. Die Genomforschung liefert ständig eine Vielzahl

neuer Biomarker, deren Validierung ein anspruchsvoller zeit- und ressourcenorientierter Prozess ist, bei dem die Gefahr einer vorschnellen Einführung nicht ausreichend validierter Biomarker in die Versorgung besteht.

Die Bezeichnung "Individualisierte Medizin" sollte nach Meinung von Prof. Jürgen Windeler gar nicht gewählt werden. Es geht hier um die Klassifikation von Subgruppen mit gleichen Merkmalen, erläutert der Leiter des IQWiG. Er hält deshalb die Begriffe "Stratifizierte Medizin" oder "Subgruppenmedizin" für angemessener. Der Anspruch, eine maßgeschneiderte Behandlung für Gruppen von Individuen zu bieten, sei jedoch methodisch aussagekräftig zu prüfen.

Trotz großer Fortschritte in der molekularbiologischen Forschung ist das Verständnis der exakten Wirkungsweise neuer Wirkstoffe in der Onkologie noch sehr lückenhaft, berichtet Prof. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Nur für wenige Tumorerkrankungen gibt es bisher zielgerichtete Therapiestrategien. Die Entwicklung solcher Behandlungsstrategien sei grundsätzlich zu begrüßen, jedoch benötige man hierfür eine evidenzbasierte Wissensbasis, die im Rahmen kontrollierter, klinischer Studien erarbeitet werden muss, sagt Ludwig.

Für den "robusten Charme des Einfachen" plädiert Prof. Norbert Donner-Banzhoff. Der Marburger Allgemeinmediziner ist davon überzeugt, dass es bei der heute propagierten "Individualisierten Medizin" weniger um das Individuum als Person als um den Verkauf von Technologien geht. Donner-Banzhoff hält eine Individualisierung der Medizin gar nicht in jedem Fall für erforderlich. Er fordert, in belastbaren Studien zu prüfen, ob die Individualisierung – oder besser Stratifizierung – von Behandlungen einen Vorteil bringt.

Die Abstracts aller Vortragenden sind frei zugänglich unter:

http://www.egms.de/de/meetings/ebm2011

Die Präsentationen aller Beiträge finden Sie unter:

http://www.ebm-kongress.de

Anspruch und Wirklichkeit von Leitlinien

In Verbindung mit der Jahrestagung veranstaltete das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ein Symposium zum Thema "15 Jahre Leitlinien in Deutschland – Anspruch und Wirklichkeit", an dem mehr als 150 Personen teilgenommen haben. Auf eine hochkarätig besetzte Podiumsdiskussion, moderiert vom Past Präsidenten der AWMF, Prof. Dr. Dr. Albrecht Encke, folgten Erfahrungsberichte aus einzelnen Leitlinienentwicklergruppen sowie von Patientenvertretern, die an der Erstellung von Leitlinien und Patientenleitlinien beteiligt waren.

"Wir haben viel erreicht in den vergangenen 15 Jahren", fasst Prof. Günter Ollenschläger zusammen. "Dazu gehören die Entwicklung von Methoden für Leitlinien, Qualitätsindikatoren und Patientenleitlinien, die nationale und internationale Vernetzung, die Produkte, die wir gemeinsam mit unseren Partnern erarbeitet haben wie die Nationalen Versorgungsleitlinien, Patientenleitlinien, Qualitätschecklisten und natürlich auch deren Verbreitung." Diskutiert wurde vor allem die Wichtigkeit der aktiven Verbreitung von Leitlinien, die Bedeutung der Identifikation der Beteiligten mit dem Leitlinienprogramm, die Notwendigkeit handhabbarer Leitlinienformate, die stärkere Berücksichtigung multimorbider Erkrankungsbilder in Leitlinien, die Regulierung von Interessenkonflikten, der Einsatz von Leitlinien und Patientenleitlinien in der Aus- und Fortbildung, Qualitätsanforderungen an die Evidenzgrundlage der Leitlinien und Voraussetzungen zur Ableitung von Qualitätsindikatoren aus Leitlinien. Um die Implementierung der Leitlinien in den Vordergrund zu stellen, wurde auch über ein Moratorium für Leitlinien nachgedacht.

Die Präsentationen aller Vorträge des Symposiums sind frei zugänglich verfügbar unter: http://www.aezq.de/aezq/ symposium

Neuer Vorstand im Netzwerk

Dr. Monika Lelgemann MSc (MDS) ist die neue Vorsitzende des DNEbM. Ihr zur Seite stehen als Stellvertreter Prof. Dr. David Klemperer (Hochschule Regensburg) und Prof. Dr. Gabriele Meyer (Universität Witten/Herdecke) sowie als Schriftführer Prof Dr. Dr. Günter Ollenschläger (ÄZQ Berlin). Als Beisitzer wurden gewählt: Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff (Universität Marburg), Dr. Klaus Koch (IQWiG, Köln), Prof. Dr. Dr. Daniel Strech (Medizinische Hochschule Hannover) und Dr. Tobias Bernd Weberschock (Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main).

Verfasserin:

Dr. PH Sylvia Sänger Leitung der GesundheitsUni Jena Stabsstelle Gesundheitsmarketing Universitätsklinikum Jena

ANZEIGEN

www.berliner-aerzte.net!

Nachgefragt: Was nehmen Sie von der Tagung mit?



Dr. Bärbel Hüsing, Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI

Ich nehme die vielen kritischen Positionen gegenüber der individuellen Medizin mit und da gibt es viele offene Fragen, die sich jetzt noch stellen. Es hat sich auf alle Fälle gelohnt, hierher zu kommen und nicht nur, weil ich als Referentin eingeladen war. Die Atmosphäre war wohltuend kreativ und es hat mich gefreut, dass auch mal Positionen ausgetauscht wurden, die abseits vom "mainstream" sind.



Dipl.-Psych. Jürgen Matzat, Patientenvertreter

Was den Kongress angeht, so hatte ich das Gefühl, hier kommen Leute aus verschiedenen Feldern zusammen und es herrscht große Einigkeit überall. Wie hier diskutiert wird zur Problematik der "Individualisierten Medizin", das hat mir sehr gut gefallen. Das muss unbedingt nach außen getragen werden. Der Begriff "Individualisierte Medizin" hat eine hohe Attraktivität für Patientinnen und Patienten. Das Wort ist mächtig und manchmal auch ein 'Fälschungsetikett'. Das Netzwerk muss dringend seine Sicht nach außen tragen, sie muss in der Bevölkerung und auch in der Gesundheitspolitik zur Kenntnis genommen werden.



Dr. Christian Auer, Dr. Gert Kronabethleitner, klinische tätige Ärzte aus Österreich

Wir sind klinisch tätige Ärzte und fanden vieles, was wir auf dem Kongress gehört haben, zu theoretisch und noch zu wenig praktisch für die tägliche Umsetzung. Wir wünschen uns für die Zukunft mehr praktische Handreichungen, also eher eine EbM "zum Anfassen". Wie das Gesundheitswesen als Ganzes organisiert wird, darauf haben wir keinen Einfluss, auf unsere eigene Arbeit schon!



Dr. Tobias Weberschock, Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt und seit 2011 Beisitzer im Vorstand des DNEbM

Dass aktuelle Themen objektiv diskutiert werden, das nehme ich jedes Jahr mit, wenn ich die Jahrestagung des Netzwerks besuche. Für mich ist individualisierte Medizin ein Teil der evidenzbasierten Medizin. Den Begriff individualisierte Medizin finde ich schlecht gewählt. Ich bin mit dem Vorschlag, dies eher "stratifizierende Medizin" zu nennen, deutlich zufriedener. Vor dem Kongress hat mir dieses Thema ziemliche Kopfschmerzen gemacht, jetzt habe ich einige klare Antworten bekommen und kann besser damit umgehen.



Natasa Ivanovic, Institut für angewandte Pflegewissenschaften St. Gallen, Schweiz (Posterpreisträgerin)

Von individualisierter Medizin hatte ich ein völlig anderes Verständnis, bis ich hier gemerkt habe, dass das nicht unbedingt mit dem Individuum als ganzes zu tun hat. Mir gefällt der Begriff überhaupt nicht, weil die Bevölkerung etwas ganz anderes darunter versteht, als eigentlich gemeint ist. Ich kann das jetzt besser differenzieren. Es hat sich auf jeden Fall gelohnt, hierher zu kommen und im Austausch mit Kollegen aus der Pflege und Medizinern habe ich gemerkt, dass es zwischen Evidenz based Nursing (EbN) und Evidence based Medicine (EbM) eigentlich gar keinen Unterschied gibt. Und das ist auch gut so, denn EbM soll ja die Interdisziplinarität fördern!

Brauchen wir "elderly care physicians"?

Eine Studienreise in die Niederlande

Die Niederlande sind weltweit das einzige Land, in dem Pflegeheimbewohner von speziell ausgebildeten und dort angestellten Fachärzten für Altersheilkunde (elderly care physicians) ärztlich versorgt werden. Eine Studienreise hat kürzlich eine 15 Teilnehmer umfassende Gruppe mit Berliner und Hamburger Ärzten, einer Fachbereichsleiterin Ambulante Pflege und einem Juristen, die überwiegend in der Arbeitsgruppe Pflege bei der Berliner Ärztekammer zusammengeschlossen sind, in die Ausbildungsstädte Utrecht, Amsterdam und Leiden geführt, um das holländische Modell im Vergleich zur Versorgung alter, multimorbider Menschen in Deutschland kennen zu lernen. Das Programm dieses Besuchs war von Verenso, der Vereinigung der Fachärzte für Altersheilkunde, und Dr. Marijke van der Vaart in Berlin organisiert worden.

Von Dr. Jochen Fink

n der zweitägigen sehr intensiven Veranstaltung und Begegnung, die von großer Offenheit und Bereitschaft zum Gedanken- und Erfahrungsaustausch geprägt war, wurden in Vorträgen und Präsentationen folgende Themen behandelt und diskutiert:

- Pflegeheimheilkunde als universitäres Fach
- Patienten im vegetativen Status
- Die Rolle des Hausarztes und die Zusammenarbeit mit dem Heimarzt

- Medizinische Entscheidungen am Lebensende
- Die Ausbildung zum Facharzt für Altersheilkunde
- Geriatrische Revalidation (Rehabilitation)
- Palliativversorgung und Fragen am Lebensende
- Juristische und ethische Aspekte am Lebensende
- Die Frage der Zukunft: Kleine Wohngemeinschaften oder große stationäre Einrichtungen

- Organisation der Altenpflege aus der Managementperspektive
- Wissenschaftliche Entwicklungen in der Altersheilkunde
- Altersheilkunde im ambulanten Bereich
- Soziale Geriatrie
- Altersheilkunde außerhalb des Pflegeheims

Daneben fand eine Führung durch das Jan-Bonga-Pflegeheim in Amsterdam statt.

Die bestehenden und sich in der Zukunft absehbar ausweitenden demografischen Veränderungen einer alternden Gesellschaft mit den Charakteristika Multimorbidität und chronische Krankheiten, ambulant vor stationär, Kompression von Erkrankungen in höherem Lebensalter, Zunahme von Demenzkranken sowie das Bemühen um die Nutzung von Rehabilitationsmöglichkeiten und die Wahrnehmung der palliativmedizinischen Betreuung alter Menschen haben in Holland schon früh nach neuen Konzepten suchen lassen.

Pflegeheime und Seniorenwohnheime

Bei einer Gesamtzahl von ca. 16,5 Millionen Einwohnern haben die Niederlande annähernd 350 Pflegeheime (nursing homes) mit 65.000 Betten und 6.400 Tages-

- ANZEIGE

pflegeplätzen; ein Pflegeheim hat durchschnittlich 185 Betten (und 20 Tagespflegeplätze) mit zwei getrennten Bereichen für somatisch kranke und gerontopsychiatrische Patienten. Jährlich werden ca. 44.000 Patienten in diese Pflegeheime neu aufgenommen.

Daneben bestehen aber auch Pflegeeinrichtungen (residential care, "Altenheime", n = ca. 1.400) für weniger kranke und pflegebedürftige Menschen im Sinne von Seniorenwohnheimen, Betreutem Wohnen wie in Deutschland; hier werden die Bewohner durch Allgemeinmediziner ärztlich betreut.

Ein besonders hervorzuhebendes Charakteristikum stellt dabei die Tatsache dar, dass für nahezu die Hälfte der somatisch kranken Bewohner diese Pflegeheime (nursing homes) eine rehabilitative Funktion haben und davon ca. 80% der Patienten wieder nach Hause und ca. 20% in Altenheime entlassen werden können. Dem liegt das Konzept einer längerfristigen Rehabilitation ("slow speed") zu Grunde, das besser auf das komplexe klinische Profil, das vorhandene Aktivitätsniveau und die kognitiven Fähigkeiten alter gebrechlicher Menschen abgestimmt ist.

Zwischen Hausarzt und Geriater

Seit 1990 wurde in den Niederlanden ein neuer Weg der ärztlichen Spezialisierung in Pflegeheimmedizin mit einer zunächst zweijährigen Weiterbildungszeit beschritten und im Gesundheitssystem verankert, die 2009 unter der Gebietsbezeichnung Altersheilkunde (elderly care medicine) auf drei Jahre verlängert und intensiviert wurde - mit der Möglichkeit, auch Patienten außerhalb von Heimen behandeln zu können, um so eine bessere Vernetzung in der kommunalen Versorgung zu erreichen. Im Spektrum der ärztlichen Versorgung alter und multimorbider Menschen nehmen diese Fachärzte für Altersheilkunde so eine Position zwischen den Hausärzten und klinischen Geriatern ein. Dabei umfasst dieses Spezialgebiet der Altersheilkunde aktuell die fünftgrößte Facharztgruppe in den Niederlanden (Allgemeinmedizin 10.500, Psychiatrie 2.600, Arbeits- und Betriebsmedizin 2.100, Innere Medizin 1.850, Altersheilkunde 1.500, Chirurgie 1.150, Klinische Geriatrie 200).

Die dreijährige Ausbildung besteht aus einem wöchentlichen Trainingsprogramm mit vier Tagen praktischer Tätigkeit in Kliniken und Heimen und eintägigem Kursprogramm an einer der drei universitären Ausbildungsstätten (nursing home departments) in Amsterdam, Nijmegen und Leiden.

In der medizinischen Forschung und Begleitung des Konzepts angestellter Pflegeheimärzte durch die drei Departments ließ sich nachweisen, dass Verlegungen ins Krankenhaus häufig unnötig werden. So beträgt die Zahl von Klinikeinweisungen aus diesen Heimen wegen Myocardinsuffizienz und Pneumonie in den Niederlanden nur 1/20 im Vergleich zu den USA, womit erhebliche Kosteneinsparungen verbunden sind.

Aus den somatischen Abteilungen dieser Heime wird zusammenfassend folgende Diagnosenverteilung angegeben:

- Cerebrovasculäre Ereignisse (26%)
- andere neurologische Erkrankungen (z. B. Parkinson-Krankheit, Multiple Sklerose) (7%)
- Zustand nach Schenkelhalsfraktur und andere den Bewegungsapparat betreffende Störungen (30%)
- Malignome (8%)
- andere (29%).

In die gerontopsychiatrischen Heimabteilungen werden zu 85% dementiell Erkrankte aufgenommen. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass Multimorbidität

Leuchttürme in Deutschland: Das Projekt LIA

Multidisziplinäre Ansätze zur Versorgung geriatrischer Patienten gibt es auch in Deutschland. Dazu gehört beispielsweise das Projekt "Lebensqualität im Alter" (LIA), das im Herbst vergangenen Jahres mit dem Bayerischen Gesundheitspreis der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern und der Vereinigte IKK ausgezeichnet wurde. Der Preis wurde vom Präsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, überreicht, der zur Jury gehörte.

Die Jury begründete das Projekt wie folgt: "Hinter dem Begriff "Lebensqualität im Alter" (LIA) verbirgt sich ein innovatives und engagiertes Versorgungsprojekt für geriatrische Patienten in der Gemeinde Kirchberg im Wald. Multimorbidität, Sturzereignisse und Demenz bedrohen häufig das Ziel alternder Menschen, im räumlichen und sozialen Umfeld selbstbestimmt zu leben. Genau hier setzt das Praxisprojekt LIA an und bietet teilnehmenden Patienten eine individuell auf ihre Wünsche und Bedürfnisse angepasste kontinuierliche Therapie. Dabei bilden Physiotherapeut, Ergotherapeutin, Altenpflegerinnen, Medizinische Fachangestellte und Arzt ein interdisziplinäres Team, das den Patienten in enger Abstimmung behandelt. Das interdisziplinäre Team eruiert gemeinsam die individuellen Ziele des Patienten und erstellt auf dieser Basis gemeinsam einen Therapieplan, der monatlich auf seine Effektivität überprüft wird. Der regelmäßige interdisziplinäre Austausch ermöglicht eine optimale Langzeit-Koordination, eine zeitnahe Reaktion auf Veränderungen und damit einen ökonomischen Einsatz der notwendigen Maßnahmen. Die Absprachen zwischen den Fachgruppen erhöhen die Effektivität der einzelnen Maßnahmen."

Das Projekt wurde im April 2007 vom Allgemeinmediziner Dr. Wolfgang Blank ins Leben gerufen und hat bislang 32 Patienten einbezogen. Obwohl keine Finanzierung durch Dritte erfolgt, arbeitet das Team seit über drei Jahren in konstanter Besetzung zusammen. Das Urteil der Jury war eindeutig: Die multiprofessionelle Zusammenarbeit schließt eine Versorgungslücke in der Betreuung zuhause lebender älterer Menschen.

Weitere Informationen: www.bayerischer-gesundheitspreis.de

der die selbständige Lebensführung am meisten gefährdende Faktor ist.

Multidisziplinäre Teams

Im Mittelpunkt des Behandlungskonzepts für jeden Patienten steht ein multidisziplinäres Team, zunächst mit der Aufgabe, für jedes Einzelproblem eine Zielsetzung zu erarbeiten, geeignete Interventionen zu vereinbaren und den Zeitpunkt der Überprüfung sowie der regelmäßigen Auswertung der Maßnahmen festzulegen, die dann mit Patient und Angehörigen abgestimmt werden (advanced care planning).

Dem liegt der Gedanke einer kontinuierlichen Suche nach einer optimalen Balance zwischen "care and cure" und des Bewahrens von Lebensqualität und funktioneller Unabhängigkeit, so lange wie möglich, zugrunde. Die meisten Bewohner sterben auch im Pflegeheim und werden zuvor nicht in ein Krankenhaus verlegt – Palliativbetreuung ist integraler Bestandteil dieses Konzepts und Palliativmedizin ist Bestandteil der Facharztausbildung für Altersheilkunde.

Das hier dargestellte holländische Modell könnte Beispiel und zugleich Herausforderung für andere Länder sein, bestehende Konzepte zur Behandlung und Pflege von multimorbiden und chronisch kranken alten Menschen zu überdenken und neu zu gestalten.

Berliner Modell

In Deutschland existiert seit 1998 das "Berliner Modell", in dem in 38 der insgesamt nahezu 300 Pflegeheime der Hauptstadt die ärztliche Versorgung der Bewohner wie in den Niederlanden durch angestellte Ärzte vorgenommen wird. Auch hier konnte neben anderen Vorteilen (z. B. ärztliche "Rund um die Uhr"-Versorgung) eine Verminderung der Zahl der Krankenhauseinweisungen mit erheblicher finanzieller Entlastung der beteiligten Krankenkassen erreicht werden.

Die Entwicklung der Geriatrie hat in unserem Land in den vergangenen drei Jahrzehnten sehr erfreuliche und für viele Menschen außerordentlich hilfreiche Fortschritte gebracht, aber diese Ent-

wicklung konzentriert sich, wie der Vergleich mit den Niederlanden zeigt, ganz wesentlich auf die klinische Geriatrie mit den Teilbereichen Akutgeriatrie und (Früh-)Rehabilitation.

Die anderen der hier aufgezeigten und dort beispielhaft bearbeiteten Schwerpunkte in der pflegerischen und ärztlichen Versorgung der Menschen in einer alternden Gesellschaft im ambulanten wie stationären Bereich bedürfen in unserem Land – nicht zuletzt auf dem Hintergrund kürzerer Krankenhausverweildauer durch das DRG-System – wohl auch eines Umdenkens und neuer Aus- und Weiterbildungskonzepte.

Ein solches Vorhaben könnte sowohl in einer Weiterbildung von Ärzten, die Bewohner von Pflegeheimen betreuen – ähnlich wie bei der Einführung und Umsetzung der psychosomatischen Grundversorgung – als auch in den Ausbildungsmodulen von Medizinstudenten verwirklicht werden.

Verfasser: Dr. Jochen Fink

Wie man am besten Krankheit verkauft

Bericht von der Konferenz "Selling Sickness" in Amsterdam

Vor einigen Monaten fand in Amsterdam die Tagung "Selling Sickness – Influence on Influence" statt. Der provokante Titel geht auf ein Buch des australischen Gesundheitsjournalisten und Kolumnisten des British Medical Journal (BMJ), Ray Moynihan, zurück. Im Fokus seiner Recherchen: Der Einfluss der Pharmabranche auf die Beschreibung, Festlegung und Diagnostik von Krankheitsbildern, um dazu maßgeschneidert Medikamente vermarkten zu können.

Von Britta Lang

Die Konferenz verhieß spannende Diskussionen über die Synergien, die bei der wettbewerbsorientierten Vermarktung von Medikamenten zwischen Wissenschaftlern, Pharmaindustrie, Ärzten, Verbrauchern, Medien und regulierenden Körperschaften entstehen. Getragen wurde die Veranstaltung vom niederländischen Forschungsprogramm "gezonde skepsis" (am Institut für den rationalen Gebrauch von Medizin) und der vom australischen Arzt Peter Mansfield gegründeten internationalen Initiative "healthy scepticism". Deren Ziel ist es, negative Folgen durch irreführende oder werbende Gesundheitsinformationen zu vermindern. Vergleichbare Initiativen in Deutschland sind die BUKO Pharma-Kampagne oder die Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte MEZIS ("Mein Essen zahl' ich selbst").

Niedrige Schwellenwerte

Ray Moynihan führte in das Thema anhand des Beispiels der "sexuellen Dysfunktion" bei Frauen ein – ein Thema, das er zusammen mit Barbara Mintzes in "Sex, Lies & Pharmaceuticals" investiga-

tiv aufgearbeitet hat. Er beschrieb, wie durch das Setzen niedriger Schwellenwerte für Risikoparameter eine große Patienteninnenpopulation (43 %!) definiert werden kann, die einer Therapie bedarf und sich auf diese Weise ein großer Absatzmarkt für ein neues Pharmaprodukt erschließt.

Er stellte seine Sicht auf die problematische Einflussnahme der Industrie auf die Bausteine einer neuen Krankheitsbildes dar: Die Durchführung von Studien zur Prävalenz, die Entwicklung von Messinstrumenten und die Festlegung diagnostischer Verfahren bis hin zum Therapieangebot werden aktiv von der Pharmabranche betreut und durchgeführt. Allen Frances (USA) zeigte anhand des "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", eines Handbuches, das in den USA und vielen anderen Ländern zu Klassifizierung von psychiatrischen Erkrankungen dient, die Problematik von Validität und Reliabilität diagnostischer Klassifizierungen in der Psychiatrie auf. Regelrechte Epidemien wie zum Beispiel ADHS seien durch die mangelnde Genauigkeit der diagnostischen Möglichkeiten entstanden – immer im Vorteil für den Markt der eingesetzten Medikamente. Er kritisierte die aktuelle Version "DSM 5", die 2013 erscheinen soll. Diese sei in der methodischen Zielsetzung noch weniger konservativ als die Vorgänger und wird vermutlich das Spektrum psychiatrischer Krankheiten unnötig weiter vergrößern und damit auch eine weitere Medikalisierung von Patienten nach sich ziehen.

Brian Ager (Belgien), der Generaldirektor der EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations), betonte den wichtigen Beitrag, den die europäische Pharmaindustrie zum Wohlstand und Gesundheit unserer Länder beitrüge. Der innovative Charakter der Pharmaindustrie spiele hier eine große Rolle, deren hohe Investitionen sie aber auch zwänge, einen Gewinn zu erwirtschaften, der die Kosten des langen Weges zu einem wirklich innovativen Pharmaprodukt wieder einbrächte. Die Pharmaindustrie sei geradezu prädestiniert für die Information der Verbraucher

über ihre Produkte, da nur sie die Expertise dafür besäße. Auch Michel Dutrée (Niederlande) betonte die ökonomischen Gesetze, denen die Pharmaindustrie folgen muss, forderte aber auch ausdrücklich den konstrukti-ven Dialog mit der Öffentlichkeit.

Werbung ja, aber wie?

Dass Werbung für angeblich Heilendes und die Notwendigkeit, diese zu regulieren, bis in das 18. Jahrhundert zurückreicht, führte Graham Dukes (Norwegen) eloquent in seinem historischen Überblick über die Vermarktung von Heilung versprechenden Substanzen aus. Er merkte auch an, dass die von den Lobbyisten der Pharmabranche genannten Mittel, die in die Entwicklung eines neuen Produkts flössen und durch entsprechende Marketing-Strategien wieder eingebracht werden müssten, vermutlich nur die Hälfte dessen betrügen, was in der Lobbyarbeit gemeinhin beziffert würde. Werbung in einer wettbewerbsorientierten Gesellschaft sei unumgänglich - jedoch seien für Medikamente – gerade für lebensbedrohliche Krankheiten - besondere Regeln unerlässlich. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass jüngere Aktivitäten seitens der EU auf eine Lockerung des Werbeverbots für verschreibungspflichtige Medikamente abzielten. Dass Informationskampagnen der Industrie sich aber nicht nur auf interessengefärbte Produktinformationen, sondern auch auf Kampagnen erstreckt, die das Bewusstsein von Bürgerinnen und Bürgern für Mangelzustände oder Krankheiten wecken soll, erläuterte Theresa Alves (Niederlande).

Josée Hansen (Niederlande) vom "Dutch Health Care Inspectorate", einer Kontrollbehörde für die Einhaltung von gesetzlichen Vorgaben, Richtlinien und Qualitätsstandards im niederländischen Gesundheitswesen, beschrieb die Möglichkeiten als eingeschränkt, die Vermarktung von Medikamenten an die Öffentlichkeit durch Empfehlungen zu regulieren. Wichtig sei die Bereitstellung ethischer Standards für die Werbung jenseits der gesetzlichen Regelungen. Auch das

Fördern eines kritischen Bewusstseins sei notwendig: Fähigkeiten seien zu entwickeln, um zu erkennen, wann "Information zu "Werbung" werde, "klinische Unterstützung" die Form von "Geschenken" annähme, "Leitlinien" zu "Instrumenten der Promotion von Erkrankungen" missbraucht würden und "Fortbildungsmaßnahmen" der "Einflussnahme" dienten. Lode Wigersma (Niederlande) von der Niederländischen Ärztekammer stellt in diesem Zusammenhang die aktuellen Richtlinien für die Information über verschreibungspflichtige Medikamente vor, die seitens der Selbstregulation in den Niederlanden am 1. Januar 2011 in Kraft getreten sind.

Neue Probanden-Märkte

Besonders aufschlussreich war die Präsentation von Trudy Dehue (Niederlande), die die Strategien der Pharmabranche bei der Vermarktung klinischer Studien beleuchtete: von der Erschließung neuer Probanden-Märkte zum Beispiel in Russland oder China durch "Contract Research Organisations" (CROs) bis hin zum Handbuch für die Vermarktung von Studienergebnissen. Sie beschrieb den Grat als äußerst schmal, der Forschung zu Marketing, wissenschaftliche Artikel zu Werbung und Autoren zu Autoritäten werden lässt.

Vor dem Hintergrund, dass die Durchführung von Studien kaum durch die öffentliche Hand gefördert wird, sondern Großteil der klinischen Forschung marktorientiert konzipiert und durchgeführt wird, entwickelte Dean Baker, Gesundheitsökonom aus den USA, verschiedene Szenarien, die eine Alternative zum aktuellen Arzneimitte-Patent-System darstellen könnten. Dies zwänge die Firmen bisher, bis zum Auslaufen des Patents einen maximalen Gewinn zu erzielen. Könnte pharmazeutische Forschung von der öffentlichen Hand beauftragt und über "master contracts" an die forschenden Pharmafirmen übertragen werden, blieben Patente dann im Besitz der öffentlichen Hand und somit wären auch alle Ergebnisse öffentlich, da sie Besitz der Gesellschaft wären. Entsprechend aber

müssten für die Industrie alternative Anreize geschaffen werden. Wenige Pilot-Modelle hierzu existieren bisher, Italien und Spanien zum Beispiel haben die nationalen Pharmafirmen dazu verpflichtet, 5 % ihres Marketing-Etats an die staatliche Arzneimittelbehörde abzuführen – aus der Summe werden Studien u.a. zu "orphan drugs" finanziert'. Kehrseite dieser Modelle ist zumeist die Abwanderung der Pharmaindustrie aus dem jeweiligen Land, was auch gerne in Diskussionen als Druckmittel benutzt wird.

Marketing 2.0

Ein enormer Einflusskanal eröffnet sich dem Marketing der Pharmabranche über die Medien des "Web 2.0": Werbespots, aber auch professionell konzipierte Erfahrungsberichte von Patienten und Ärzten auf Youtube, Platzierung von Meinungsführern in Foren, Chats und anderen "online communities". (Rob Halkes, Niederlande). Die unabhängige Aufklärung der Verbraucher tut Not, wie auch Hilda Bastian vom Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (Deutschland) eindringlich betonte, die die unabhängige, evidenzbasierte Patienteninformationsseite des Instituts vorstellte. Auch Ilaria Passarani (Belgien) unterstrich aus Sicht der Verbraucher noch einmal die Notwendigkeit der Trennung von Werbung und Verbraucherinformationen im Gesundheitswesen.

Die Beurteilung der Wirksamkeit von Arzneimitteln und Medizinprodukten, deren Kosten-Nutzen-Verhältnis wie auch die Preisgestaltung stand für die regulierenden Behörden, aber auch die Versicherungsgesellschaften im Zentrum der Problematik. Diese seien die einzigen Steuerungselemente für den "unperfekten Markt" – unperfekt, da er nicht ausschließlich von Angebot und Nachfrage geprägt wird. Hierzu nahmen Vertreter regulierender Behörden, aber auch zum Beispiel des National Institute for Health and Clincal Excellence (NICE) Stellung, die

Ergebnisse der Konferenz

Die Konferenz zeichnete sich durch sachliche Beiträge aus ebenso wie konstruktive Diskussionen im Bemühen um eine Versachlichung der Debatte. Zusammenfassend lassen sich daher aktuell als sinnvolle Instrumente zu einer rationalen Debatte im Sinne von mehr Transparenz in der Information über die Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln festhalten:

- Registrierung klinischer Studien ab Protokoll in öffentlich zugänglichen Studienregistern
- Nutzung der Synthesen der vorhandenen Evidenz aus klinischen Studien (z.B. Cochrane Reviews, Evidenzberichte, HTA-Reports)
- Nachweis der Effektivität, Kosten-Nutzen Analysen für einen sinnvollen und wirtschaftlichen Einsatz von Ressourcen im Gesundheitswesen
- Quellen verlässlicher, aktueller Evidenz in den jeweiligen Landessprachen und auf die Informationsgewohnheiten der Nutzer zugeschnittenen Formate
- Interessensfreie Informationen für alle professionell im Gesundheitswesen Tätigen und Verbraucher

die Spannungsfelder zwischen Industrie, Gesellschaft und den Zwängen eines auch ökonomischer Notwendigkeit unterworfenen Gesundheitssystems schilderten.

Meindert Boysen (Großbritannien), verantwortlich für das "Health Technology Assessment" (HTA) Programm des NICE in Großbritannien skizzierte die Möglichkeiten, durch Analysen der Effektivität und der Kosten-Nutzen-Relation einer Intervention transparente Entscheidungshilfen auf der Basis der aktuellen Studienlage zu schaffen – aber auch die Widerstände, die ein solches Vorgehen hervorruft. Er stellte die Informationsplattform "NHS Evidence" vor, die der englische Gesundheitsservice für seine ärztlichen Mitarbeiter unterhält und der von "NHS - Your health - your choices" als Verbraucherangebot flankiert wird.

Alle Präsentationen der Konferenz sind als Videos zu sehen unter:

http://www.gezondescepsis.nl/conference-2010.html

Verfasserin: Dr. Britta Lang, MSc, Deutsches Cochrane Zentrum Freiburg

Literaturhinweise:

- Moynihan, R., Mintzes B, Sex, Lies, and Pharmaceuticals: How Drug Companies Plan to Profit from Female Sexual Dysfunction. 2010. Greystone
- Moynihan, R., Cassels, A, Selling Sickness. How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients. 2005, Greystone Publishers
- Dukes, Graham, The law and ethics of the pharmaceutical industry (2006), Elsevier
- Gunter Umbach, Successfully Marketing Clinical Trial Results: Winning in the Healthcare Business, 2006 Gower Publishing

Auswahl weiterführender Webseiten:

Healthy Sceptisicm www.healthyskepticism.org

Gezonde Scepis

www.gezondescepsis.nl

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. www.ebm-netzwerk.de

Deutsches Cochrane Zentrum www.cochrane.de

NHS Evidence

http://www.evidence.nhs.uk

NHS Your health Your Choices www.nhs.uk

Ray Moynihan

http://raymoynihan.com/

Die Plattform zur Studienregistrierung der WHO www.who.int/ictrp/en/

Das Nationale Deutsche Studienregister www.drks.de

¹ Garattini, S, Chalmers I (2009) Patients and the public deserve big changes in evaluation of drugs. BMJ 338 (4), 804 – 806.

Mit offenen Augen

Das Robert Koch-Institut erinnert an seine Opfer in der NS-Zeit

Mit Tierversuchen brauchten sie sich nicht aufzuhalten; es gab bessere Forschungsmöglichkeiten. Am 10. August 1943 schrieb ein Mediziner an einen

Kollegen: "Ihrer
Anregung folgend, die
mit unserem neuen
Fleckfieberimpfstoff
Geimpften noch nach
zu infizieren, um auch
die antiinfektiöse
Immunität sicherzustellen, habe ich mich
inzwischen mit dem
Hauptamt der SS in
Verbindung gesetzt,
um genügend lebensunwertes Personen-

material für diese Zwecke zu bekommen..."

Konzentrationslager wie auch Heil- und Pflegeanstalten boten ehrgeizigen Forschern jede Menge "Menschenmaterial", mit dem man umging wie mit Meerschweinchen. Den Brief schrieb Niels Eugen Haagen, Straßburger Hygiene-Ordinarius und beratender Hygieniker der Luftwaffe, vorher Abteilungsleiter im Robert Koch-Institut (RKI), an Gerhard Rose, der die RKI-Abteilung für Tropenmedizin leitete und 1943 auch Vizepräsident des Instituts wurde.

Der Fall Rose ist exemplarisch, nicht nur für das RKI im Nationalsozialismus, auch für den Umgang mit medizinischen Verbrechen und Verbrechern nach 1945. Und er ist spätestens seit 1991 im Detail allgemein bekannt, als Ernst Klees Buch "Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer" erschien. Die RKI-Tropenmedizin und eine ebenfalls von Rose geleitete Forschungsabteilung der Luftwaffe wurde wegen des Bombenkrieges 1943/44 von Berlin in die thüringische Landesanstalt Pfaffenrode verlegt. Ideal für Rose, der 400 bis 500 psychisch Kranke, die noch nicht in die Tötungsanstalten abtransportiert waren, in seine Malaria-Versuchsreihen einbezog. Viele Patienten und auch Kriegsgefangene infizierte er mit Malaria tropica, teilweise nur, um den von ihm gezüchteten die Schuld auf sich geladen hatten. Das hatte man im RKI (wie auch in der Bundesärztekammer) lange glauben wollen. Es war das gesamte Institut. Von 28 Wissenschaftlern wurden nach 1933 18, meist jüdische, entlassen und die ganze Führungsebene erneuert. Der Rest ließ sich in die NS-Ideologie fest einbinden.

RKI-Wissenschaftler machten weit mehr



Erregerstamm am Leben zu erhalten. Im Nürnberger Ärzteprozess 1947 wurde Rose aber nicht wegen seiner Malaria-Experimente angeklagt, sondern wegen der zum Teil tödlichen Fleckfieberversuche in Buchenwald. (Er war sogar für eine institutionelle Beteiligung des RKI an Versuchen mit KZ-Häftlingen eingetreten.) Die Strafe: Lebenslänglich. Entlassung: Schon 1955. Freispruch in zwei Disziplinarverfahren, also Beamtenpension in voller Höhe, trotz Karriere in der Industrie.

Er starb erst mit 95. Die vergilbte Anzeige, ausgeschnitten aus der FAZ vom 16.1.1992, beginnt mit dem Satz "Ein bewegtes Leben hat sich vollendet", nennt alle Ämter und endet mit der Bitte, im Sinne des Verstorbenen statt Blumen Spenden an die "Stille Hilfe" zu schicken, eine Hilfsorganisation für alte Nazis.

Noch 1991, in der Festschrift zum 100. RKI-Jubiläum, wurde die NS-Zeit in wenigen Zeilen abgetan. Aber ein unabhängiges, umfassendes Forschungsprojekt zur Geschichte des RKI im Nationalsozialismus (vom RKI selbst initiiert und finanziert) ergab: Rose war durchaus kein Einzelfall. Es waren nicht einige wenige, kriminelle Versuche an Psychiatriepatienten und KZ-Häftlingen als bisher bekannt. Meist ging es um Fleckfieber, Malaria, Tbc und Pocken. Wer nicht mitmachte, schwieg dazu. Anzeichen für Proteste wurden bei dem Forschungsprojekt nicht gefunden. Aber eine ganze Reihe neuer Taten und Täter ans Licht gebracht. Mit den Opfern hatte sich die Arbeitsgruppe aus dem medizinhistorischen Charité-Institut weniger befasst. Carola Sachse vom Internationalen Beirat des Forschungsvorhabens hatte in einem Workshop gemahnt, den Blick auf die Opfer zu lenken, sie nach Möglichkeit zu identifizieren und die Erinnerung an sie in einem Gedenkbuch oder auf einer Tafel wach zu halten. Wenigstens ein anonymes Erinnerungszeichen für die Opfer der Experimente und der vertriebenen RKI-Mitarbeiter wurde jetzt eingeweiht.

Den Kunstwettbewerb gewann die Berliner Künstlerin Heike Ponwitz. "Robert Koch-Institut – mit offenen Augen" heißt die mehrteilige Arbeit. Sie ist zu sehen vor dem historischen RKI-Hauptsitz (Wedding, Nordufer 20) und im Foyer. Abgebildet ist eine der beiden dort angebrachten Acrylglasleisten mit Augenfotos. Zu lesen ist auch ein Zitat des Schriftstellers und Arztes Adolf Muschg: "Wir sind den Opfern das Unerträgliche schuldig, uns selbst ins Auge zu schauen, ohne zu erstarren."

Ein anderes Zitat stammt aus einer Rede, die Ingeborg Bachmann 1959 hielt: "Die Wahrheit ist dem Menschen zumutbar."

RKI-Präsident Reinhard Burger in seiner Ansprache zur Einweihung des Erinnerungszeichens: "Die Wahrheit ist… uns allen zumutbar. Wir können es uns und unseren Zeitgenossen nicht ersparen, die Wahrheit anzuhören und mit diesen ungeheuerlichen Ergebnissen konfrontiert zu werden."

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts wurden von den damit betrauten Historikerinnen in zwei Büchern publiziert, das erste eher für Fachleute. das zweite für die Allgemeinheit bestimmt:
Marion Hulverscheidt und
Anja Laukötter (Hrsg.):
Infektion und Institution - zur Wissenschaftsgeschichte des Robert Koch-Insituts im Nationalsozialismus.
Wallstein Verlag, Göttingen 2008
Annette Hinz-Wessels:
Das Robert Koch-Institut im
Nationalsozialismus. Kulturverlag
Kadmos, Berlin 2008

Rosemarie Stein

Hanns-Werner Boschann zum 90. Geburtstag

Am 22.5.1921 wurde Hanns-Werner Boschann in Berlin als Sohn von Dr. Johannes Boschann und seiner Ehefrau Elsbeth geboren. Von 1931 bis 1939 besuchte er das Staatliche Kaiser-Wilhelms-Reformgymnasium zu Berlin-Neukölln und legte am 4.3.1939 die Reifeprüfung ab. An der Friedrich-Wilhelm-Universität studierte er mit Unterbrechungen durch den Wehrdienst Medizin und bestand am 2. Februar 1945 die ärztliche Prüfung. Zu seinen Lehrern gehörte die damalige Elite der deutschen Medizin, so u. a. Sauerbruch, von Eicken, Trendelenburg, Lohmann, Rössle, Stieve, Georg A. Wagner, Walter Stoeckel und Carl Kaufmann, aber auch bekannte Nationalsozialisten wie de Crinis, Lenz und Zeiss. Am 7. Februar 1945 promovierte Boschann bei Paul Caffier an der Universitäts-Frauenklinik Berlin über Genitalsarkome.

Boschann ging in der Nähe von Wien in amerikanische Kriegsgefangenschaft. Als er erfuhr, wo seine Frau war, floh er aus dem Lager und machte sich als Pfleger Boschmann auf den gefährlichen Weg nach Berlin. Nach dem Kriegsende ging es im Rahmen der damaligen Möglichkeiten aufwärts. Die Assistentenzeit hatte H.-W. Boschann bei Prof. E. Gohrbandt (Chirurgie) und Prof. A. Sturm (Innere Medizin) absolviert. Der Internist Theodor Brugsch riet ihm nun, "etwas" in der Frauenklinik zu lernen. Die Charité-Frauenklinik stand damals unter dem kommissarischen Direktorat von Prof. Friedrich Schopohl.

Hier wurde Boschann Assistent und hier arbeitete er als Oberarzt bis zur Auflösung der Charité-Frauenklinik 1951. Nach einer Interimszeit bei der GASAG bzw. im Wenckebach-Krankenhaus wurde Boschann 1953 städtischer Oberarzt an der Frauenklinik der Freien Universität Berlin im Krankenhaus Moabit (Direktorat: Prof. E. v. Schubert).

Boschann erhielt am 21. Mai 1957 die venia legendi für das Fach "Geburtshilfe und Gynäkologie". Ab 1. Dezember 1958 leitete er als Chefarzt die Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung des Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses.

1964 wurde Hanns-Werner Boschann zum außerplanmäßigen Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Freien Universität Berlin ernannt. Das "Virchow" war damals eine für ganz Deutschland vorbildliche Frauenklinik. Allein während Boschanns Klinikleitung vom 1. Dezember 1958 bis zum 31. März 1983 fanden hier über 32.000 Geburten statt.

Auch Boschanns wissenschaftliches Wirken blieb nicht unbemerkt. Er erhielt die hohen und die höhesten Auszeichnungen auf dem Gebiet der Zytologie, so u.a. 1964 Maurice Goldblatt Cytology Award (U.S.A.), 1968 Fellow International Academy of Cytology (U.S.A.), 1984 Honorary Fellow of the International Academy of Cytology (USA) und 1978 International Board of Cytopathology (USA). 1970-1973 war Prof. Boschann Vorsitzender der



Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie und 1975-1979 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zytologie. Im Jahre 1983 wurde Hanns-Werner Boschann "Für Verdienste um die Einführung der Zytodiagnostik in Berlin" zum Ehrenmitglied der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin (GGGB) ernannt.

Prof. Boschann lebt heute mit seiner Frau im verträumten Garmisch-Partenkirchen, wo auch sein klinischer Großvater, Prof. Georg August Wagner, der Wertheim-Schüler und letzte Ordinarius der Charité-Frauenklinik, einst seine letzten Jahre mit Blick auf die Zugspitze verbrachte.

Prof. Dr. Dr. Andreas D. Ebert

"Prävention auf neuen Wegen – Kunst und Medizin"

Neue Ausstellung in der Ärztekammer Berlin eröffnet

Besucher der Ärztekammer Berlin können sich nach längerer Zeit wieder einmal einer illustren Ausstellung farbenfroher Kinderbilder rund um das Thema "Schutzimpfungen" erfreuen. Die Bilder sind im Rahmen des Projektes "Prävention auf neuen Wegen – Kunst und Medizin" entstanden, vermitteln die Kreativität und Ideenwelt von Kindern der 8. Klasse der Angelaschule Osnabrück zu diesem Thema und werden liebevoll von ihrem Kurator Dr. med. Helmut Hoffmann betreut.

Von Michaela Peeters



Wenn man sich mit Dr. Hoffmann unterhält, weiß man, ohne ihn geht gar nichts. Und – ganz klar, es muss sich um eine Lebensaufgabe handeln, sowie er seit Jahren auf Achse ist mit seinen Bildern. Geradezu ausgebucht ist er mit seinen Wanderausstellungen und seine Schulprojekte sind begehrt wie eh und je. Auf die Frage, wo die Bilder 'seiner' Schutzbefohlenen zurzeit allein in

Berlin hängen, muss er länger nachdenken: Da zeigt zum Beispiel das Vivantes-Klinikum Friedrichshain Bilder einer 4. Klasse zum Thema "Sehen", das Thema "Gesund ernähren" wird in der Stadtbibliothek Lichtenberg vorgestellt, das Gesundheitsamt Pankow zeigt Bilder einer 5. Klasse zum Thema "Auge" und in der Praxis von Prof. Paul hängen Bilder einer 5. Klasse zu "Die Lunge – wir brauchen uns gegenseitig – um nur eine Auswahl zu nennen.

Das alles geht natürlich nur mit ausgeklügeltem Zeitmanagement und vollem Einsatz. Da kam Dr. Hoffmann seine Pensionierung vor fünf Jahren gerade recht. An Ruhe-Stand war nun wirklich nicht zu denken. Im Gegenteil, was Dr. Hoffmann vor 15 Jahren mit dem ehrenamtlichen Projekt "Prävention auf neuen Wegen – Kunst und Medizin" begründete, ist bis heute ein vielbewundertes, respektables Engagement, das ihn hundertprozentig fordert und neben allem anderen vor allem auf pädagogischen Nutzen abzielt.

Die Idee kam ihm im Rahmen seiner Tätigkeit als stellvertretender Leiter des Jugendgesundheitsdienstes in Berlin, als er feststellte, dass es notwendig sei, Kinder die Bedeutung eines aktiven Gesundheitsschutzes nahezubringen.

Dr. Hoffmann nahm den Kontakt zu Schulen auf und entwickelte mit den Lehrern Projekte in den Fächern Medizin, Biologie und Deutsch. Daraus sind feste Kooperationen entstanden, die bis heute Bestand haben. So sind in den zurückliegenden Jahren zahlreiche eindrucksvolle Bilder entstanden, die dreifache Wirkung erzielen: Hohe Anerkennung für die Kinder und Jugendlichen, pädagogischer Mehrwert und am Ende ein schönes Erinnerungsbild für jede Familie.

Mit dem Thema "Schutzimpfungen" gastiert Dr. Hoffmann zum vierten Mal mit einer Ausstellung in der Ärztekammer Berlin, das erste Mal im Jahr 2002. Dr. Hoffmann ist froh über die Ausstellungsbedingungen im Foyer der Ärztekammer. Hier gibt es so viel Licht, das bringt die Bilder so schön zur Geltung. Stimmt!

Informationen und Kontakt zu Dr. Hoffmann und seinen Ausstellungsprojekten unter:

helmut@helmuthoffmann.com

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2010 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

Dr. med.				
Dr. med. Gerd Wieser 16.08.1941 03.01.02	Dr mod	Maria-Elicaboth Koccol	17 10 1042	01 01 2010
Doz. Dr. sc. med.				
Dr. med.			28.02.1924	03.01.2010
Dr. med.	Doz. Dr. sc. med.	Gerd Wiesner	16.08.1941	04.01.2010
Dr. med.	Dr med	Insef Halfter		
Dr. med.				
Prof. Dr. med.				
Prof. Dr. med.	Dr. med.	Otto-Hellmuth Stolze	06.02.1916	09.01.2010
Harfmut Seide	Prof Dr med			
Dr. med. Mechhild Paula Schröder 32,11,1944 19,01,20	Tion. Dr. med.			
Dr. med. Mechthild Paula Schröder 08.03.1932 14.01.20			06.02.1948	12.01.2010
Dr. med. Mechthild Paula Schröder 08.0,1932 4,0,120		Bernhard Becker-Thiele	07.09.1954	12.01.2010
Dr. med. Gerhart Köster 23,11.1944 25,0.1.297 20,0.1.20 Dr. med. Dieter Braune 32,0.1.935 21,0.1.20 Dr. med. Dieter Braune 32,0.1.935 23,0.1.20 Dr. med. Ilse Nemecek 33,03,1926 23,0.1.20 Dr. med. Ilse Nemecek 33,03,1926 23,0.1.20 Dr. med. Annelore Krutoff 77,09,1915 24,0.1.20 Dr. med. Annelore Krutoff 77,09,1915 24,0.1.20 Dr. med. Dr. med. Annelore Krutoff 77,09,1915 25,0.1.20 Dr. med. Gottfried Erich Dieter Witt 28,09,1920 25,0.1.20 Dr. med. Gottfried Erich Dieter Witt 28,09,1920 25,0.1.20 Dr. med. Gottfried Erich Dieter Witt 28,09,1920 25,0.1.20 Dr. med. Otto Rantzau Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11.01,1924 20,0.2.20 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11.01,1924 02,0.2.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14,03,1940 14,0.2.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14,03,1940 14,0.2.20 Dr. med. Crista Vorsatz O5,0.1934 24,00.2.20 Dr. med. Crista Vorsatz O5,0.1934 24,00.2.20 Dr. med. Ingeborg Mantey O9,06,1920 28,00.2.20 Dr. med. Ingeborg Mantey O9,06,1920 28,00.2.20 Dr. med. Ingeborg Mantey O9,06,1920 28,00.2.20 Dr. med. Ingeborg Bragelbort O1,11.199 28,00.2.20 Dr. med. Aleksandar Valović 24,01.1925 08,03,200 Dr. med. Aleksandar Valović 24,01.1925 08,03,200 Dr. med. Annemarie Krüger Dr.	Dr med	Mechthild Paula Schröder		1/4 01 2010
Dr. med. Helmut Döll 25,1.1997 20,01.20 Dr. med. Diete Rarune 03,02,1935 21,01.27 Dr. med. Dise Nemecek 03,03,1926 23,01.20 Dr. med. Annelore Krutoff 17,09,1915 24,01.20 Dr. med. Annelore Krutoff 27,09,1915 24,01.20 Dr. med. Annelore Krutoff 27,09,1915 24,01.20 Dr. med. Dr. med. Helmut Laengner 22,08,1917 25,01.20 Dr. med. Gottfried Frich Dieter Witt 28,09,1920 25,01.20 Dr. med. Gottfried Frich Dieter Witt 28,09,1920 25,01.20 Dr. med. Dagmar Johanna Muesfeldt 28,11,1947 28,01.20 Dr. med. Julius Füsüt-Molina 27,05,1926 29,01.20 Dr. med. Ulius Füsüt-Molina 20,02,1921 Dr. med. Gorg-Werner Kauffmann 10,11,1924 02,02,20 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11,01,1924 02,02,20 Dr. med. Rainer Lüsebrink 21,01,1957 06,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14,03,1940 14,02,20 Dr. med. Lekhard Meyer 18,04,1930 21,02,20 Dr. med. Adnan Makansi 171,1933 24,02,20 Dr. med. Adnan Makansi 171,1933 24,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14,03,1940 14,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14,03,1940 14,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14,03,1940 14,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 17,01,1942 27,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 17,01,1942 27,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 19,10,1942 27,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 19,10,1942 27,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahler 19,10,1				
Dr. med. Dieter Braune 03,02,1935 21,01,20 Dr. med. Iss Nemecek 03,03,1966 23,01,20 Dr. med. Annelore Krutoff 70,99,1957 24,01,20 Dr. med. Annelore Krutoff 70,99,1957 24,01,20 Dr. med. Helmut Laengrer 22,08,1971 25,01,20 Dr. med. Gottfried Erich Dieter Witt 28,09,1920 25,01,20 Dr. med. Gottfried Erich Dieter Witt 28,09,1920 25,01,20 Dr. med. Robert Usebrink Dr. med. Dr. med. Robert Well Prof. Dr. med. Dr. med. Robert Well Prof. Dr. med. Dr.	ur. mea.	Gernart Koster	23.11.1944	19.01.2010
Dr. med. Dieter Braune 03,02,1935 21,01,20 Dr. med. Iss Nemecek 03,03,1966 23,01,20 Dr. med. Annelore Krutoff 70,99,1957 24,01,20 Dr. med. Annelore Krutoff 70,99,1957 24,01,20 Dr. med. Helmut Laengrer 22,08,1971 25,01,20 Dr. med. Gottfried Erich Dieter Witt 28,09,1920 25,01,20 Dr. med. Gottfried Erich Dieter Witt 28,09,1920 25,01,20 Dr. med. Robert Usebrink Dr. med. Dr. med. Robert Well Prof. Dr. med. Dr. med. Robert Well Prof. Dr. med. Dr.	Dr. med.	Helmut Döll	25.12.1917	20.01.2010
Dr. med.				
Dr. med.				
Dr. med. Or. phil.	Dr. mea.		03.03.1926	23.01.2010
Dr. med. Dr. phil.		Günther Kustin	13.02.1949	23.01.2010
Dr. med. Dr. phil. Hans-Gert Kupferschmidt 02.06.1925 25.01.20 Dr. med. Gottfried Frich Dieter Witt 28.09.1920 25.01.20 Dr. med. Gottfried Frich Dieter Witt 28.09.1920 25.01.20 Dr. med. Gottfried Frich Dieter Witt 28.09.1920 25.01.20 Dr. med. Dr. med. Dagmar Johanna Muesfeldt 28.11.1947 28.01.20 Dr. med. Dr. med. Uluis Füsti-Holnar 27.05.1926 29.01.20 Dr. med. Otto Rantzau 20.02.1921 31.01.20 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11.01.1924 02.02.20 Dr. med. Rainer Lüsberhind 19.10.1930 14.02.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14.03.1940 14.02.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14.03.1940 14.02.20 Dr. med. Eckehard Meyer 18.04.1930 21.02.20 Dr. med. Eckehard Meyer 18.04.1930 21.02.20 Dr. med. Christa Vorsatz 05.01.1924 26.02.20 Dr. med. Christa Vorsatz 05.01.1924 27.02.20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Figelbert 01.11.1919 28.02.20 Dr. med. Helga Ströhmann 10.10.1942 27.02.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Alennik Eggers 08.02.1973 08.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Anne-Katharina Meukow 07.08.1928 13.03.20 Dr. med. Anne-Katharina Meukow 07.08.1928 13.03.20 Dr. med. Anne-Katharina Meukow 07.08.1928 13.03.20 Dr. med	Dr mod			
Dr. med. Helmut Laengner 22.08.1917 25.01.20 Dr. med. Gottfried Erich Dieter Witt 28.09.1920 25.01.20 Dr. med. Claus-Dieter Caemmerer 09.09.1955 27.01.20 Dr. med. Dagmar Johanna Muesfeldt 28.01.1947 28.01.20 Dr. med. Julius Flist-Molnar 27.05.1926 29.01.20 Dr. med. Otto Rantzau 20.02.1921 31.01.20 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11.01.1924 02.02.20 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11.01.1924 02.02.20 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11.01.1924 05.02.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14.03.1940 14.02.20 Dr. med. Eckehard Meyer 18.04.1930 14.02.20 Dr. med. Eckehard Meyer 18.04.1930 14.02.20 Dr. med. Christa Vorsatz 05.01.1994 26.02.20 Dr. med. Christa Vorsatz 05.01.1994 26.02.20 Dr. med. Ingeborg Kantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Rantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Hantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Kantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Kantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 0.01.1921 09.03.20 Dr. med. Anna-Katharina Meukow 05.04.1949 19.03.20 Dr. med. Anna-Marie Leitch 24.04.1925 03.04.20 Dr. med. Anna-Marie Leitch 24.04.1925 03.04.20 Dr. med. Anna-Marie Leitch 24.04.1925 03.04				
Dr. med. Gottfried Frich Dieter Witt 28.09,1920 25,01,20 Dr. med. Claus-Dieter Caemmerer 09.09,1955 27,01,20 Dr. med. Dagmar Johanna Muesfeldt 28.11,1947 28.01,20 Dr. med. Otto Rantzau 20.02,1921 31,01,120 Dr. med. Otto Rantzau 20.02,1921 31,01,120 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11.01,1924 02.02,20 Dr. med. Rainer Lüsebrink 19,10,1930 14,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 1,0,31,940 14,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 1,0,31,940 14,02,20 Dr. med. Lekehard Meyer 18.04,1930 21,02,20 Dr. med. Christa Vorsatz 05,01,1934 26,02,20 Dr. med. Christa Vorsatz 05,01,1934 26,02,20 Dr. med. Christa Vorsatz 05,01,1934 27,02,20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09,06,1920 82,02,20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09,06,1920 82,02,20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09,06,1920 82,02,20 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01,11,1919 28,02,20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24,01,1925 08,03,20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24,01,1925 08,03,20 Dr. med. Alemarie Krüger 10,01,1921 12,03,20 Dr. med. Annemarie Leitch 12,04,1938 19,03,20 Dr. med. Annemarie Leitch 12,04,1938 19,03,20 Dr. med. Annemarie Leitch 12,04,1938 19,03,20 Dr. med. Christel Skilbbe 10,04,1938 19,03,20 Dr. med. Christel Skilbbe 10,04,1938 19,03,20 Dr. med. Christel Skilbbe 10,04,1938 19,03,20 Dr. med.				25.01.2010
Dr. med. Gottfried Frich Dieter Witt 28.09.1920 25.01.20 Dr. med. Gust-Dieter Cammerer 09.09.1955 27.01.20 Dr. med. Dagmar Johanna Muesfeldt 28.11.1947 28.01.20 Dr. med. Julius Füsti-Molnar 27.05.1926 29.01.20 Dr. med. Otto Rantzau 20.02.1921 31.01.20 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11.01.1924 02.02.20 Dr. med. Rainer Lüsbehrink 12.01.1957 60.02.20 Georg-Werner Kauffmann 11.01.1924 02.02.20 Dr. med. Rainer Lüsbehrink 19.10.1930 14.02.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14.03.1940 14.02.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14.03.1940 14.02.20 Dr. med. Eckehard Meyer 18.04.1930 21.02.20 Dr. med. Adnan Makansi 17.12.1933 24.02.20 Dr. med. Adnan Makansi 17.12.1933 24.02.20 Dr. med. Adnan Makansi 17.12.1933 24.02.20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Byantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Byantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01.11.1919 28.02.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Anhenik Eggers 08.02.1973 08.03.20 Dr. med. Anhenik Eggers 08.02.1973 08.03.20 Dr. med. Anheniarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Anheniarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Anna-Katharina Meukow 05.04.1949 19.03.20 Dr. med. Anna-Katharina Meukow 05.04.1949 19.03.20 Dr. med. Anna-Katharina Meukow 05.04.1949 19.03.20 Dr. med. Christel Skibbe 03.01.1930 13.03.20 Dr. med. Christel Ski	Dr. med.	Helmut Laengner	22.08.1917	25.01.2010
Dr. med. Claus-Dieter (aemmerer) 09.09.1955 27.01.20 Dr. med. Dagmar Johanna Muesfeldt 28.11.1947 28.01.20 Dr. med. Otto Rantzau 20.02.1931 31.01.20 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11.01.924 22.02.20 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11.01.927 06.02.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14.03.1940 14.02.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14.03.1940 14.02.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14.03.1940 14.02.20 Dr. med. Christa Vorsatz 05.01.934 26.02.20 Dr. med. Christa Vorsatz 05.01.934 26.02.20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01.11.919 28.02.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.925 28.02.20 Dr. med. Meta Imgard Timm 06.07.1939 10.03.20 Dr. med. Meta Sandar Valovic 24.01.925 20.09.192 Dr. med.	Dr med	Gottfried Frich Dieter Witt		25 01 2010
Dr. med. Dagmar Johanna Muesfeldt Julius Füsti-Molnar 22,0,1967 28,0,1,207 Dr. med. Otto Rantzau 20,02,1921 3,0,1,207 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11,01,1924 02,02,292 Dr. med. Rainer Lüsebrink 21,01,1957 60,02,207 Dr. med. Rainer Lüsebrink 11,01,1930 14,02,207 Dr. med. Eckehard Meyer 18,04,1930 21,02,207 Dr. med. Eckehard Meyer 18,04,1930 21,02,207 Dr. med. Christa Vorsatz 05,01,1934 26,02,207 Dr. med. Ingeborg Mantey 09,06,1920 28,02,207 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01,11,1919 28,02,207 Dr. med. Jingeborg Engelbert 01,11,1919 28,02,207 Dr. med. Jingeborg Engelbert 01,11,1919 28,02,207 Dr. med. Jingeborg Engelbert 01,11,1919 28,02,207 Dr. med. Jan Herrik Eggers 80,01,1913 80,03,207 Dr. med. Jan Herrik Eggers 80,01,1913 10,03,20 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>				
Dr. med. Julius Füsti-Molnar 27,05,1926 29,01,20 Dr. med. Otto Rantzau 20,02,1921 31,01,20 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11,01,1924 02,02,20 Dr. med. Rainer Lüsebrink 21,01,1957 06,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14,03,1940 14,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14,03,1940 14,02,20 Dr. med. Adnan Makansi 17,12,1933 24,02,20 Dr. med. Adhan Makansi 17,12,1933 24,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 01,10,1942 27,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 01,10,1942 27,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 01,10,1942 27,02,20 Dr. med. Ingeborg Kahle 09,06,1920 28,02,20 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01,11,1919 28,02,20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24,01,1925 28,02,20 Dr. med. Meta Irmgard Timm 06,07,1939 10,03,20 Dr. med. Meta Irmga			09.09.1955	27.01.2010
Dr. med. Julius Füsti-Molnar 27,05,1926 29,01,201 Dr. med. Otto Rantzau 20,02,1921 31,01,201 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11,01,1924 02,02,201 Dr. med. Rainer Lüsebrink 21,01,1957 66,02,202 Dr. med. Ingeborg Kahle 14,03,1940 14,02,201 Dr. med. Eckehard Meyer 18,04,1930 21,02,202 Dr. med. Adnan Makansi 17,12,1933 24,02,202 Dr. med. Christa Vorsatz 05,01,1934 26,02,202 Dr. med. Ingeborg Mantey 09,06,1920 28,02,202 Dr. med. Ingeborg Engelbert 011,1991 28,02,202 Dr. med. Aleksandar Valovic 24,01,1955 68,03,202 Dr. med. Aleksandar Valovic 24,01,1955 68,03,202 Dr. med. Meta Irmgard Timm 06,07,1933 80,30,202 Dr. med. Annemarie Krüger 10,01,1921 12,03,202 Dr. med. Anneliese Graw 04,03,1928 13,03,202 Dr. med.	Dr. med.	Dagmar Johanna Muesfeldt	28.11.1947	28.01.2010
Dr. med. Otto Rantzau 20.02.1921 31.01.202 Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11.01.1924 02.02.20 Dr. med. Rainer Lüsebrink 21.01.1957 06.02.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14.03.1940 14.02.20 Dr. med. Eckehard Meyer 18.04.1930 21.02.20 Dr. med. Adnan Makansi 17.12.1933 24.02.20 Dr. med. Christa Vorsatz 05.01.1934 26.02.20 Dr. med. Ingeborg Bantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01.11.1919 28.02.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Meta Irmgard Timm 06.07.1939 10.03.20 Dr. med. Meta Irmgard Timm 06.07.1939 10.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 10.03.20 Dr. med.	Dr med			
Dr. med. Georg-Werner Kauffmann 11.01.1924 02.02.20 Dr. med. Rainer Lüsebrink 21.01.1957 06.02.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14.03.1940 14.02.20 Dr. med. Ekchard Meyer 18.04,1930 12.02.20 Dr. med. Adnan Makansi 17.12.1933 24.02.20 Dr. med. Christa Vorsatz 05.01.1934 25.02.20 Dr. med. Ingeborg Kantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01.11.1919 28.02.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 88.03.20 Dr. med. Jan Henrik Eggers 08.02.1973 08.03.20 Dr. med. Meta Irmgard Timm 60.07.1939 10.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Anneliese Graw 04.03.1928 13.03.20 Dr. med. Fitz Helmut Grönke 13.03.917 17.03.20 Dr. med. H				
Dr. med. Raine T Lisebrink 12.01.1957 06.02.20 Dr. med. Ingeborg Kahle 14.03.1940 14.02.20 Dr. med. Eckehard Meyer 18.04.1930 21.02.20 Dr. med. Adnan Makansi 17.12.1933 22.02.20 Dr. med. Christa Vorsatz 05.01.1934 26.02.20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01.11.1919 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01.11.1919 28.02.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Jan Henrik Eggers 08.02.1973 08.03.20 Dr. med. Meta Irmgard Timm 06.07.1939 10.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Wolfgang Sorich 09.09.1933 31.03.20 Dr. med. Anneliese Graw 04.03.1938 13.03.20 Dr. med. Anneliese Graw 04.03.1938 13.03.20 Dr. med. Anneliese Graw 04.02.1914 21.03.20 Dr. med. Anna-Katharina Meukow 05.04.1949 19.03.20 Dr. med. Anna-Katharina Meukow 05.04.1949 19.03.20 Dr. med. Christel Skibbe 03.01.1930 03.04.20 Dr. med. Günter Bach 26.11.1931 04.04.20 Dr. med. Günter Gamm 2.02.1925 14.04.20 Dr. med. Christel Skibbe 03.01.1930 03.03.20 Dr. med. Christel Skibbe 03.01.1930 03.03.20 Dr. med. Christel Skibbe 03.01.1930 03.03.20 Dr. med. Christel Hildebrandt 08.02.1938 13.05.20 Dr. med. Christel Hildebrandt 08.02.1938 13.05.20 Dr. med. Christel Hildebrandt 08.02.1938			20.02.1921	31.01.2010
Dr. med. Rainer Lüsebrink 21.01.1957 06.02.20	Dr. med.	Georg-Werner Kauffmann	11.01.1924	02.02.2010
Name	Dr mad			06 02 2010
Dr. med. Ingeborg Kahle 14,03,1940 14,02,20° Dr. med. Eckehard Meyer 18,04,1930 21,02,20° Dr. med. Adnan Makansi 17,12,1933 24,02,20° Dr. med. Christa Vorsatz 05,01,1934 26,02,20° Helga Ströhmann 10,10,1942 27,02,20° Dr. med. Ingeborg Engelbert 01,11,1919 28,02,20° Dr. med. Aleksandar Valovic 24,01,1925 08,03,20° Dr. med. Jan Henrik Eggers 08,02,1973 08,03,20° Dr. med. Meta Irmgard Timm 06,07,1939 10,03,20° Dr. med. Annemarie Krüger 10,01,1921 12,03,20° Dr. med. Annemarie Krüger 10,01,1921 12,03,20° Dr. med. Annemarie Krüger 10,01,1921 12,03,20° Dr. med. Annelese Graw 04,03,1928 13,03,20° Dr. med. Fritz Helmut Grönke 13,03,1917 17,03,20° Dr. med. Karla Fritzsche 04,02,1918 19,03,20° Dr. med. Karla Fritzsche	Di. IIICu.			
Dr. med. Eckehard Meyer 18.04,1930 21.02.20 Dr. med. Adnan Makansi 17.12.1933 24.02.20 Dr. med. Christa Vorsatz 05.01.1934 26.02.20 Dr. med. Ingeborg Bragelbert 10.10.1942 27.02.20 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01.11.1919 28.02.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Jan Henrik Eggers 08.02.1973 08.03.20 Dr. med. Meta Irmgard Timm 06.07.1939 10.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Anneliese Graw 04.03.1928 13.03.20 Dr. med. Fritz Helmut Grönke 13.03.197 77.03.20 Dr. med. Almuth Engeli 10.04.1938 19.03.20 Dr. med. Kritz Helmut Grönke 13.03.197 77.03.20 Dr. med. Kritz Helmut Grönke 10.04.1938 19.03.20 Dr. med. <				14.02.2010
Dr. med. Eckehard Meyer 18.04,1930 21.02.20 Dr. med. Adnan Makansi 17.12.1933 24.02.20 Dr. med. Christa Vorsatz 05.01.1934 26.02.20 Dr. med. Ingeborg Bragelbert 10.10.1942 27.02.20 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01.11.1919 28.02.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Jan Henrik Eggers 08.02.1973 08.03.20 Dr. med. Meta Irmgard Timm 06.07.1939 10.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Anneliese Graw 04.03.1928 13.03.20 Dr. med. Fritz Helmut Grönke 13.03.197 77.03.20 Dr. med. Almuth Engeli 10.04.1938 19.03.20 Dr. med. Kritz Helmut Grönke 13.03.197 77.03.20 Dr. med. Kritz Helmut Grönke 10.04.1938 19.03.20 Dr. med. <	Dr. med.	Ingeborg Kahle	14.03.1940	14.02.2010
Dr. med. Adnan Makańsi 17,12,1933 24,02,20 Dr. med. Christa Vorsatz 05,01,1934 26,02,20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09,06,1920 28,02,20 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01,11,1919 28,02,20 Dr. med. Ho-Suk Lee 13,06,1950 02,03,20 Dr. med. Jan Henrik Eggers 08,02,1973 08,03,20 Dr. med. Mat Hernik Eggers 08,02,1973 00,03,20 Dr. med. Meta Irmgard Timm 06,07,1939 10,03,20 Barbara Höhne 29,03,1925 10,03,20 Dr. med. Annemarie Krüger 10,01,1921 12,03,20 Dr. med. Annelese Graw 04,03,1928 13,03,20 Dr. med. Anneliese Graw 04,03,1928 13,03,20 Dr. med. Fritz Helmut Grönke 13,03,1917 17,03,20 Dr. med. Fritz Helmut Grönke 13,03,1917 17,03,20 Dr. med. Karla Fritzsche 04,02,1914 21,03,20 Dr. med. Karla Fritzsche 04,				
Dr. med. Christa Vorsatz Helga Ströhmann 10.10;1942 27.02,20 Dr. med. Ingeborg Mantey 09.06,1920 28.02,20° Dr. med. Ingeborg Engelbert 01.11;1919 28.02,20° Dr. med. Aleksandar Valovic 24,01,1925 08.03,20° Dr. med. Aleksandar Valovic 24,01,1925 08.03,20° Dr. med. Meta Irmgard Timm 06.07,1939 10.03,20° Dr. med. Annemarie Krüger 10.01,1921 12.03,20° Dr. med. Annemarie Krüger 10.01,1921 12.03,20° Dr. med. Anneliese Graw 04,03,1928 13.03,20° Dr. med. Anneliese Graw 04,03,1928 13.03,20° Dr. med. Afriz Helmut Grönke 13.03,1917 17.03,20° Dr. med. Almuth Engeli 10.04,1938 19.03,20° Dr. med. Almara Katharina Meukow 05.04,1949 19.03,20° Dr. med. Albert Schmauss 25.07,1915 26.03,20° Dr. med. Gristel Skibbe 03.0,1939 31.03,20°				
Helga Ströhmann			17.12.1933	
Helga Ströhmann	Dr. med.	Christa Vorsatz	05.01.1934	26.02.2010
Dr. med. Ingeborg Engelbert 09.06.1920 28.02.20 Dr. med. Ingeborg Engelbert 01.11.1919 28.02.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Jan Henrik Eggers 08.02.1973 08.03.20 Dr. med. Meta Irmgard Timm 06.07.1939 10.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Molfgang Sorich 09.09.1933 13.03.20 Dr. med. Anneliese Graw 04.03.1928 13.03.20 Dr. med. Afritz Helmut Grönke 13.03.1917 17.03.20 Dr. med. Almuth Engeli 10.04.1938 19.03.20 Dr. med. Almuth Engeli 10.04.1938 19.03.20 Dr. med. Allert Schmauss 25.07.1915 26.03.20 Dr. med. Karla Fritzsche 04.02.1914 21.03.20 Dr. med. Paul Paetzel 20.01.1916 26.03.20 Dr. med. Paul Paetzel 20.01.1916 26.03.20 Dr. med. Dietrich				
Dr. med. Ingeborg Engelbert Ho⁻Suk Lee 01.11.1919 28.02.20 Dr. med. Aleksandar Valovic 24.01.1925 08.03.20 Dr. med. Jan Henrik Eggers 08.02.1973 08.03.20 Dr. med. Meta Irmgard Timm 06.07.1939 10.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Wolfgang Sorich 09.09.1933 33.03.20 Dr. med. Anneliese Graw 04.03.1928 13.03.20 Dr. med. Affilt Helmut Grönke 13.03.1917 17.03.20 Dr. med. Affilt Helmut Grönke 13.03.1917 17.03.20 Dr. med. Affilt Helmut Grönke 13.03.1917 17.03.20 Dr. med. Affilt Fritzsche 04.02.1914 21.03.20 Dr. med. Affilt Fritzschmaus 25.07.1915 26.03.20 <t< td=""><td>Dr. mod</td><td></td><td></td><td></td></t<>	Dr. mod			
Ho-Suk Lee			09.06.1920	28.02.2010
Ho-Suk Lee	Dr. med.			28.02.2010
Dr. med. Aleksandar Valovic 24,01,1925 08.03,200 Dr. med. Jan Henrik Eggers 08.02,1973 08.03,200 Dr. med. Meta Irmgard Timm 06.07,1939 10.03,200 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01,1921 12.03,200 Dr. med. Wolfgang Sorich 09.09,1933 13.03,200 Dr. med. Anneliese Graw 04.03,1928 13.03,201 Dr. med. Almuth Engeli 10.04,1938 19.03,200 Dr. med. Almuth Engeli 10.04,1938 19.03,200 Dr. med. Karla Fritzsche 04.02,1914 21.03,320 Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25.07,1915 26.03,200 Dr. med. Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25.07,1915 26.03,200 Dr. med. Günter Bach 20.11,1916 26.03,200 Dr. med. Günter Bach 26.11,1931 04.04,200 Dr. med. Günter Bach 26.11,1931 04.04,200 Dr. med. Dietrich Schaefer 220,31941 08.04,200 <t< td=""><td></td><td></td><td></td><td></td></t<>				
Dr. med. Jan Henrik Eggers 08.02.1973 08.03.20 Dr. med. Meta Irmgard Timm 06.07.1939 10.03.20 Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Wolfgang Sorich 09.09.1933 13.03.20 Dr. med. Anneliese Graw 04.03.1928 13.03.20 Dr. med. Almuth Engeli 10.04.1938 19.03.20 Dr. med. Almuth Engeli 10.04.1938 19.03.20 Dr. med. Karla Fritzsche 04.02.1914 21.03.20 Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25.07.1915 26.03.20 Dr. med. Paul Paetzel 20.01.1916 26.03.20 Dr. med. Christel Skibbe 03.10.1930 31.03.20 Dr. med. Günter Bach 26.11.1931 04.04.20 Dr. med. Günter Bach 26.11.1931 04.04.20 Dr. med. Günter Gamm 22.02.1925 14.04.20 Dr. med. Dr. med. Günter Gamm 22.02.1925 16.04.20 Dr. med. Or. med. Sorbrider <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td>	D			
Dr. med. Meta Irmgard Timm 06.07,1939 10.03,20° Dr. med. Annemarie Krüger 10.01,1921 12.03,20° Dr. med. Wolfgang Sorich 09.09,1933 13.03,20° Dr. med. Anneliese Graw 04.03,1928 13.03,20° Dr. med. Fritz Helmut Grönke 13.03,1917 17.03,20° Dr. med. Almuth Engeli 10.04,1938 19.03,20° Dr. med. Almuth Engeli 10.04,1938 19.03,20° Dr. med. Karla Fritzsche 04.02,1914 21.03,20° Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25,07,1915 26.03,20° Dr. med. Pul Paetzel 20.01,1916 26.03,20° Dr. med. Günter Sach 26.11,1931 04,04,20° Dr. med. Günter Bach 26.11,1931 04,04,20° Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03,1941 08.04,20° Dr. med. Günter Bach 26.11,1935 04,04,20° Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03,1941 08.04,20° Dr. med. Dr. med. Dr. med. Günt	ur. mea.	Aleksandar valovic	24.01.1925	08.03.2010
Dr. med. Meta Irmgard Timm 06.07,1939 10.03,20° Dr. med. Annemarie Krüger 10.01,1921 12.03,20° Dr. med. Wolfgang Sorich 09.09,1933 13.03,20° Dr. med. Anneliese Graw 04.03,1928 13.03,20° Dr. med. Fritz Helmut Grönke 13.03,1917 17.03,20° Dr. med. Almuth Engeli 10.04,1938 19.03,20° Dr. med. Almuth Engeli 10.04,1938 19.03,20° Dr. med. Karla Fritzsche 04.02,1914 21.03,20° Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25,07,1915 26.03,20° Dr. med. Pul Paetzel 20.01,1916 26.03,20° Dr. med. Günter Sach 26.11,1931 04,04,20° Dr. med. Günter Bach 26.11,1931 04,04,20° Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03,1941 08.04,20° Dr. med. Günter Bach 26.11,1935 04,04,20° Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03,1941 08.04,20° Dr. med. Dr. med. Dr. med. Günt	Dr. med.	Jan Henrik Eggers	08.02.1973	08.03.2010
Barbara Höhne				
Dr. med. Annemarie Krüger 10.01.1921 12.03.20 Dr. med. Wolfgang Sorich 09.09.1933 13.03.20 Dr. med. Anneliese Graw 04.03.1928 13.03.20 Dr. med. Fritz Helmut Grönke 13.03.1917 17.03.20 Dr. med. Almuth Engell 10.04.1938 19.03.20 Anna-Katharina Meukow 05.04.1949 19.03.20 Dr. med. Karla Fritzsche 04.02.1914 21.03.20 Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25.07.1915 26.03.20 Dr. med. Paul Paetzel 20.01.1916 26.03.20 Dr. med. Christel Skibbe 03.10.1930 31.03.20 Anna-Marie Leitch 24.04.1925 03.04.20 Dr. med. Günter Bach 26.11.1931 04.04.20 Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03.1941 08.04.20 Knut Hansen 06.05.1956 12.04.20 Dr. med. Günter Gamm 22.03.1941 08.04.20 Dr. med. Dr. med. Br. med. Mimpsch 14.05.1956 12.04.20	DI. IIIEU.			
Dr. med. Wolfgang Sorich 09,09,1933 13,03,20° Dr. med. Anneliese Graw 04,03,1928 13,03,20° Dr. med. Fritz Helmut Grönke 13,03,1917 17,03,20° Dr. med. Almuth Engeli 10,04,1938 19,03,20° Anna-Katharina Meukow 05,04,1949 19,03,20° Dr. med. Karla Fritzsche 04,02,1914 21,03,20° Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25,07,1915 26,03,20° Dr. med. Paul Paetzel 20,01,1916 26,03,20° Dr. med. Günter Sach 26,11,1931 04,04,20° Dr. med. Günter Bach 26,11,1931 04,04,20° Dr. med. Dietrich Schaefer 22,03,1941 08,04,20° Dr. med. Günter Gamm 22,02,1945 14,04,20° Dr. med. Günter Gamm 22,02,1955 16,04,20° Dr. med. Dr. med. dent. Dr. med. Schröder 26,12,1955 16,04,20° Dr. med. Matthias Zarneckow 12,08,1941 06,05,20° Dr. med. Gerhard Rasc			29.03.1925	
Dr. med. Wolfgang Sorich 09,09,1933 13,03,20° Dr. med. Anneliese Graw 04,03,1928 13,03,20° Dr. med. Fritz Helmut Grönke 13,03,1917 17,03,20° Dr. med. Almuth Engeli 10,04,1938 19,03,20° Anna-Katharina Meukow 05,04,1949 19,03,20° Dr. med. Karla Fritzsche 04,02,1914 21,03,20° Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25,07,1915 26,03,20° Dr. med. Paul Paetzel 20,01,1916 26,03,20° Dr. med. Günter Sach 26,11,1931 04,04,20° Dr. med. Günter Bach 26,11,1931 04,04,20° Dr. med. Dietrich Schaefer 22,03,1941 08,04,20° Dr. med. Günter Gamm 22,02,1945 14,04,20° Dr. med. Günter Gamm 22,02,1955 16,04,20° Dr. med. Dr. med. dent. Dr. med. Schröder 26,12,1955 16,04,20° Dr. med. Matthias Zarneckow 12,08,1941 06,05,20° Dr. med. Gerhard Rasc	Dr. med.	Annemarie Krüger	10.01.1921	12.03.2010
Dr. med. Anneliese Graw 04.03.1928 13.03.20 Dr. med. Fritz Helmut Grönke 13.03.1917 17.03.20 Dr. med. Almuth Engeli 10.04.1938 19.03.20 Dr. med. Karla Fritzsche 04.02.1914 21.03.20° Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25.07.1915 26.03.20° Dr. med. Paul Paetzel 20.01.1916 26.03.20° Dr. med. Christel Skibbe 33.01.930 31.03.20° Dr. med. Günter Bach 26.11.1931 04.04.20° Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03.1941 08.04.20° Dr. med. Günter Gamm 22.02.1945 14.04.20° Dr. med. Günter Gamm 22.01.925 14.04.20° Dr. med. Dr. med. dent. Robert Nimpsch 14.05.1956 12.04.20° Dr. med. Ort ohndree 30.05.1949 19.04.20° Dr. med. Gerhard Raschke 07.09.1923 29.04.20° Dr. med. Gerhard Raschke 07.09.1923 80.05.20° Dr. med. Hans-Joachim Kieckb	Dr. mod			
Dr. med. Fritz Helmut Grönke 13.03.1917 17.03.20° Dr. med. Almuth Engell 10.04,1938 19.03.20° Dr. med. Almuth Engell 10.04,1938 19.03.20° Dr. med. Karla Fritzsche 04.02.1914 21.03.20° Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25.07.1915 26.03.20° Dr. med. Paul Paetzel 20.01.1916 26.03.20° Dr. med. Christel Skibbe 03.10.1930 31.03.20° Anna-Marie Leitch 24.04,1925 03.04.20° Dr. med. Günter Bach 26.11.1931 04.04.20° Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03.1941 08.04.20° Knut Hansen 06.05.1956 12.04.20° Dr. med. Günter Gamm 22.02.1995 14.04.20° Dr. med. Br. med. dent. Robert Nimpsch 14.05.1956 12.04.20° Dr. med. Otto Andree 0312.1934 29.04.20° Dr. med. Gerhard Raschke 07.09.1923 08.05.20° Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14.01.91				
Dr. med. Almuth Engeli 10.04,1938 19.03.20° Dr. med. Karla Fritzsche 04.02,1914 21.03.20° Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25,07,1915 26.03.20° Dr. med. Paul Paetzel 20.01.1916 26.03.20° Dr. med. Christel Skibbe 03.10.1930 31.03.20° Anna-Marie Leitch 24,04.1925 03.04.20° Dr. med. Günter Bach 26.11.1931 04,04.20° Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03.1941 08.04.20° Knut Hansen 06.05,1956 12.04,20° Dr. med. Günter Gamm 22.02.1955 14.04,020° Dr. med. Dr. med. dent. Dr. med. Schröder 26.12.1955 16.04.20° Dr. med. Dr. med. dent. Robert Nimpsch 14.05,1956 22.04.20° Dr. med. Dr. med. dent. Robert Nimpsch 14.05,1956 22.04.20° Dr. med. Gerhard Raschke 07.09,1923 28.05,20° Dr. med. Gerhard Raschke 07.09,1923 88.05,20° Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02,1918 <td< td=""><td></td><td>Anneliese Graw</td><td>04.03.1928</td><td>13.03.2010</td></td<>		Anneliese Graw	04.03.1928	13.03.2010
Dr. med.	Dr. med.	Fritz Helmut Grönke	13.03.1917	17.03.2010
Anna-Katharina Meukow O5.04,1949 19.03.20*				
Dr. med. Karla Fritzsche 04.02.1914 21.03.20° Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25.07.1915 26.03.20° Dr. med. Paul Paetzel 20.01.1916 26.03.20° Dr. med. Christel Skibbe 03.10.1930 31.03.20° Dr. med. Günter Bach 26.11.1931 04.04.20° Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03.1941 08.04.20° Knut Hansen 06.05.1956 12.04.20° Dr. med. Günter Gamm 22.02.1995 14.04.20° Dr. med. Dr. med. dent. Joachim Schröder 26.12.1955 16.04.20° Dr. med. Dr. med. dent. Robert Nimpsch 14.05.1956 22.04.20° Dr. med. Otto Andree 03.12.1934 29.04.20° Dr. med. Gerhard Raschke 07.09.1923 08.05.20° Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14.10.1936 08.05.20° Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02.1918 12.05.20° Dr. med. Regina Schwarz 09.11.1943 14.05.20° Dr. med.	DI. IIIEU.			
Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25.07,1915 26.03.20* Dr. med. Paul Paetzel 20.01,1916 26.03.20* Dr. med. Christel Skibbe 03.10,1930 31.03,20* Dr. med. Günter Bach 24,04,1925 03.04,20* Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03,1941 08.04,20* Knut Hansen 06.05,1956 12.04,20* Dr. med. Günter Gamm 22.02,1925 14,04,20* Dr. med. Dr. med. dent. Joachim Schröder 26.12,1955 16.04,20* Dr. med. Dr. med. dent. Robert Nimpsch 14,05,1956 22.04,20* Dr. med. Gerhard Raschke 03.12,1934 29.04,20* Dr. med. Otto Andree 03.12,1934 29.04,20* Dr. med. Gerhard Raschke 07.09,1933 08.05,20* Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02,1918 12.05,20* Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02,1918 12.05,20* Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02,1917 14,05,20* Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02,1917 14,05,20* Dr. med.		Anna-katharina meukow	05.04.1949	19.03.2010
Prof. Dr. med. Albert Schmauss 25.07,1915 26.03.20* Dr. med. Paul Paetzel 20.01,1916 26.03.20* Dr. med. Christel Skibbe 03.10,1930 31.03,20* Dr. med. Günter Bach 24,04,1925 03.04,20* Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03,1941 08.04,20* Knut Hansen 06.05,1956 12.04,20* Dr. med. Günter Gamm 22.02,1925 14,04,20* Dr. med. Dr. med. dent. Joachim Schröder 26.12,1955 16.04,20* Dr. med. Dr. med. dent. Robert Nimpsch 14,05,1956 22.04,20* Dr. med. Gerhard Raschke 03.12,1934 29.04,20* Dr. med. Otto Andree 03.12,1934 29.04,20* Dr. med. Gerhard Raschke 07.09,1933 08.05,20* Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02,1918 12.05,20* Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02,1918 12.05,20* Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02,1917 14,05,20* Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02,1917 14,05,20* Dr. med.	Dr. med.	Karla Fritzsche	04.02.1914	21.03.2010
Dr. med. Paul Paetzel 20.01.9916 26.03.20° Dr. med. Christel Skibbe 03.10.1930 31.03.20° Dr. med. Günter Bach 26.11.1931 04.04.20° Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03.1941 08.04.20° Dr. med. Günter Gamm 22.02.1925 14.04.20° Dr. med. Günter Gamm 22.02.1925 14.04.20° Dr. med. Dr. med. dent. Joachim Schröder 26.12.1935 16.04.20° Dr. med. Robert Nimpsch 14.05.1956 22.04.20° Dr. med. Otto Andree 03.12.1934 29.04.20° Dr. med. Gerhard Raschke 07.09.1923 08.05.20° Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02.1918 12.05.20° Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02.1918 12.05.20° Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02.1917 14.05.20° Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02.1917 14.05.20° Dr. med. Bernd Schreck 03.03.1923 15.05.20° Prof. Dr. med.				
Dr. med. Christel Skibbe 03,10,1930 31,03,20° Dr. med. Günter Bach 24,04,1925 03,04,20° Dr. med. Günter Bach 26,11,1931 04,04,20° Dr. med. Dietrich Schaefer 22,03,1941 08,04,20° Knut Hansen 06,05,1956 12,04,20° Dr. med. Günter Gamm 22,02,1995 14,04,20° Dr. med. Dr. med. dent. Joachim Schröder 30,05,1949 19,04,20° Dr. med. Robert Nimpsch 14,05,1956 22,04,20° Dr. med. Otto Andree 03,12,1934 29,04,20° Dr. med. Gerhard Raschke 07,09,1923 08,05,20° Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14,10,1936 08,05,20° Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08,02,1918 12,05,20° Dr. med. Regina Schwarz 09,11,1943 14,05,20° Dr. med. Karl Heinz Raabe 11,02,1917 14,05,20° Dr. med. Harald Dutz 14,01,1914 20,05,20° Dr. med. Frika Raether				
Anna-Marie Leitch 24,04,1925 03,04,20	Dr. med.	Paul Paetzel	20.01.1916	26.03.2010
Anna-Marie Leitch 24,04,1925 03,04,20*	Dr. med.	Christel Skibbe	03,10,1930	31.03.2010
Dr. med. Günter Bach 26.11.1931 04.04.20 Dr. med. Dietrich Schaefer 22.03.1941 08.04.20 Knut Hansen 06.05.1956 12.04.20 Dr. med. Günter Gamm 22.02.1925 14.04.20 Dr. med. Dr. med. dent. Joachim Schröder 26.12.1955 16.04.20 Dr. med. Dr. med. dent. Robert Nimpsch 14.05.1956 22.04.20 Dr. med. Otto Andree 03.12.1934 29.04.20 Dr. med. Matthias Zarneckow 12.08.1941 06.05.20 Dr. med. Gerhard Raschke 07.09.1923 08.05.20 Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14.10.1936 08.05.20 Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02.1918 12.05.20 Dr. med. Christel Hildebrandt 02.10.1933 13.05.20 Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02.1917 14.05.20 Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02.1917 14.05.20 Dr. med. Harald Dutz 14.01.1914 20.05.20 Dr. med. Martin				
Dr. med. Dietrich Schaefer Knut Hansen 22.03,1941 08.04,20° (2.04,20°) Dr. med. Günter Gamm 22.02,1925 14,04,20° Dr. med. Günter Gamm 22.02,1925 14,04,20° Dr. med. Dr. med. dent. Doachim Schröder 26,12,1955 16.04,20° Dr. med. Robert Nimpsch 14,05,1956 22,04,20° Dr. med. Otto Andree 03,12,1934 29,04,20° Dr. med. Gerhard Raschke 07,09,1923 08.05,20° Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14,10,1936 08.05,20° Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02,1918 12.05,20° Dr. med. Christel Hildebrandt 02,10,1933 13,05,20° Dr. med. Regina Schwarz 09,11,1943 14,05,20° Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11,02,1917 14,05,20° Dr. med. Harald Dutz 14,01,1914 20.05,20° Dr. med. Harald Dutz 14,01,1914 20.05,20° Dr. med. Rolf Vollmar 25,03,1927 29,05,20°				
New Hansen 06.05,1956 12.04,200	Dr. med.	Gunter Bach	26.11.1931	04.04.2010
New Hansen 06.05,1956 12.04,200	Dr. med.	Dietrich Schaefer	22.03.1941	08.04.2010
Dr. med. Günter Gamm 22.02.1925 14.04.20* Dr. med. Dr. med. den. Joachim Schröder 26.12.1955 16.04.20* Dr. med. Dr. med. den. Robert Nimpsch 14.05.1956 22.04.20* Dr. med. Otto Andree 03.12.1934 29.04.20* Matthias Zarneckow 12.08.1941 06.05.20* Dr. med. Gerhard Raschke 07.09.1923 08.05.20* Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14.10.1936 08.05.20* Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14.10.1938 12.05.20* Dr. med. Christel Hildebrandt 02.10.1933 13.05.20* Dr. med. Regina Schwarz 09.11.1943 14.05.20* Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02.1917 14.05.20* Dr. med. Dorothea Schreck 03.03.1923 15.05.20* Prof. Dr. med. Harald Dutz 14.01.1914 20.05.20* Dr. med. Martin Hegenscheid 30.05.1919 26.05.20* Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20* Prof.				
Dachim Schröder 26.12.1955 16.04.20				
Dr. med. Dr. med. dent. Dr. med. Joachim Leineweber 30.05.1949 19.04.20* Dr. med. Robert Nimpsch 14.05.1956 22.04,20* Dr. med. Otto Andree 03.12.1934 29.04,20* Dr. med. Gerhard Raschke 07.09.1923 08.05.20* Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14.10.1936 08.05.20* Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02.1918 12.05,20* Dr. med. Christel Hildebrandt 02.10.1933 13.05.20* Dr. med. Regina Schwarz 09.11.1943 14.05.20* Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02.1917 14.05.20* Dr. med. Drorthea Schreck 03.03.1923 15.05.20* Prof. Dr. med. Harald Dutz 14.01.1914 20.05.20* Dr. med. Martin Hegenscheid 30.05.1919 20.05.20* Dr. med. Martin Hegenscheid 30.05.1919 26.05.20* Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20* Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20*	Dr. med.	Gunter Gamm	22.02.1925	14.04.2010
Dr. med. Dr. med. dent. Dr. med. Joachim Leineweber 30.05.1949 19.04.20* Dr. med. Robert Nimpsch 14.05.1956 22.04,20* Dr. med. Otto Andree 03.12.1934 29.04,20* Dr. med. Gerhard Raschke 07.09.1923 08.05.20* Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14.10.1936 08.05.20* Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02.1918 12.05,20* Dr. med. Christel Hildebrandt 02.10.1933 13.05.20* Dr. med. Regina Schwarz 09.11.1943 14.05.20* Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02.1917 14.05.20* Dr. med. Drorthea Schreck 03.03.1923 15.05.20* Prof. Dr. med. Harald Dutz 14.01.1914 20.05.20* Dr. med. Martin Hegenscheid 30.05.1919 20.05.20* Dr. med. Martin Hegenscheid 30.05.1919 26.05.20* Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20* Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20*		loachim Schröder	26 12 1955	16.04.2010
Dr. med. Robert Nimpsch 14,05,1956 22,04,20° Dr. med. Otto Andree 03,12,1934 29,04,20° matthias Zarneckow 12,08,1941 06,05,20° Dr. med. Gerhard Raschke 07,09,1933 08,05,20° Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14,10,1936 08,05,20° Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08,02,1918 12,05,20° Dr. med. Christel Hildebrandt 02,10,1933 13,05,20° Dr. med. Regina Schwarz 09,11,1943 14,05,20° Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11,02,1917 14,05,20° Dr. med. Dorothea Schreck 03,03,1923 15,05,20° Prof. Dr. med. Harald Dutz 14,01,1914 20,05,20° Dr. med. Erika Raether 27,05,1923 20,05,20° Dr. med. Martin Hegenscheid 30,05,1919 26,05,20° Dr. med. Bernd Schröder 16,03,1943 30,05,20° Prof. Dr. med. Bernd Schröder 16,03,1943 31,05,20° Dr. med. Volk	Dr mad Dr mad dont			
Dr. med. Otto Andree 03,12,1934 29,04,20 Dr. med. Matthias Zarneckow 12,08,1941 06,05,20 Dr. med. Gerhard Raschke 07,09,1923 08,05,20 Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14,10,1936 08,05,20 Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08,02,1918 12,05,20 Dr. med. Christel Hildebrandt 02,10,1933 13,05,20 Dr. med. Regina Schwarz 09,11,1943 14,05,20 Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11,02,1917 14,05,20 Dr. med. Dorothea Schreck 03,03,1923 15,05,20 Prof. Dr. med. Harald Dutz 14,01,1914 20,05,20 Dr. med. Erika Raether 27,05,1923 20,05,20 Dr. med. Martin Hegenscheid 30,05,1919 26,05,20 Dr. med. Rend Schröder 16,03,1943 30,05,20 Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12,04,1938 31,05,20 Dr. med. Renate Helle 05,04,1932 31,05,20 Dr. med. <				
Matthias Zarneckow 12.08.1941 06.05.20	Dr. med.	Robert Nimpsch	14.05.1956	22.04.2010
Matthias Zarneckow 12.08.1941 06.05.20	Dr. med.	Otto Andree	03 12 1934	29.04.2010
Dr. med. Gerhard Raschke 07,09,1923 08.05,20° Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14,10,1936 08.05,20° Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02,1918 12,05,20° Dr. med. Christel Hildebrandt 02,10,1933 13,05,20° Dr. med. Regina Schwarz 09,11,1943 14,05,20° Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11,02,1917 14,05,20° Dr. med. Dorothea Schreck 03,03,1923 15,05,20° Prof. Dr. med. Harald Dutz 14,01,1914 20,05,20° Dr. med. Erika Raether 27,05,1923 20,05,20° Dr. med. Martin Hegenscheid 30,05,1919 26,05,20° Dr. med. Bernd Schröder 16,03,1943 30,05,20° Prof. Dr. med. Bernd Schröder 16,03,1943 31,05,20° Dr. med. Renate Helle 05,04,1932 31,05,20° Dr. med. Volker Regensburger 09,02,1938 01,06,20° Dr. med. Ulrich Brandt 12,11,1919 01,06,20° Dr.	Dir inicar			
Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14,10,1936 08.05,20° Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02,1918 12.05,20° Dr. med. Christel Hildebrandt 02.10,1933 13,05,20° Dr. med. Regina Schwarz 09,11,1943 14,05,20° Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11,02,1917 14,05,20° Dr. med. Dorothea Schreck 03,03,1923 15,05,20° Prof. Dr. med. Harald Dutz 14,01,1914 20.05,20° Dr. med. Erika Raether 27,05,1923 20,05,20° Dr. med. Martin Hegenscheid 30,05,1919 26,05,20° Dr. med. Rolf Vollmar 25,03,1927 29,05,20° Prof. Dr. med. Bernd Schröder 16,03,1943 30,05,20° Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12,04,1938 31,05,20° Dr. med. Volker Regensburger 09,02,1938 01,06,20° Dr. med. Ulrich Brandt 12,11,1919 01,06,20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09,01,1923 01,06,20°	D			
Dr. med. Hans-Joachim Kieckbusch 14,10,1936 08.05,20° Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02.1918 12.05,20° Dr. med. Christel Hildebrandt 02.10,1933 13,05,20° Dr. med. Regina Schwarz 09,11,1943 14,05,20° Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11,02,1917 14,05,20° Dr. med. Dorothea Schreck 03,03,1923 15,05,20° Prof. Dr. med. Harald Dutz 14,01,1914 20,05,20° Dr. med. Erika Raether 27,05,1932 20,05,20° Dr. med. Martin Hegenscheid 30,05,1919 26,05,20° Dr. med. Rolf Vollmar 25,03,1927 29,05,20° Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12,04,1938 31,05,20° Prof. Dr. med. Renate Helle 05,04,1932 31,05,20° Dr. med. Ulrich Brandt 12,11,1919 01,06,20° Dr. med. Ulrich Brandt 12,11,1919 01,06,20° Dr. med. Ruft Grückoglu 03,04,1927 01,06,20° Dr. med			07.09.1923	08.05.2010
Dr. med. Hans-Heinrich Brandt 08.02.1918 12.05.20 Dr. med. Christel Hildebrandt 02.10.1933 13.05.20 Dr. med. Regina Schwarz 09.11.1943 14.05.20 Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02.1917 14.05.20 Dr. med. Dorothea Schreck 03.03.1923 15.05.20 Prof. Dr. med. Harald Dutz 14.01.1914 20.05.20 Dr. med. Erika Raether 27.05.1923 20.05.20 Dr. med. Martin Hegenscheid 30.05,1919 26.05.20 Dr. med. Rolf Vollmar 25.03.1927 29.05.20 Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20 Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12.04,1938 31.05.20 Dr. med. Renate Helle 05.04,1932 31.05.20 Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1938 01.06.20 Dr. med. Ulrich Brandt 12.11.1919 01.06.20 Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20 Dr. med. Ruth	Dr. med.	Hans-Joachim Kieckbusch		08.05.2010
Dr. med. Christel Hildebrandt 02,10,1933 13,05,20° Dr. med. Regina Schwarz 09,11,1943 14,05,20° Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11,02,1917 14,05,20° Dr. med. Dorothea Schreck 03,03,1923 15,05,20° Prof. Dr. med. Harald Dutz 14,01,1914 20,05,20° Dr. med. Erika Raether 27,05,1923 20,05,20° Dr. med. Rolf Vollmar 25,03,1927 29,05,20° Dr. med. Bernd Schröder 16,03,1943 30,05,20° Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12,04,1938 31,05,20° Dr. med. Renate Helle 05,04,1932 31,05,20° Dr. med. Volker Regensburger 09,02,1938 01,06,20° Tip. Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03,04,1927 01,06,20° Dr. med. Hermann Saland 30,10,1924 01,06,20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09,01,1923 05,06,20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29,11,1919 06,06,20°				
Dr. med. Regina Schwarz 09.11.1943 14.05.20° Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02.1917 14.05.20° Dr. med. Dorothea Schreck 03.03.1923 15.05.20° Prof. Dr. med. Harald Dutz 14.01.1914 20.05.20° Dr. med. Erika Raether 27.05.1923 20.05.20° Dr. med. Martin Hegenscheid 30.05.1919 26.05.20° Dr. med. Rolf Vollmar 25.03.1927 29.05.20° Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20° Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12.04,1938 31.05.20° Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1938 01.05.20° Dr. med. Ulrich Brandt 12.11.1919 01.06.20° Dr. med. Ulrick Brandt 12.11.1919 01.06.20° Dr. med. Rainer Tüllmann 25.07,1954 04.06.20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1923 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.01.1939 06.06.20° Silvia Bu				
Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02.1917 14.05.20 Dr. med. Dorothea Schreck 03.03.1923 15.05.20° Prof. Dr. med. Harald Dutz 14.01.1914 20.05.20° Dr. med. Erika Raether 27.05.1923 20.05.20° Dr. med. Moft Wollmar 25.03.1927 29.05.20° Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20° Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12.04.1938 31.05.20° Dr. med. Renate Helle 05.04.1932 31.05.20° Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1938 01.06.20° Dr. med. Ulrich Brandt 12.11.1919 01.06.20° Dr. med. Hermann Saland 30.01.1924 01.06.20° Dr. med. Ruth Getrud Hedwig Thiele 09.01.1932 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hattmann			02.10.1933	13.05.2010
Dr. med. Karl-Heinz Raabe 11.02.1917 14.05.20 Dr. med. Dorothea Schreck 03.03.1923 15.05.20° Prof. Dr. med. Harald Dutz 14.01.1914 20.05.20° Dr. med. Erika Raether 27.05.1923 20.05.20° Dr. med. Moft Wollmar 25.03.1927 29.05.20° Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20° Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12.04.1938 31.05.20° Dr. med. Renate Helle 05.04.1932 31.05.20° Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1938 01.06.20° Dr. med. Ulrich Brandt 12.11.1919 01.06.20° Dr. med. Hermann Saland 30.01.1924 01.06.20° Dr. med. Ruth Getrud Hedwig Thiele 09.01.1932 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hattmann	Dr. med.	Regina Schwarz	09.11.1943	14.05.2010
Dr. med. Dorothea Schreck 03.03.1923 15.05.20 Prof. Dr. med. Harald Dutz 14.0.1914 2.0.5.20 Dr. med. Erika Raether 27.05.1923 20.05.20 Dr. med. Martin Hegenscheid 30.05.1919 26.05.20 Dr. med. Rolf Vollmar 25.03.1927 29.05.20 Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20 Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12.04.1938 31.05.20 Dr. med. Renate Helle 05.04.1932 31.05.20 Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1938 01.06.20 Tip. Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03.04.1927 01.06.20 Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20 Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1923 05.06.20 Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20 Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20 Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20 Dr. med. Libuse Brück				
Prof. Dr. med. Harald Dutz 14.01.1914 20.05.20* Dr. med. Erika Raether 27.05.1923 20.05.20* Dr. med. Martin Hegenscheid 30.05.1919 26.05.20* Dr. med. Rolf Vollmar 25.03.1927 29.05.20* Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20* Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12.04,1938 31.05.20* Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1932 31.05.20* Dr. med. Ulrich Brandt 12.11.1919 01.06.20* Tip. Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03.04,1927 01.06.20* Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20* Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1923 05.06.20* Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20* Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20* Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20* Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20*				
Dr. med. Erika Raether 27.05.1923 20.05.20° Dr. med. Martin Hegenscheid 30.05,1919 26.05,20° Dr. med. Rolf Vollmar 25.03,1927 29.05,20° Dr. med. Bernd Schröder 16.03,1943 30.05,20° Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12.04,1938 31.05,20° Dr. med. Renate Helle 05.04,1932 31.05,20° Dr. med. Volker Regensburger 09.02,1938 01.06,20° Dr. med. Ulrich Brandt 12,11,1919 01.06,20° Dr. med. Hermann Saland 30,10,1924 01.06,20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09,01,1923 05,06,20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29,11,1919 06.06,20° Silvia Busse 24,03,1931 09,06,20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01,1942 10,06,20° Dr. med. Ralf Hartmann 07,08,1944 18,06,20°				
Dr. med. Erika Raether 27.05.1923 20.05.20° Dr. med. Martin Hegenscheid 30.05,1919 26.05,20° Dr. med. Rolf Vollmar 25.03,1927 29.05.20° Dr. med. Bernd Schröder 16.03,1943 30.05.20° Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12.04,1938 31.05,20° Dr. med. Renate Helle 05.04,1932 31.05,20° Dr. med. Volker Regensburger 09.02,1938 01.06.20° Dr. med. Ulrich Brandt 12.11,1919 01.06.20° Dr. med. Hermann Saland 30.10,1924 01.06.20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01,1923 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11,1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03,1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01,1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hattmann 07.08,1944 18.06.20°	Prof. Dr. med.	Harald Dutz	14.01.1914	20.05.2010
Dr. med. Martin Hegenscheid 30.05.1919 26.05.20 Dr. med. Rolf Vollmar 25.03.1927 29.05.20 Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20 Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12.04,1938 31.05.20 Dr. med. Renate Helle 05.04,1932 31.05.20 Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1938 01.06.20 Tip. Dr./Univ. Istanbul Ulrich Brandt 12.11.1919 01.06.20 Tip. Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03.04.1927 01.06.20 Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20 Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1923 05.06.20 Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20 Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20 Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20 Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20		Frika Raether		
Dr. med. Rolf Vollmar 25,03,1927 29,05,20° Dr. med. Bernd Schröder 16,03,1943 30,05,20° Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12,04,1938 31,05,20° Dr. med. Volker Regensburger 09,02,1938 01,65,20° Dr. med. Ulrich Brandt 12,11,1919 01,06,20° Tip, Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03,04,1927 01,06,20° Dr. med. Hermann Saland 30,10,1924 01,06,20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09,01,1933 05,06,20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29,11,1919 06,06,20° Silvia Busse 24,03,1931 09,06,20° Dr. med. Libuse Brückner 01,01,1942 10,06,20° Dr. med. Ralf Hartmann 07,08,1944 18,06,20°				
Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20° Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12.04.1938 31.05.20° Dr. med. Renate Helle 05.04.1932 31.05.20° Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1938 01.06.20° Dr. med. Ulrich Brandt 12.11.1919 01.06.20° Tip. Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03.04.1927 01.06.20° Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1932 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hattmann 07.08.1944 18.06.20°				26.05.2010
Dr. med. Bernd Schröder 16.03.1943 30.05.20° Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12.04.1938 31.05.20° Dr. med. Renate Helle 05.04.1932 31.05.20° Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1938 01.06.20° Dr. med. Ulrich Brandt 12.11.1919 01.06.20° Tip. Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03.04.1927 01.06.20° Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1932 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hattmann 07.08.1944 18.06.20°	Dr. med.	Rolf Vollmar	25.03.1927	29.05.2010
Prof. Dr. med. Gerhard Zietz 12.04.1938 31.05.20° Dr. med. Renate Helle 05.04.1932 31.05.20° Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1938 01.06.20° Dr. med. Ulrich Brandt 12.11.1919 01.06.20° Tip. Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03.04.1927 01.06.20° Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1923 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20°				
Dr. med. Renate Helle 05.04.1932 31.05.20° Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1938 01.06.20° Dr. med. Ulrich Brandt 12.11.1919 01.06.20° Tip. Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03.04.1927 01.06.20° Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20° Rainer Tüllmann 25.07.1954 04.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1923 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20°				
Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1938 01.06.20° Dr. med. Ulrich Brandt 12.11.1919 01.06.20° Tip. Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03.04.1927 01.06.20° Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20° Br. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1932 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hattmann 07.08.1944 18.06.20°				31.05.2010
Dr. med. Volker Regensburger 09.02.1938 01.06.20° Dr. med. Ulrich Brandt 12.11.1919 01.06.20° Tip. Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03.04.1927 01.06.20° Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20° Br. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1932 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hattmann 07.08.1944 18.06.20°	Dr. med.	Renate Helle	05.04.1932	31.05.2010
Dr. med. Ulrich Brändt 12.11.1919 01.06.20° Tip. Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03.04.1927 01.06.20° Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1923 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20°				
Tip. Dr./Univ. Istanbul Turgut Kücükoglu 03.04.1927 01.06.20° Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20° Rainer Tüllmann 25.07.1954 04.06.20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1923 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20°				
Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20° Rainer Tüllmann 25.07.1954 04.06.20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1932 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20°				
Dr. med. Hermann Saland 30.10.1924 01.06.20° Rainer Tüllmann 25.07.1954 04.06.20° Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1932 05.06.20° Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20°	Tip. Dr./Univ. Istanbul	Turgut Kücükoglu	03.04.1927	01.06.2010
Rainer Tüllmann 25,07,1954 04,06,200 Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09,01.1923 05,06,200 Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29,11.1919 06,06,200 Silvia Busse 24,03,1931 09,06,200 Dr. med. Libuse Brückner 01,01.1942 10,06,200 Dr. med. Ralf Hartmann 07,08,1944 18,06,200				
Dr. med. Ruth Gertrud Hedwig Thiele 09.01.1923 05.06.20 Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20 Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20 Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20 Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20	Di. IIICu.			
Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20°				04.06.2010
Prof. Dr. med. Ruth Mattheis 29.11.1919 06.06.20° Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20°	Dr. med.	Ruth Gertrud Hedwig Thiele	09.01.1923	05.06.2010
Silvia Busse 24.03.1931 09.06.20° Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20° Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20°				
Dr. med. Libuse Brückner 01.01.1942 10.06.20 Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20	i ioi. Di. ilicu.			
Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20				
Dr. med. Ralf Hartmann 07.08.1944 18.06.20	Dr. med.	Libuse Brückner	01.01.1942	10.06.2010
				18.06.2010
AIEXANUER MINASJAN 04.05.1955 20.06.20°	DI. IIICU.			
			04.05.1955	20.06.2010
		Silke Gruner		21.06.2010
	Dr sc mod			23.06.2010
				28.06.2010
	Dr. med.	Helga Wolf		30.06.2010
1		. 3		,

Dr. med.	Klaus Schröder	20.08.1928	02.07.2010
Dr. med.	Björg Klaus Selke	10.02.1951	06.07.2010
Dr. med.	Margot Böhm	09.10.1925	08.07.2010
Dr. med. Dr. med.	Bernd-Jürgen Gothe Margaretha Klara Maria Richardt	27.12.1941 26.05.1942	12.07.2010 12.07.2010
Dr. med.	Christian Heinrich Ehlers	08.04.1926	15.07.2010
Dr. med.	Ruth Radvanyi	28.05.1928	18.07.2010
Dr. med.	Georg Gustav Trenß	31.05.1920	27.07.2010
Dr. med.	Bernhard J. Breloer Charlotte Heimann	08.10.1943 21.06.1915	28.07.2010
Dr. med.	Jürgen Fuchs	28.06.1926	03.08.2010 04.08.2010
Dr. med.	Wolfgang Holitzner	05.01.1943	07.08.2010
Dr. med.	Edith Elisabeth Heidrich	01.07.1939	10.08.2010
Dr. med.	Arnhild Jerrentrup	13.05.1943	10.08.2010
Dr. med.	Karin Gorr	22.04.1939	15.08.2010
Dr. med.	Wolfgang Bergenthal Norbert-Klemens Scheffler	18.10.1949 26.01.1941	16.08.2010 18.08.2010
Dr. med.	Peter Hoffmann	11.12.1936	18.08.2010
Dr. med.	Eva Maria Draws	14.05.1928	23.08.2010
Dr. med.	Hans Kornfeld	05.09.1918	24.08.2010
Dr. med.	Tina Coprian	21.09.1978	26.08.2010
Dr. med. Prof. Dr. med.	Eva Pfannschmidt Gerhard Laudahn	22.11.1934	27.08.2010 28.08.2010
Dr. med.	Christina Leber	23.02.1927 31.07.1955	29.08.2010
Dr. med.	Hans-Joachim Pilgram	29.07.1916	29.08.2010
Dr. med.	Wolfgang Nowara	17.04.1941	03.09.2010
	Mareike Ursula Scheidat	25.08.1946	03.09.2010
Dr. med.	Peter Kasten	14.01.1941	04.09.2010
Dr. med. Dr. med.	Kurt Voigt Stephan Remak	14.09.1919 06.07.1929	04.09.2010
Dr. med.	Rolf Schaper	09.08.1919	05.09.2010 10.09.2010
Dr. med.	Gisela Hentschel	12.11.1935	13.09.2010
Dr. med.	Helmut Biernath	04.08.1928	15.09.2010
Dr. med.	Heinz Wiebrecht	23.03.1911	16.09.2010
Dr. med. Dr. med.	Elke Tuch	17.09.1940	19.09.2010
Dr. med.	Wolfgang-Eberhard Schmidt Leornore Brunner	13.11.1916 30.10.1914	23.09.2010 24.09.2010
Dr. med.	Klaus Hagspihl	25.08.1919	27.09.2010
Dr. med.	Robert Krasser	05.07.1927	30.09.2010
	Ingrid Matthes	27.09.1939	01.10.2010
Dial Dauch Dr mad	Frank Isken	10.06.1973	04.10.2010
DiplPsych. Dr. med. Dr. med.	Bettina Ebeling Elfriede Biener-Steinbrücker	18.02.1960 19.12.1935	05.10.2010 10.10.2010
Dr. med.	Adele Dorothea Schleicher	19.05.1916	10.10.2010
Dr. med.	Lucien Vital Lubanda	29.12.1950	11.10.2010
	Bernd Oswald Stelzer	10.10.1939	11.10.2010
Dr. med.	Edda Havestadt	14.11.1943	12.10.2010
Dr. med.	Klaus Grunwald	06.04.1922	13.10.2010
Dr. med.	Horst Wegener Klaus Röhringer	10.11.1943 28.06.1927	15.10.2010 18.10.2010
Dr. med.	Margot Fehlberg	28.03.1925	19.10.2010
	Gerd-Ulrich Schmidt	11.01.1945	21.10.2010
	Alexander Thierfelder	25.10.1938	22.10.2010
Dr. med.	Martin Steinmüller	05.02.1929	26.10.2010
Dr. med.	Diego Peter Grone Friedrich Hubert	13.02.1979 24.03.1913	26.10.2010 27.10.2010
Jii iiicui	Stefan Weiher	12.07.1966	28.10.2010
Dr. med.	Margarete von Zahn	14.02.1924	31.10.2010
	Hans-Jürgen Zschenker	15.03.1929	31.10.2010
Dr. med.	Sybille Biermann	11.06.1954	02.11.2010
DI. IIIeu.	Martin Käding Ricardo Santiago Campo Cordero	23.03.1940 01.05.1929	07.11.2010 07.11.2010
Prof. Dr. med.	Christian Johannes Friedrich Stein	08.05.1921	09.11.2010
Dr. med.	Wolfgang Meyer	05.03.1928	11.11.2010
Dr. med.	Wolf Stender	21.07.1934	11.11.2010
Dr. med.	Christa Sest	24.09.1945	16.11.2010
Dr. med. Dr. med.	Horst Teichmann Richard Kiesewetter	20.01.1932 30.11.1927	16.11.2010 19.11.2010
Dr. med.	Wolfgang Linow	09.05.1919	19.11.2010
Dr. med.	Hella Schmidt-Matthias	28.08.1920	21.11.2010
Dr. med.	Gertrud Agnes Elisabeth Winter	30.09.1925	27.11.2010
Prof. Dr. med.	Hans-Jürgen Gerhardt	22.05.1928	28.11.2010
Dr. med.	Wolfgang Hopp Henryk Kuczynski	27.05.1950 18.12.1928	03.12.2010 05.12.2010
	Sinaida Scharenberg	15.09.1936	07.12.2010
	Rainer Fahldieck	01.02.1950	09.12.2010
Data Dan B	Dagmar Rommel	10.08.1959	09.12.2010
PrivDoz. Dr. med. Prof. Dr. med.	Hans-Peter Dübel	05.04.1944	11.12.2010
Prof. Dr. mea. Dr. med.	Walter Bräutigam Wolfgang Glusa	09.09.1920 25.11.1923	16.12.2010 17.12.2010
Dr. med.	Horst-Dietmar Freund	05.11.1938	17.12.2010
Dr. med.	Nina Eun Hee Bärenstrauch	20.12.1977	19.12.2010
Dr. med.	Gunhild Piehl	17.07.1928	24.12.2010
Dr. med.	Walther Georgi	28.02.1922	27.12.2010
Dr. med. Dr. med.	Marianne Hennes Günter Kern	09.01.1919 10.12.1926	27.12.2010 30.12.2010
Dr. med.	Walter Gustava Erich Ernst Zippel	06.02.1922	30.12.2010

Nekrolog Dr. Dorothea Hagemann

Im Frühsommer 1990 war die Zukunft Deutschlands noch ungewiss. Um die Modalitäten der Wiedervereinigung wurde heiß diskutiert. Wie die Ärzte im künftigen Deutschland ihre Aufgaben erfüllen sollten, war offen. In Berlin, der Werkstatt der Wiedervereinigung, prallten die Meinungen ungebremst aufeinander. Vom verträumten Gutmenschen bis zum kalten Abrechnungsprofi entwickelte jeder seine Vision und versuchte dafür zu werben. Jeder suchte sich seine Bühne und seine Claqueure.

Durch Vermittlung von Dr. Erwin Hirschmann, dem damaligen NAV-Vorsitzenden, kam Frau Dr. Dorothea Hagemann zu einem Treffen der Virchowbund-Ärzte nach Ost-Berlin. Die respektheischende Ankündigung durch ihn lautete: "Das ist standespolitisches Urgestein. Mit der müsst ihr reden!".

Unser Erstaunen war groß, als statt der erwarteten stahlharten Politdomina eine überaus freundliche und bescheidene Kollegin auftauchte, die, statt uns zu erklären, was wir zu tun hätten, sich unsere Ideen und Pläne anhörte. Sie praktizierte nicht das damals weit verbreitete besitz ergreifende Mitgefühl, diese Widerspruch erstickende geistige Umarmung, sondern war interessiert und sachlich. Außerdem leistete sie sich den Luxus, das System der Krankenversorgung in der Bundesrepublik mit vorsichtiger Kritik zu erläutern. Wir erfuhren von ihr, wie der Alltag, die Freuden und die Sorgen einer Vertragsärztin aussehen. Sie war eine der wenigen, die statt zu missionieren - informierte.

Dorothea Hagemann, geboren am 23. April 1935, war aus dem Osten geflohen. Sie war ein Flüchtling und hatte nie vergessen, was sie durch Flucht verloren hatte. Und jetzt, als es darum ging, eine neue Gesellschaft zu errichten, half sie uns, diesen Flüchtlingsstatus abzustrei-



fen und als Gleichberechtigte in eine neue Gesellschaft einzutreten. Mit viel Feingefühl und Takt hat sie stets die Augenhöhe eingehalten. Es gab nicht viele, die das konnten. Aber sie und einige Gleichgesinnte haben in der Wendezeit mehr zur Verständigung zwischen Ärzten aus Ost und West beigetragen als alle Publikationen sämtlicher Standesorganisationen zusammen genommen. Nach der Fusion zwischen Virchow-Bund und NAV war sie eine derjenigen, die erreichten, dass Ärzte nicht mehr nach ihrer Herkunfts-Himmelsrichtung bewertet wurden, sondern nach ihrem Können und ihren Leistungen für Patienten und Kollegen.

Dorothea Hagemann war Ärztin aus Berufung. Sie lebte und litt mit ihren Patienten. In ihrem Fachgebiet, der Rheumatologie, wurde niemand durch sensationelle Heilerfolge verwöhnt, weder die Ärzte noch die Patienten. Diese Klientel brauchte Beharrlichkeit und nie versiegende Empathie und das entsprach ihrem Naturell. Sie war eine bei

den Patienten sehr beliebte Ärztin, in ihrem berufspolitischen Engagement aber zuweilen gefürchtet, denn sie konnte scharfzüngig bis impertinent werden, wenn ihr etwas gegen den Strich ging. Während mehr als 15 Jahren Arbeit in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin hat das mancher erfahren.

Als Freundin hatte Dorothea Hagemann ein großes Herz und unendliche Geduld. Nach stundenlangen Diskussionen konnte passieren, dass sie mit entwaffnendem Lächeln mitteilte, dass sie ihre Meinung trotz vieler und guter Argumente nicht geändert hätte. Zustimmung aus Bequemlichkeit oder Resignation gab es bei ihr nicht.

Sie ist so am 23. Februar 2011 gestorben wie sie gelebt hat: In der kritischen Auseinandersetzung mit der Medizin. Sie war nicht immer bei den Gewinnern. Dieses Mal auch nicht. Aber so war diese Frau: Problemen auszuweichen und das Risiko zu scheuen, hätte nicht ihrem Charakter entsprochen. Und aus dieser Neugier und der ständigen Bereitschaft, Konflikte auszutragen, kam auch ihre Lebenshaltung. Schwierigkeiten aus dem Weg zu gehen, auch wenn diese sie selbst und ihre Gesundheit betrafen, kam nicht in Frage. Und dass Dorothea Hagemann vor irgendetwas oder irgendjemand Angst gehabt hätte, habe ich nie erlebt. Für die, die sich zu ihren Freunden zählen durften, war Doro – so durften ihre Freunde sie nennen – ein Glücksfall. Für ihre Freunde da zu sein zu sein, war so etwas wie eine Religion für sie. Nur Patienten standen darüber. Das war ihre Vorstellung vom Arztberuf.

Wir werden ihr Andenken in Ehren halten.

Prof. Dr. Harald Mau (für den NAV-Virchow-Bund)

n

Krummer Doktor

Das älteste Gewerbe der Welt ist dies zwar nicht, aber ähnlich anrüchig: Titelhandel. Schon vor Jahrzehnten warnte die Ärztekammer Berlin unter der Überschrift "Kaufangebote für Promotionen" eindringlich vor falschen Titeln und Graden. Mit einem solchen Kauf würde man "eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder eine Geldstrafe riskieren." Ein paar saftige Titelkauf-Affairen haben Ältere vielleicht noch im Hinterkopf:

1973 gründete zum Beispiel ein Pelz händler (namens xxxxxxxxx) eine kriminelle Vereinigung zum Handeln mit Doktorgraden, Professorentiteln und gestohlenen Autos. Alle Urkunden wurden in eigener Werkstatt gedruckt. Von einem Kölner Chefarzt etwa verlangten die Fälscher 40.000 DM für den papierenen Professor. Um die gleiche Zeit begann ein Minderjähriger einen schwunghaften Titelhandel. Seine Kunden fand er durch Inserate auch in Ärztezeitschriften. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX xxxxxxxxxxxxFür 25.000 Mark schon bot er den "Professor" an.

Den gelernten Briefträger Gert Postel konnte Thomas Mann leider nicht mehr kennenlernen. Sonst hätte er seinen Hochstaplerroman sicher nicht unvollendet gelassen. Was ist Felix Krull gegen Gert Postel?! Er hat zwar keine Titel, Ämter und Würden verkauft, denn er behielt sie lieber selber. Erst versuchte er's als Richter, dann als Arzt – in Flensburg zum Beispiel beim Gesundheitsamt, in Berlin beim Berufsbildungswerk, wo er aber 1994 auf-flog. Trotzdem bekam er 1995 eine Stelle als Oberarzt in der Psychiatrie im sächsischen Zschadraß.

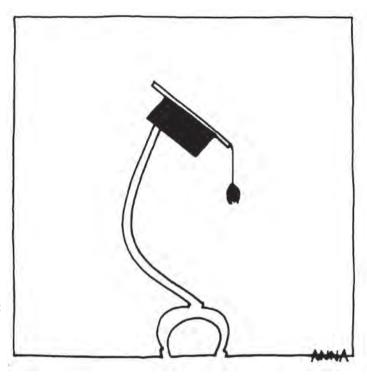
Vorsichtshalber war er dort nicht gemeldet, denn die Justiz suchte ihn. Einige ihrer weiblichen Vertreter aber machte er sich

äußerst ge neigt. Seine Adresse war die einer Richterin (die seine Geschichte sehr wohl kannte!). Als Oberarzt ver stand es der clevere Post bote Postel, sich aus der Medizin "weit gehend her auszuhalten", wie er vor Gericht sagte. "Manchmal

habe ich mich gefragt, ob die Stelle nicht überflüssig war." Vom Landgericht Leipzig bekam der Geständige für drei Jahre Klinik vier Jahre Knast. Und als er wieder draußen war, wollte er Ehrenbürger von Zschadraß werden, weil er es doch "aus der Anonymität eines Provinzdörfleins in die Literatur katapultiert" habe.

Zurück zum Titelhandel. Das Gewerbe wächst, blüht und gedeiht auch nach der xxxxxxxxxx noch. Der Münchner Wirtschaftsprofessor Manuel Theissen, der sich intensiv mit dem Thema befasste, schätzt, dass zwei bis drei Prozent der Doktorgrade Deutschlands falsch sind. Googeln Sie mal "Promotionsberatung". Die meisten der vielen Angebote klingen stinkseriös. (Nur "Titel kaufen für jedermann" fällt aus dem Rahmen offensichtlich Satire.) Sie wollen ja nur den Kontakt zu einem Doktorvater herstellen, bei der Literaturbeschaffung helfen und Schreib-arbeiten organisieren, die braven Berater.

Dann bestünde allerdings ein "krasses und auffälliges Missverhältnis von Leistung und Gegenleistung", befand das Niedersächsische Oberverwaltungsgericht (im Urteil 2 KN 906/06 vom 2.12.09). Es urteilte, dass "Doktoranden, die gegen Entgelt



Beratung in Anspruch genommen haben", von der Möglichkeit zur Promotion ausgeschlossen werden können – falls dies in der Promotionsordnung steht. In Hannover ist dies so. Dort spielt der Real-Krimi um den bestechlichen Juraprofessor. (Ausgerechnet Jura!) Der "Doktormacher" kriegte drei Jahre Haft, weil er von einem Institut für Wissenschaftsberatung für 69 krumme Doktoranden insgesamt 184.000 Euro kassiert hatte.

Das mit dem "krassen Missverhältnis" von Leistung und Gegenleistung ist eine böswillige Unterstellung des Gerichts! Sie tun ja viel mehr als sie sagen, dass sie tun, die Promotionsberater. Beim Deutschen Hochschulverband spricht man von einem "Rundumsorglos-Paket". Nicht mal seine Plagiate muss ein wohlhabender Dok torand selbst abschreiben. Es gibt ja wissenschaftliche Ghostwriter. Die treten höchst unverfroren auf. Eine Ghostwriter-Firma, die Diplom-, Magister- und Dok torarbeiten anbietet, klagte kürzlich gegen ein Konkurrenzunternehmen, dem es verbieten lassen wollte, sich "Marktführer" zu nennen. Das Berliner Landgericht schlug einen außergerichtlichen Vergleich vor.

Rosemarie Stein

BERLINER **AND ARZTE**

Anzeigen-Bestellschein für Rubrikanzeigen

Einfach per Fax, Post oder E-Mail an:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH, Frau Melanie Bölsdorff Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig Tel.: 0341 71003993, Fax: 0341 71003999, E-Mail: mb@l-va.de Folgender Text soll unter der Rubrik erscheinen Stellenangebote 4,85 € pro mm Höhe (2spaltig s/w) Stellengesuche 3,80 € pro mm Höhe (2spaltig s/w) 4,85 € pro mm Höhe (2spaltig s/w)

(* mögliche Rubriken: Praxisabgaben, Praxisgesuche, Praxisräume, Kooperationen, Gemeinschaftspraxis, Praxis-/Vertretungen, Kurse/Seminare/Veranstaltungen, Dienstleistungen)

Kurse/Seminare/veranstaitun	gen, Dienstieistungen)	
Veröffentlichen Sie meine An ☐ mit kompletter Anschrift	•	
☐ mit E-Mail	☐ unter Chiffre (Gebühr: 10,00 €)	
Alle Preise gelten zuzüglich geset	zlicher Mehrwertsteuer.	
Bitte deutlich lesbar ausfülle	al.	
bitte deutiicii iesbai ausiuliei	11:	
Bitte unbedingt ausfüllen:		
Name/Vorname		
Anschrift		
Telefon/Fax/E-Mail		
Telefoliji axj L-Wali		
Datum/rechtsverbindliche Unterschrift		
Bankverbindung (optional):		
Konto-Nr.	BLZ	

Die ärztlichen Rubrikanzeigen sind fünf Tage vor Erscheinen des Ärzteblattes im Internet unter www.berliner-aerzte.net online!

BERLINER 🙀 ÄRZTE

5/2011 48. 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.) Michaela Peeters Eveline Piotter (Redaktionsassistentin) Redaktionsbeirat: Dr. med. Sven Keller Univ. Prof. Dr. Harald Mau Dr. med. Bernd Müller Dr. med. Gabriele Stempor Dr. med. Kilian Tegethoff Julian Veelken Dr. med. Elmar Wille Anschrift der Redaktion: Friedrichstraße 16, 10969 Berlin Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199 Titelbild Sehstern unter Verwendung von: fotolia - lumen-digital & istock - red_frog S. 5, Sarrender, Fotollia.com, S.10, chagpa, Fotolia.com

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: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

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 € 78,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 52,50 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,35 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2011 vom 01.01.2011. ISSN: 0939-5784

In dieser Ausgabe finden Sie eine Beilage des Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe. Wir bitten um freundliche Beachtung.

Kreditinstitut