

Gewählt!

Mit Mehrheit hat der 114. Deutsche Ärztetag den Präsidenten der Ärztekammer Hamburg zum neuen Präsidenten der Bundesärztekammer gewählt. Als der unterlegene Gegenkandidat möchte ich ihm viel Glück und Erfolg wünschen.

Er steht vor großen Aufgaben. Die Reform der GOÄ wurde von ihm noch in seiner Wahlrede zur Chefsache erklärt. Die GOÄ ist als amtliche Gebührenordnung zum Schutz der Patienten gegen überhöhte Rechnungen eingeführt, aber seit knapp 20 Jahren kaum in der Höhe und nicht im Inhalt angepasst. Da sowohl private Krankenkassen wie auch die Länder Sorge haben, dass durch eine GOÄ Reform die Ausgaben steigen, sind die Widerstände enorm. Es ist für den Gesetzgeber offensichtlich leichter, durch Untätigkeit die GOÄ auszuhöhlen anstatt seine Hausaufgaben zu machen und zu reformieren. Dieser ordnungspolitische Skandal ist jetzt Chefsache.

Im ersten Entwurf eines Versorgungsgesetzes wurden zahlreiche Forderungen der KBV aufgenommen. Die Anliegen der Bundesärztekammer blieben komplett unberücksichtigt. Dazu gehört die Stimmberechtigung im Gemeinsamen Bundesausschuss und die gleichberechtigte Beteiligung bei der Qualitätssicherung. Der G-BA legt fest, wer in der Patientenversorgung was tun darf. Die Vertretung derjenigen, die persönlich die Verantwortung für diese Beschlüsse zu tragen haben, sind lediglich in Teilen anhörungsberechtigt. Der Grundsatz „Betroffene zu Beteiligten machen“ wird somit vom Gesetzgeber konterkariert. Dies ist kein Beitrag zur Stärkung der Glaubwürdigkeit des Gesetzgebers.



Foto: Friedrich

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

Im gleichen Gesetzentwurf wird definiert, wer Zugang zu Routinedaten haben soll (§303e SGB V). Eine endlose Liste bis hin zu Verbänden der wirtschaftlichen Interessensvertretung und Patientenorganisationen ist konkret aufgeführt. Die Einrichtung, die als Körperschaft öffentlichen Rechtes für die persönliche Kompetenz der Ärztinnen und Ärzten verantwortlich ist und eigentlich wissen sollte, welche Krankheiten und Maßnahmen wo wie häufig sind, fehlt. Auch hier ist die Ärzteschaft in der Defensive. Auch hier ist dem neuen Präsidium Erfolg zu wünschen.

Die internen Aufgaben sind nicht weniger zahlreich: Durch die Evaluation der Weiterbildung ist seit über einem Jahr klar, dass Defizite bei der objektiven Grundlage ärztlicher Arbeit (= evidenzbasierte Medizin) und beim Umgang mit Fehlern bestehen. Welche Gegenmaßnahmen werden vorgeschlagen?

Die Zuständigkeiten für bestimmte Themen und Ausschüsse in der Bundesärztekammer sind bislang ungleich verteilt. Einige wenige haben viel, viele haben wenig Gestaltungsmöglichkeiten und Verantwortung. Wie werden Kompetenzen klug verteilt und damit die Leistungsfähigkeit insgesamt gestärkt? Der neue BÄK-Präsident zählt zu den Eigenschaften eines „guten Präsidenten“ zu allererst „Teamfähigkeit“. Das lässt hoffen.

Als einer der Kandidaten für das Präsidentenamt habe ich diesen Ärztetag naturgemäß aus einer ganz eigenen

Perspektive erlebt. Im Vorfeld der Wahlen habe ich immer wieder betont, dass ich mich – egal welches Amt ich ausübe – als Mensch nicht ändern werde. Und genau so habe ich diesen Wahlkampf geführt und diese Wahl erlebt. Mir sind Verlässlichkeit, Kollegialität und eine deutlich von ärztlichen Inhalten geprägte Arbeit wichtig. Auch meine Jahrzehnte lange Erfahrung damit, wie Politik funktioniert, wie die Klaviatur der Macht und Medien zu bespielen ist, bringen mich von diesen Grundwerten nicht ab. Das mag mich oftmals „unbequem“ erscheinen lassen, aber da bleibe ich mir treu. Mit aller Konsequenz. Ich hätte gern die Verantwortung für die bundesweite Kammerarbeit übernommen. Aber eben nur auf meine Art.

Mir war es wichtig, den Delegierten eine Wahl zu ermöglichen. Ich bedanke mich an dieser Stelle für absolut großartige und einmütige Unterstützung im Wahlkampf und vor Ort. Ohne Euch wäre dieses starke Signal nicht möglich gewesen!

Für Berlin bedeutet dieser Wahlausgang auch mehr Freiheit. Wurden bisher viele Meinungsunterschiede auf der Bundesebene zum Teil „ausgesessen“ oder aus Rücksichtnahme ertragen, können wir uns nun auf die inhaltlichen Anliegen konzentrieren.

Das Profil der deutschen Ärzteschaft muss geschärft und – vor allem – mit Inhalt gefüllt werden. Ich wünsche dem neu gewählten Präsidium viel Erfolg in seiner neuen Führungsaufgabe.

Risikoberuf Musiker

Musik kann entspannen, beleben, erheben... Wen? Die Hörer. Und die Musiker? Die auch – aber nicht ohne Nebenwirkungen. So viel reine Harmonie, das ganze große Orchester ein einiger, ein einziger Klangkörper: Führt das nicht zur inneren Ausgeglichenheit der einzelnen Spieler und zum harmonischen Miteinander aller?

Mitnichten. Ärzte, die sich um die Musiker unter ihren Patienten intensiv und kenntnisreich kümmern, wissen, dass sie zwar alle „Phil“-Harmoniker sind – aber oft handelt es sich um eine unglückliche Liebe zur Harmonie. In Wahrheit sind viele von ihnen Disharmoniker, im Umgang mit sich selbst und mit den Kollegen. Und das steht hinter zahlreichen Musikerleiden, weiß der Nestor der Musiker-Mediziner, der Berliner Arzt und Psychoanalytiker Helmut Möller.

Es ist nicht nur die einseitige, den Stütz- und Bewegungsapparat malträtierende Dauer-Zwangshaltung etwa der Geiger oder Traversflötisten; nicht nur die ohrenbetäubende Beschallung zum Beispiel bei Wagner oder Mahler; nicht nur die Stimmlippen-Strapazen, die Sänger krächzen oder verstummen lassen. Die eigentlichen Ursachen dafür, dass professionelles Musizieren zu einem der fünf Berufe gehört, die am stärksten gesundheitsgefährdend sind, liegen laut Möller tiefer, nämlich „in den außerordentlich komplizierten

Wechselwirkungen zwischen körperlichen Belastungen, instrumentenspezifischen Besonderheiten, psychomentalen Anforderungen und Belastungen durch Perfektions-, Konkurrenz- und Zeitdruck.“

So heißt es in dem Bericht über eine Befragung junger Musiker, den Möller zusammen mit drei anderen Autoren verfasste. („Musiker-Gesundheit“. Hrsg. GEK, Asgard-Verlag St. Augustin 2005.) Auch diese Studie ergab: Zu den stärksten Belastungsfaktoren gehören die schlechten Berufsperspektiven mit entsprechendem Konkurrenzdruck. Wie Möller soeben erfuhr, kommen in Deutschland heute auf eine der raren Stellen etwa 400 ausgebildete Musiker. Es muss einer also ganz hervorragend sein, um überhaupt eine Chance zu haben, beruflich Fuß zu fassen. Kein Wunder, dass Misserfolgs- und Versagensängste – mehr als gewöhnliches „Lampenfieber“ vor einem Auftritt! – etwa jedem zweiten Musiker schwere Probleme mit gesundheitlichen Folgen bereiten. Möller hat das in mehreren Publikationen beschrieben.

Ihm geht es vor allem um Prävention. Hier sieht er die Musiker-Ausbildungsstätten in der Verantwortung. Deshalb gründete er 2002 das Kurt Singer-Institut für Musiker-Gesundheit in Berlin, genannt nach einem der Pioniere des Fachs (das in Berlin eine lange Tradition hat), dem Nervenarzt Kurt Singer, und angesiedelt anfangs in der Universität der Künste und der Musikhochschule Hanns Eisler. Außer Diagnostik, der Vermittlung von Therapie und Forschung gehört an erster Stelle die Prävention zu den Arbeitsschwerpunkten des Instituts. Was Möller Kummer bereitet: Seit er sich 2007 als Leiter in den Ruhestand verabschiedet hat, wurde die Stelle des Ärztlichen Leiters noch nicht wieder besetzt. Aber die Hanns Eisler-Musikhochschule, die das Institut jetzt ganz übernommen hat, bemüht sich sehr darum.

Rosemarie Stein

Helmut Möller zum 70. Geburtstag



Als Sechsjähriger beginnt er mit dem Cellospiel, bleibt dem Instrument über viele Jahre als Kammermusiker in einem Trio und seit 1997 als Mitglied des Akademischen Orchesters Berlin treu. In den 70er Jahren treibt ihn im Auftrag des Internationalen Roten Kreuzes sein politisches Engagement als Arzt längere Zeit nach Ostpakistan und Vietnam.

1989 nimmt er einen Ruf an die Alice-Salomon-Hochschule Berlin für die Fächer Sozialpsychiatrie und Sozialmedizin an. Im Rahmen eines Forschungssemesters an der Universität San Francisco trifft er 1993 auf die Musikermedizin. Von da an verbindet sich für Helmut Möller die Leidenschaft für die Musik und seine ärztliche Identität in idealer Weise. Davon zeugen nach Gründung des Kurt Singer-Instituts seine zahllosen nationalen und internationalen Aktivitäten, die Musikermedizin als eigenständiges Fach in der Medizin zu verankern.

Die Anerkennung, die er von Medizinern, prominenten Musikern, bekannten Orchestern und zahllosen, seine Sprechstunde füllenden Musikstudenten, bekommt, verdankt er seinem sympathischen Umgang mit Menschen, seiner Begeisterungsfähigkeit, seiner Mehrsprachigkeit und seiner unermüdlichen Kooperationsbereitschaft.

Der Glückwunsch zu seinem Geburtstag am 24.7.2011 soll ihn zur Weiterarbeit motivieren.

Horst Petri, Berlin



TITELTHEMA

Grundsatzfragen an der Kieler Förde

Bericht vom 114. Deutschen
Ärztetag in Kiel

Von Sascha Rudat.....14



EDITORIAL

Gewählt!

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

EHEC wieder präsent

Informationen des Robert
Koch-Instituts 13

BERUFS- UND GESUND- HEITSPOLITIK

Ärzte sagen Politikern die Meinung

Bericht vom ersten Grünen Ärztetag
in Berlin
Von Rosemarie Stein.....22

Mehr Transplantate durch die Gewebebank Berlin-Branden- burg

Von Claus Wesslau25

Risikoberuf Musiker

Von Rosemarie Stein
.....4

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen 10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin 20

PERSONALIEN

Zum Tode von Heinz Heidrich 28

BUCHBESPRECHUNG

Geißler, Erhard: Drosophila oder die Versuchung 28

FEUILLETON

Walther Ludwig, Sänger und Arzt

Von Rosemarie Stein 29

PatientenLeitlinie „Herzschwäche“ erschienen

Die PatientenLeitlinie „Herzschwäche“ ist jetzt veröffentlicht worden und steht unter <http://www.versorgungsleitlinien.de/patienten/hiinfo> zum kostenlosen Download bereit. Mit diesem Ratgeber werden die Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) „Chronische Herzinsuffizienz“ für Betroffene verständlich aufbereitet. Herzinsuffizienz gehört in Deutschland zu den häufigsten Diagnosen bei vollstationären

Patienten. Als Todesursache stand sie im Jahr 2007 bei den Männern an vierter, bei den Frauen an zweiter Stelle. Die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) „Chronische Herzinsuffizienz“ hat zum Ziel, die Versorgung dieser chronischen Erkrankung zu verbessern. Auf der Grundlage der aktuellen Literatur werden Empfehlungen zum optimalen Vorgehen bei Diagnose und Behandlung ausgesprochen. Jetzt ist die Patientenversion dieser Leitlinie



Herzschwäche
(zur Nationalen VersorgungsLeitlinie
Chronische Herzinsuffizienz)

Barrierefreie Internetversion
Version 1.0 vom 09. Mai 2011

Foto: freeday / Quelle: photocase.com

Diese PatientenLeitlinie ist die Patientenversion der „Nationalen VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz“. Zum Nachweis der wissenschaftlichen Belege gelten die dort angeführten Quellen.

www.herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de

Bundesärztekammer Kassenärztliche Bundesvereinigung Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

© 2011

erschienen. Sie übersetzt die Empfehlungen der ärztlichen Leitlinie laienverständlich, informiert über Hintergründe und Ursachen der Erkrankung und bietet weiterführende Links und Adressen.

Die PatientenLeitlinie „Herzschwäche“ wurde von Patientenvertretern erstellt und von den ärztlichen Experten der NVL geprüft. Betreuung und Redaktion erfolgten durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Die Kommentare aus einer öffentlichen Konsultationsphase wurden von den Autoren gesichtet und teilweise berücksichtigt.

Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien steht unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Mit der Durchführung wurde das

Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin beauftragt. Zu ausgewählten Krankheitsbildern arbeiten Experten verschiedener Organisationen zusammen, um im Rahmen der strukturierten Versorgung chronisch kranker Menschen die angemessene und evidenzbasierte Patientenversorgung darzustellen. PatientenLeitlinie Herzschwäche (barrierefreies PDF-Dokument) <http://www.versorgungsleitlinien.de/patienten/pdf/nvl-hi-patienten.pdf> Nationale VersorgungsLeitlinie chronische Herzinsuffizienz <http://www.herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de> (Übersichtsseite) Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien <http://www.versorgungsleitlinien.de> PatientenLeitlinien des ÄZQ im Überblick <http://www.patienteninformation.de/patientenleitlinien> Ansprechpartner: Corinna Schaefer, schaefer@azq.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk

Dr. med. Christian Ehrig hat zum März 2011 die Nachfolge als Chefarzt von Dr. Wolfram Keller in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit internistischem Schwerpunkt übernommen. Dr. Wolfram Keller wurde in den Ruhestand verabschiedet. Ehrig arbeitete nach seiner Ausbildung als Internist und Facharzt für Psychosomatische Medizin an der Universitätsklinik Heidelberg 14 Jahre als Oberarzt.

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

Dr. Andreas Kauert ist am 1.3.2011 zum Chefarzt der Abteilung für Neurologie, die er bereits in den letzten zweieinhalb Jahren kommissarisch leitete, ernannt worden.

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

DRK Kliniken eröffnen Hybrid-OP

Berlins erster gefäßchirurgischer Hybrid-Operationssaal ist am 14. Mai 2011 in den DRK Kliniken Berlin-Mitte eröffnet worden. In dem Hightech-OP sind sowohl diagnostische Maßnahmen als auch gefäßchirurgische Eingriffe möglich. Der Saal verfügt über ein flexibel steuerbares, hochauflösendes Durchleuchtungsgerät (Digitale Angiografieanlage), mit dem Gefäße dargestellt werden können sowie über einen knapp drei Meter langen, kipp- und längsverschiebbaren Röntgentisch, der zugleich als Operationstisch dient.

Künftig werden hier zum Beispiel Patienten mit lebensgefährlichen Aussackungen der Hauptschlagader mit einem beschichteten

Stent, der in der Regel über die Leistenschlagader eingeführt wird, behandelt. Zudem werden Patienten, bei denen Gefäße verstopft sind und wieder eröffnet werden müssen (Ballonkatheter), therapiert. Wenn es der individuelle Fall erfordert, kann der minimal-invasive Eingriff mit einer konventionellen Bypassoperation kombiniert werden.

Der Operateur kann während großer Gefäßoperationen jederzeit Röntgenaufnahmen durchführen. Mit einem „Joystick“ navigiert der Arzt die Röntgenanlage und die optimale Lage des Patienten. Noch während des Eingriffs wird so die Qualitätskontrolle



Foto: DRK Kliniken Berlin

der Behandlung durchgeführt. „Dringliche Gefäßnotfälle können künftig im neuen OP von ein und demselben Team sowohl diagnostiziert als auch therapiert werden“, sagt der neue Chefarzt der Gefäßchirurgie, Dr. med. Peter Dollinger.

Kammervorstandsmitglied Dr. med. Kilian Tegethoff (Foto: Im Gespräch mit Dr. med. Brigitte Schwalbe, Chefarztin der Interdisziplinären Ret-

tungsstelle und Notaufnahme in den DRK Kliniken Berlin) erklärte anlässlich der Eröffnung:

„Mit diesem neuen Hybrid-OP bekräftigt die DRK-Schwes-ternschaft ihre Verbundenheit zum Standort Wedding. Doch nicht nur die Weddinger, sondern alle Berlinerinnen und Berliner sowie auch überregionale Patienten werden davon profitieren.“

ANZEIGEN

Tarifpolitik

MB kritisiert Tarifgehälter an Unikliniken

Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund kritisiert, dass die Tarifgehälter von Ärzten der universitären Spitzenmedizin deutlich hinter den Gehältern von Ärzten an anderen Kliniken zurückliegen. „Fachärztinnen und Fachärzte an Universitätskliniken verdienen mittlerweile bis zu 10 Prozent weniger als ihre Kolleginnen und Kollegen an anderen Kliniken“, heißt es in einem Beschluss der 119. Hauptversammlung des Marburger Bundes in Kiel.

Auch im Vergleich mit anderen akademischen Berufsgruppen schneiden Ärzte an Universitätskliniken deutlich schlechter ab. Nach einer Erhebung der IG

Metall über typische Einstiegsgehälter für Universitätsabsolventen der Naturwissenschaften (Mathematik, Physik, Chemie) und Ingenieurwissenschaften (Maschinenbau und Elektrotechnik) beträgt das monatliche Einstiegsentgelt auf der Grundlage einer 35-Stunden-Woche 4.117 Euro. Selbst bei einer 42-Stunden-Woche und damit einer um 20 Prozent längeren Arbeitszeit bleibt ein Uni-Arzt mit lediglich 3.892 Euro deutlich darunter.

„Der Marburger Bund wird dies im Rahmen der anstehenden Tarifverhandlungen mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder zu berücksichtigen haben“, erklärten die Delegierten.

Personalie



Ungarische Uni zeichnet Volkmar Schneider aus

In der ungarischen Botschaft hat am 7. Juni in Berlin die Veranstaltung „Forschung und Innovation in Europa – wohin geht die Reise?“ stattgefunden.

Im Rahmen dieser Veranstaltung wurde der ehemalige Leiter des Instituts für Rechtsmedizin der Charité, Professor Dr. Volkmar Schneider, in Anwesenheit des Botschafters der Republik Ungarn, S.E. Dr. József Czukor, mit der Semmelweis-Universitätsmedaille ausgezeichnet. Die Übergabe der Medaille erfolgte durch den Vizerektor der Semmelweis Universität für Medizin, Budapest, Professor Dr. Miklós Tóth. In dem Text der Urkunde heißt es: „Die Semmelweis Universität verleiht Herrn Prof. Dr. Volkmar Schneider, ehemaliger Professor der Freien Universität und der Humboldt Universität Berlin in Anerkennung seiner langjährigen Verdienste um die Partnerschaft zwischen dem Institut für Rechtsmedizin der Semmelweis Universität Budapest und dem Institut für Rechtsmedizin der Charité Berlin die Semmelweis Universitätsmedaille.“

ANZEIGE

*Impfstoffe***Wirkungsverlust bei Minusgraden**

In den USA wurden Kühlschränke in regionalen ambulanten Gesundheitszentren untersucht. Nur 58 % der überprüften Kühlschränke wiesen die u.a. für Impfstoffe vorgeschriebene Lagerungstemperatur auf (2–8 °C). Bei zu kalter Lagerung verklumpen die Adsorbentien und der Impfstoff wird inaktiviert. Die Anzahl von Pertussiserkrankungen in einzelnen Regionen war korre-

liert mit einer Lagerung bei Minusgraden. In der Praxis sollten Impfstoffe nur in geeigneten Kühlschränken mit Temperaturüberprüfung (z.B. mit Min-Max-Thermometer) gelagert werden. Da in Apotheken in der Regel Kühlschränke mit verschiedenen Temperaturzonen vorhanden sind, wird empfohlen, nur den geschätzten Tagesbedarf an Impfstoffen dort abzurufen. Ein kurzfristiges geringes Überschreiten der Lagerungstemperatur sollte in der Regel zu keinem Wirkungsverlust führen.

Quelle: Am J Pub Health 2011; 101:46, zitiert in Ärztezeitung 2011, Nr. 70, S.4

*H1N1-Impfstoff***Narkolepsie**

Am Beispiel des Pandemie-Impfstoffes Pandemrix® kann nachvollzogen werden, wie schwierig eine Ermittlung des Kausalzusammenhanges zwischen der Gabe eines Impfstoffes (oder auch eines Arzneistoffes) und dem Auftreten einer seltenen unerwünschten Wirkung (hier: Narkolepsie, vor allem bei Kindern und Jugendlichen bis 20 Jahren) sein kann. Wobei erschwerend hinzukommt, dass die Ursache(n) einer Narkolepsie noch ungeklärt sind. In Schweden wurde ein vierfach, in Finnland ein neunfach erhöhtes Risiko festgestellt, in Deutschland wurden nur einzelne Verdachtsfälle berichtet. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin führt das zuständige Paul-Ehrlich-Institut (PEI) eine epidemiologische Studie durch, um dem Verdacht nachzugehen.

Um Mithilfe der Schlaflabore, der Hausärzte und der betroffenen Patienten wird gebeten.

Quelle: Bull. Zur Arzneimittelsicherheit, März 2011, Nr. 1, S. 19-21

*Lokalanästhetika***Toxische Methämoglobinämie**

Bei einer 19-jährigen Patientin wurde unter Blockanästhesie mit 2 x 26 ml 2% Prilocain (Xylonest®) und 2 x 12 ml 0,5 % Bupivacain (Carbostesin®, Generika) eine ambulante Spreizfußoperation durchgeführt. Es trat eine Hypoxämie auf, die sich auch unter hochdosierter Sauerstofftherapie nicht besserte und eine Überführung in eine klinische Notfallambulanz erforderte. Nach Gabe von Methylenblau und Ascorbinsäure besserte sich der Zustand der Patientin innerhalb von wenigen Stunden. Vor allem Lokalanästhetika können, auch bei topischer Anwendung z.B. als Spray in der Bronchoskopie oder Gastroskopie, eine Methämoglobinämie induzieren. Bei Sauerstofftherapie-resistenter Hypoxämie mit zentraler Zyanose und entsprechender Verdachtsdiagnose ist die Gabe von 1–2 mg/kg KG Methylenblau indiziert. Kontraindikation: Glukose-6-Phosphatdehydrogenase-Mangel (vermindertes NADPH).

Quelle: Dt.med.Wschr. 2011; 136: 762-4

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

EHEC wieder präsent

Im Mai 2010 begann ein EHEC/HUS-Geschehen in Deutschland, vorwiegend in Norddeutschland, bei dem es sich um den bislang größten Ausbruch in Deutschland handelt. EHEC (Enterohämorrhagische Escherischia coli), die in der Routine bei gastrointestinaler Symptomatik insbesondere mit blutigem Stuhl generell besonders berücksichtigt werden sollten, gehören zu einem der darmpathogenen E. coli-Stämme. Klinisch relevant in dieser Bakterienart sind auch EPEC (enteropathogene E.coli), ETEC (enterotoxische E.coli), EIEC (enteroinvasive E.coli) und EAEC (enteroaggregative E.coli), die zum Teil ähnliche Eigenschaften zeigen.

EHEC sind in der Lage, Shigatoxine (auch Shiga-like-Toxine, SLT bzw. Verotoxine, VT) zu bilden. Sie werden entsprechend unter STEC bzw. VTEC zusammengefasst.

Serologisch werden die Stämme nach dem O- (Zellwand-) und dem H- (Geißel-) Antigen unterschieden. Nach ersten Untersuchungen des Konsiliarlabors für das hämolytisch-urämische Syndrom (HUS) in Münster und dem Nationalen Referenzzentrum für Salmonellen und andere Enteritisererger am RKI (Standort Wernigerode) handelt es sich bei dem Ausbruchstamm um den seltenen, aber bereits bekannten Serotyp O104:H4, auch HUSECo41. Dieser EHEC-Stamm enthält auch Merkmale des EAEC.

Ausbruchsbekannt war bisher besonders der Serotyp O157:H7, der den Intestinaltrakt von Rindern besiedelt. Kontaminiertes Fleisch und Milch stellen entsprechend eine Infektionsquelle dar. Eine Übertragung ist auch fäkal-oral möglich, weitere bekannte Ursachen sind kontaminierte Lebensmittel wie rohes Gemüse und Obst.

Für EHEC-Ausbrüche ungewöhnlich ist im aktuellen Geschehen die Al-

tersverteilung. Diesmal sind insbesondere Erwachsene betroffen.

EHEC-Infektionen können subklinisch verlaufen. Schwere enterohämorrhagische Verlaufsformen werden durch die Toxinwirkung verursacht. Durch eine EHEC-Infektion kann das hämolytisch-urämische Syndrom (HUS) ausgelöst werden. Das Krankheitsbild ist im Vollbild durch eine Thrombozytopenie, mikroangiopathische hämolytische Anämie sowie einem Nierenversagen gekennzeichnet.

HUS kann bei schweren Verläufen eine Indikation für die Anwendung der Plasmapherese darstellen. Unter Umständen benötigen diese Patienten auch Bluttransfusionen und eine Hämodialyse. Die Sterblichkeit liegt bei ca. 5 %, zudem besteht die Gefahr eines chronischen Nierenversagens.

Ebenfalls ungewöhnlich ist die Zahl neurologischer Erscheinungsbilder. Sowohl HUS als auch die neurologische Symptomatik können sich parallel oder nach nur blander gastrointestinaler Symptomatik entwickeln.

Eine antibiotische Therapie ist in der Regel nicht indiziert, da hierdurch die Toxinfreisetzung stimuliert werden kann und damit die Wahrscheinlichkeit eines komplizierten Krankheitsverlaufs erhöht würde. Diese Wirkung konnte aber nicht für alle Antibiotika nachgewiesen werden.

Bei schwerwiegenden Verläufen, die nicht auf die konventionelle Therapien ansprechen oder diese kontraindiziert ist, werden experimentelle Therapien eingesetzt.

Weitere Informationen zur Therapie sind bei den wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu finden (<http://www.dgi-net.de/> und <http://www.dgfn.eu/>). Ein Ratgeber für Ärzte zum Thema EHEC ist auf der Website des RKI (www.rki.de) abrufbar.



Fortbildung »Hygiene in der Arztpraxis«

Ab September 2011 veranstaltet die MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH auch Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Hygiene in der Arztpraxis“. Diese 4-stündige Fortbildung richtet sich in erster Linie an Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte aus niedergelassenen Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren. Im Rahmen dieser Fortbildung werden Grundlagen der Mikrobiologie und Erregerübertragung vermittelt. Es wird auf die gesetzlichen Grundlagen zur Infektionsprophylaxe in einer Arztpraxis eingegangen. Weiterhin werden die wesentlichen Inhalte eines Hygieneplanes vermittelt sowie Hilfestellungen zum Erstellen dieses Planes gegeben.

Der Umgang mit kritischen Erregern und multiresistenten Keimen ist ein weiterer Teil dieser Fortbildung.

Insgesamt sollen den Teilnehmerinnen/Teilnehmern Kenntnisse für ein effektives Hygieneregime in der ärztlichen Praxis vermittelt werden.

Die Aufbereitung von Medizinprodukten ist nicht Inhalt dieser Fortbildung.

Sie findet erstmalig am **07.09.2011 14:00 - 18:00 Uhr** in den Räumen der MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH in der Rudolfstraße 9 statt.

Das Anmeldeformular finden Sie auf unserer Homepage (<http://www.mut-gesund->

http://www.mut-gesund.de/fo_hygiene.htm). Für Fragen zu beiden Kursen steht Ihnen Herr Michael Biertümpel, MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH, Tel.: 030 - 29 33 02 25, E-Mail: michael.biertuempel@mut-gesundheit.de zur Verfügung.

Fortbildungen

Impfungen in der Praxis

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

Termin: Sonnabend, 03.12.2011, 9.00 - 17.30 Uhr

Kursleitung: Dr. med. Christian Schönfeld (ehem. Leiter der Reisemedizinischen Ambulanz am Institut für Tropenmedizin, Berlin)

Kursgebühr: 100 EUR (inkl. Verpflegung)

Fortbildungspunkte: 10

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung: Ärztekammer Berlin (Tel.: 40806 1215 / Fax: 40806 55-1399 / E-Mail: fb-aag@aekb.de)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden- Kurs Qualitätsmanagement nach



dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2011 als Kompaktkurs innerhalb von vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 26.09. bis 01.10.2011 / Woche 2: 07.11. bis 12.11.2011 / Woche 3: 12.12. bis 17.12.2011 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.: 40806-1207 (Organisation), Tel.: 40806-1400 (C. Markl-Vieto, Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2011@aekb.de

Weiterbildung

Es sind noch Plätze frei

im neuen Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin (zum Facharzt für Allgemeinmedizin nach WbO 1994 – 3) ab 24.08.2011

Kursleitung: Dr. med. N. Jacob

Termine: jeweils mittwochs 19:00 - 21:15
24.08.11, 07.09.11, 21.09.11, 19.10.11, 02.11.11, 16.11.11,
30.11.11, 14.12.11, 11.01.12, 25.01.12, 15.02.12, 29.02.12,
14.03.12, 28.03.12

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 128,-- €

Information Telefon: 030/40806-1203
und Anmeldung: E-Mail: a.hellert@aekb.de

Der Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin der Ärztekammer Berlin beinhaltet die laut Weiterbildungsordnung geforderten Blöcke Allgemeinmedizin 1, 14, 18 und 19 (insgesamt 42 Std.).

Der Kurs wird mit insgesamt 42 Punkten auf das Fortbildungszertifikat angerechnet.

Ärztammer Berlin fordert Reform des Gesundheitsfonds und des G-BA

Die Ärztekammer Berlin hält die Kritik am Gesundheitsfonds für berechtigt. „Sowohl der Gesundheitsfonds als auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) müssen dringend grundlegend überarbeitet werden“, forderte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz in einer Presseerklärung und bemängelte, dass beide Einrichtungen zentrale Säulen eines staatlich diktierten Gesundheitssystems seien. Auf der einen Seite regle der Gesundheitsfonds durch

die Festlegung von staatlich vorgegebenen Krankenkassenbeiträgen die Geldmenge im Gesundheitssystem. Auf der anderen Seite reguliere der G-BA durch bürokratische Vorgaben die medizinische Versorgung.

Hinzu kommt, dass der G-BA intern schief aufgestellt ist und eine fragwürdige demokratische Legitimation aufweist, wie Jonitz weiter ausführte. Hier sei dringend mehr ärztlicher Sachverstand nötig, um

der Dominanz der Krankenkassen im G-BA zu begegnen. „Das alles sind Wesensmerkmale eines staatlich verordneten Gesundheitssystems, das – wie sich jetzt wieder gezeigt hat – nicht funktioniert.“

Gesundheitsminister Bahr ist deshalb dringend aufgefordert, durch eine Reform des Gesundheitsfonds und eine Neuordnung des G-BA freiheitlich-liberale Grundwerte in das deutsche Gesundheitswesen einzugleiten zu lassen“, mahnte Jonitz.

Es habe sich gezeigt, dass staatlich geführte Gesundheitssysteme wie beispielsweise in Großbritannien weder besser noch billiger seien und vor allem die Patienten benachteiligten.

„Den Weg in diese Richtung dürfen wir in Deutschland nicht weitergehen. Ärztinnen und Ärzte genauso wie Pflegekräfte arbeiten nicht auf Anweisung, sondern aus eigenem Antrieb. Das muss unterstützt werden“, fügte der Berliner Kammerpräsident hinzu.

Krankenkassen

City BKK-Pleite: Berliner Ärzte lassen Versicherte nicht im Stich

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin und die Ärztekammer Berlin haben versichert, dass Patienten der am 30. Juni geschlossenen City BKK auch weiterhin in gewohntem Umfang behandelt werden. „Die Berliner Ärztinnen und Ärzte lassen ihre Patienten nicht im Stich“, erklären KV-Vorsitzende Dr. med. Angelika Pohn und Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz gemeinsam.

Bis zum 30. Juni konnten Patienten der City BKK ganz normal mit ihrer Versichertenkarte den Arzt aufsuchen. Die erbrachten Leistungen werden wie gewohnt über die KV Berlin abgerechnet. Nach dem 1. Juli besteht weiterhin ein Behandlungsanspruch der Patienten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie einen gültigen Versicherungsnachweis erbringen. „Das muss noch nicht die neue Krankenkassenkarte sein, eine sogenannte provisorische Krankenkassenkarte reicht aus“, erklärt Pohn. „Kommt ein Patient nach dem 1. Juli in die

Praxis und hat sich noch nicht für eine neue Kasse entschieden, wird er selbstverständlich behandelt. Dies kann innerhalb der gesetzlich geregelten Frist auch ohne Nachweis erfolgen. In solchen Fällen ist der Arzt verpflichtet, eine private Rechnung auszustellen“, führt Pohn weiter aus. Wird der Versicherungs-Nachweis bis zum Quartalsende beim behandelnden Arzt nachgereicht, sei die vom Versicherten entrichtete Vergütung zurückzahlen, betont Pohn. Die KV Berlin hat die Berliner Kassenärzte bereits mit einer Sonderausgabe des Praxisinformationsdienstes über die Einzelheiten informiert: http://www.kvberlin.de/zopraxis/80service/85praxisinformationsdienst/pid_07_2011.pdf

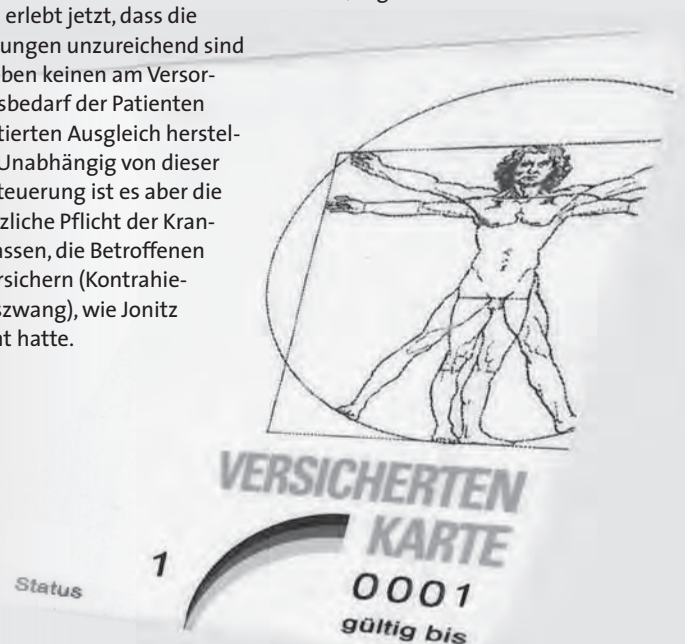
„Der Risikostrukturausgleich ist in der jetzigen Form gescheitert, wenn einzelne Krankenkassen City BKK-Patienten aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustandes abweisen“, erklärt Kammerpräsident Jonitz, „hier ist

der Gesetzgeber dringend gefordert, Abhilfe zu schaffen.“

Grundsätzlich soll über den so genannten Morbi-RSA ein Ausgleich erfolgen, wenn die Verteilung von Versicherten mit einer hohen Leistungsanspruchnahme unter den Krankenkassen ungleich ist.

„Man erlebt jetzt, dass die Regelungen unzureichend sind und eben keinen am Versorgungsbedarf der Patienten orientierten Ausgleich herstellen.“ Unabhängig von dieser Fehlsteuerung ist es aber die gesetzliche Pflicht der Krankenkassen, die Betroffenen zu versichern (Kontrahierungszwang), wie Jonitz betont hatte.

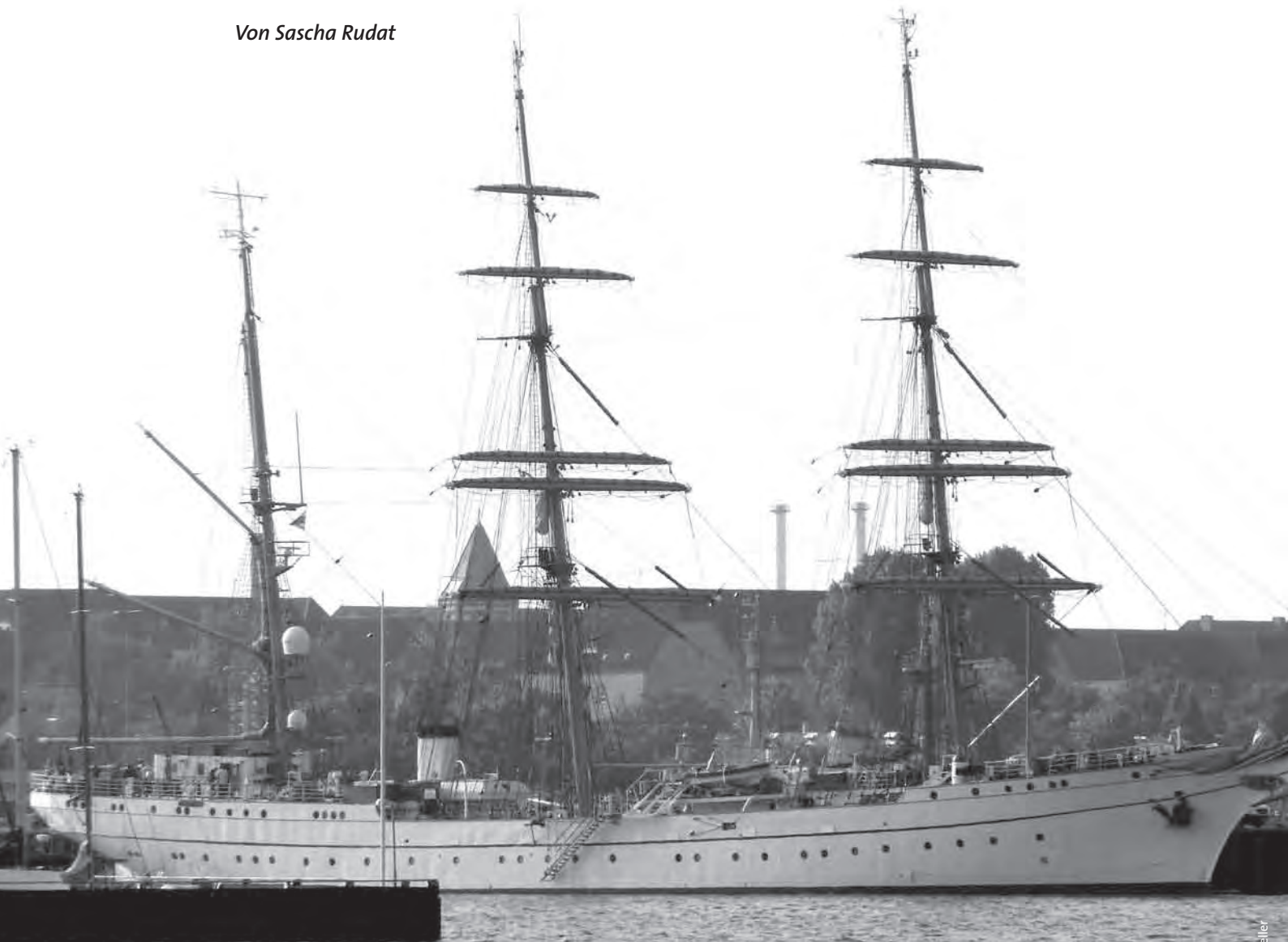
„Wir können uns der Forderung der Ärztekammer nur anschließen. Es kann nicht sein, dass Kassen Patienten ablehnen, nur weil sie krank und alt sind. Wir dringen darauf, hier schnellstmöglich eine Lösung zu finden – gerade vor dem Hintergrund, dass bereits über weitere insolvente Kassen spekuliert wird“, sagt Pohn.



Grundsatzfragen an der Kieler Förde

Präimplantationsdiagnostik, Sterbehilfe, Palliativmedizin – Die 250 Delegierten des 114. Deutschen Ärztetages in Kiel haben sich intensiv mit ethischen Grundsatzfragen beschäftigt. Die Diskussionen des Ärzteparlamentes, das vom 30. Mai bis zum 2. Juni in der schleswig-holsteinischen Landeshauptstadt tagte, waren von einer großen Ernsthaftigkeit und dem Ringen um gemeinsame Positionen geprägt, woran sich die Berliner Delegierten gewohnt rege beteiligten. Spannender Höhepunkt des diesjährigen Ärztetages war die Wahl des Nachfolgers des langjährigen Bundesärztekammerpräsidenten Professor Jörg-Dietrich Hoppe, der nicht mehr angetreten war. Der Hamburger Ärztekammerpräsident Dr. Frank Ulrich Montgomery konnte die Wahl vor dem Berliner Kammerpräsidenten Dr. Günther Jonitz für sich entscheiden.

Von Sascha Rudat



Bericht vom 114. Deutschen Ärztetag in Kiel



Foto: K. Möhrle
Gesundheitsminister Bahr und der scheidende Bundesärztekammerpräsident Hoppe

Mit angegriffener Stimme hielt der scheidende Jörg-Dietrich Hoppe seine letzte Eröffnungsrede im Kieler Schloss. Dabei brachte er gewohnt pointiert einige der wichtigsten Baustellen des deutschen Gesundheitswesens auf den Punkt. So begrüßte er grundsätzlich die von der Bundesregierung vorgelegten Pläne für ein so genanntes Versorgungsstrukturgesetz. Allerdings seien weitreichendere Reformen notwendig, um den grassierenden Ärztemangel in Deutschland wirksam zu bekämpfen.

Hoppe verwies in diesem Zusammenhang auf die schlechten Arbeitsbedingungen, unter denen Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis ihrer täglichen Arbeit nachgehen müssten. „Zu oft noch sind Familie und Beruf nicht miteinander vereinbar. Und immer noch treibt der Bürokratiewahn selbst hartgesottene Ärzte frühzeitig aus der Niederlassung.“ Hoppe forderte zudem eine stärkere Beteiligung der Ärztekammern bei der ärztlichen Bedarfsplanung im Versorgungsstrukturgesetz zu verankern. „Nur die Ärztekammern können

das zentrale Bindeglied zwischen allen Ebenen der ärztlichen Versorgung bilden.“

Dringend reformiert werden muss laut Hoppe auch die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). „Zu lange schon bietet die GOÄ keine wirkliche Rechtssicherheit mehr und zu lange schon werden wir wegen der notwendigen Interpretationen und Analogbestimmungen in eine kriminelle Ecke gestellt“, kritisierte Hoppe. Die BÄK habe nach jahrelanger Vorarbeit hierfür einen betriebswirtschaftlich sauber durchkalkulierten Vorschlag gemacht. „Wir brauchen die Reform der Gebührenordnung jetzt, in dieser Legislaturperiode, auf der Basis unseres Vorschlags und ohne Öffnungsklausel“, forderte Hoppe mit Blick auf den anwesenden neuen Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP).

Hoppe stimmte in seiner Rede auch selbstkritische Töne an und forderte die Ärztinnen und Ärzte zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Individuellen Gesundheitsleistungen

(IGeL) auf. Hoppe betonte, es sei nicht immer leicht, „eine genaue Grenze zu ziehen, zwischen dem, was medizinisch notwendig ist, und dem, was von den Patienten als Wunschleistung gefordert und auch noch ärztlich empfehlenswert und vertretbar ist“. Es dürfe aber auf gar keinen Fall der Eindruck entstehen, bei IGeL-Leistungen gehe es nur um zusätzliche Einnahmen. „Ärzte sind keine Kaufleute“, machte er deutlich.

Gefällige Ministerrede

Kaum 19 Tage im neuen Amt musste sich Bahr dem höchsten deutschen Ärztegremium stellen. Doch als langjähriger Gesundheitspolitiker – zuletzt als Staatssekretär – wusste er, welche Punkte er ansprechen musste, um den Ärztinnen und Ärzten zu gefallen – und welche Punkte er besser nicht ansprach oder im Vagen ließ. Bahr machte von Anfang an deutlich, dass er den von seinem Vorgänger Philipp Rösler eingeschlagenen Kurs fortsetzen wolle. „Dialogbereitschaft“ kündigte er an. Eigentlich eine Selbstverständlichkeit, die unter der ehemaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) eben keine Selbstverständlichkeit war. Bahr hingegen dankte den Ärzten für ihren Einsatz für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung – die Delegierten hörten es gerne. Ansonsten offerierte er einen bunten Strauß an Allgemeinplätzen: Mehr Freiheit, weniger Bürokratie, weniger staatliche Einflussnahme. Mit Stolz verwies er auf den Entwurf des Versorgungsgesetzes, mit dem Ärzte u.a. in unterversorgte Gebiete gelockt werden sollen und erteilte „Zwang und Planung“ eine klare Absage. Weit weniger klar war Bahr beim drängenden Thema GOÄ: „Wir fangen einfach mal an“ klang nicht nach einer zügigen Umsetzung einer neuen GOÄ in der noch etwas über zwei Jahren dauernden Legislaturperiode.

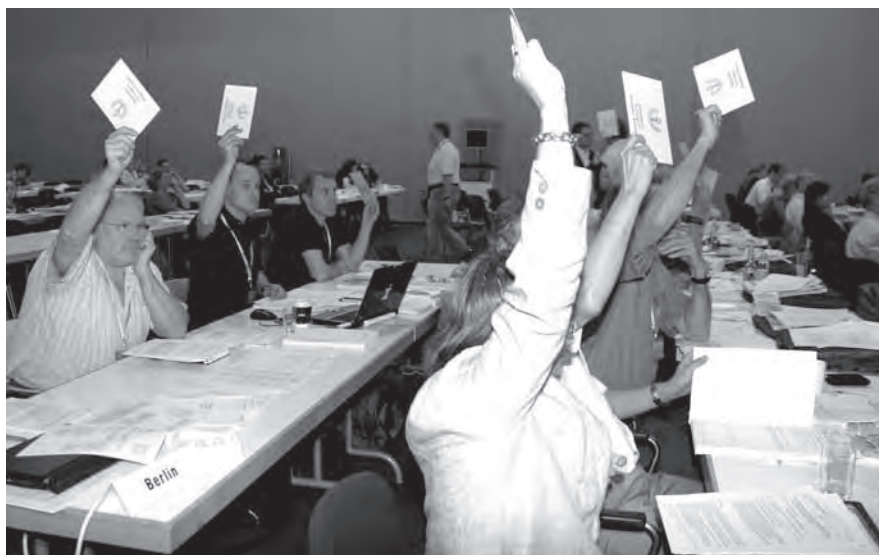
„Nicht einlullen lassen“

Der Berliner Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz warnte dann auch zu Beginn des Ärztetages davor, sich von der Freundlichkeit der Politik einlullen zu lassen: „Wir schützen die Patienten vor den fehlsteuernden Einflüssen der Politik.“ Jonitz kritisierte zugleich die Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Gesundheitswesen und plädierte für einen stimmberechtigten Sitz der Bundesärztekammer in dem Gremium, das seiner Ansicht nach bislang ein „autoritäres und mechanistisches Weltbild“ pflegt.

Die Delegierten forderten schnelle gesetzliche Regelungen, um den fortschreitenden Ärztemangel in Deutschland zu bekämpfen. Wegen der zunehmenden Engpässe in der Versorgung müsse die Politik unverzüglich Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ergreifen. Auch die Attraktivität des Arztberufes müsse gesteigert werden. Der Berliner Delegierte Professor Harald Mau brachte es auf den Punkt: „Jungen Ärzten kann man nicht mit Sprüchen und Worten helfen. Die wirtschaftlichen Bedingungen müssen verbessert werden. Alles andere sind warme Worte.“



Der Berliner Delegierte Prof. Harald Mau: „Nicht nur warme Worte.“



Die Berliner Delegierten stimmen ab

Insgesamt begrüßten die Delegierten des Ärzteparlaments das Vorhaben der Koalition, mit dem Versorgungsstrukturgesetz dem Ärztemangel entgegentreten zu wollen. Der Ärztetag hob hervor, dass in den Gesetzesplänen zahlreiche Vorschläge der Ärzteschaft berücksichtigt würden. Kritik äußerten die Delegierten an den Regelungen für die Bedarfsplanung. Sie forderten, die Bedarfsplanung nach Verhältniszahlen in der ambulanten Versorgung anzuheben und sprachen sich für eine sektorübergreifende Versorgungsplanung aus, bei der die Ärztekammern beteiligt werden müssten. Diese seien das zentrale Bindeglied zwischen allen Ebenen der ärztlichen Versorgung, da sie als einzige Institution den Berufsweg der Ärztinnen und Ärzte über alle Versorgungsbereiche hinweg begleiteten, so das Ärzteparlament. Der Berliner Delegierte Dr. Volker Pickerodt erklärte, dass der Ärztemangel nicht nur ein Problem auf dem flachen Lande, sondern auch in den Metropolen sei. Er kritisierte, dass die Berliner KV bislang an einem Versorgungsbezirk für ganz Berlin festhalten will.

Die Delegierten warnten vor drohenden Versorgungsengpässen in der hausärztlichen Versorgung. Sie forderten aus diesem Grund, die Rahmenbedingungen für Hausärzte zu verbessern. Finanzielle

Anreize und die Entwicklung neuer Arbeits- und Niederlassungsmodelle würden dazu beitragen, die hausärztliche Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Als mögliche Maßnahmen fordert der Ärztetag Niederlassungsberatungen, Ansiedlungsunterstützung sowie mehr Kindergartenplätze und andere Betreuungsangebote. Vor allem die Länder und Kommunen seien hier in der Pflicht, eine angemessene Infrastruktur für junge niederlassungswillige Ärzte zu schaffen.

Reizthema GOÄ

Die Delegierten nahmen Minister Bahr in die Pflicht und forderten die Regierungskoalition auf, die GOÄ-Reform schnell auf den Weg zu bringen und noch in dieser Legislaturperiode zu implementieren. Das Leistungsverzeichnis sei komplett veraltet, kritisierte das Ärzteparlament. Zudem sei eine Anpassung an die Kostenentwicklung erforderlich. „Seit 1983 wurde der Punktwert der GOÄ um 14 Prozent angehoben – der Anstieg der Verbraucherpreise betrug im Vergleichszeitraum demgegenüber rund 70 Prozent“, hieß es in dem entsprechenden Beschluss. Grundlage der GOÄ-Novelle soll ein entsprechendes Konzept der Bundesärztekammer sein, das bereits vorliegt. In Anbetracht dieser Vorarbeiten gebe es

keinen Grund, die Novellierung der GOÄ auf die lange Bank zu schieben. In einem weiteren Beschluss forderte das Ärzteparlament, auf die Einführung einer Öffnungsklausel in der GOÄ zu verzichten. Die Klausel würde es ermöglichen, dass ärztliche Leistungen außerhalb der staatlich geregelten Gebührenordnungen auf Grundlage von Separatverträgen zwischen Privatversicherern und Ärzten abgerechnet werden können. Dies würde zu einem existenzgefährdenden und qualitätssenkenden Preiswettbewerb führen. Der neue Bundesärztekammerpräsident Montgomery hatte die GOÄ-Novelle zur Chefsache erklärt. (Siehe auch Editorial auf S. 3)

PID – Eine Grundsatzfrage

Wie zu erwarten wurde die Präimplantationsdiagnostik (PID) kontrovers geführt. So setzte sich das BÄK-Vorstandsmitglied Rudolf Henke für ein striktes Verbot der PID ein. „Wir sollten hier keine pseudowissenschaftliche Entscheidung treffen“, warnte Henke und verwies auf den Bundestag als das entsprechende Entscheidungsgremium. So sprachen sich denn auch vereinzelt Delegierte dafür aus, keine Entscheidung zur PID zu treffen. Dies wurde aber von der Mehrheit der Redner abgelehnt. Der Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Dr. Henning Friebe, unterstrich die Notwendigkeit, sich bei diesem urärztlichen Thema zu positionieren. Berlins Kammerpräsident Jonitz gab zu bedenken, dass es sich bei den Betroffenen um eine sehr kleine Gruppe von Eltern mit schweren Erbkrankheiten handele, von denen man in ärztlicher Verantwortung mit der PID sehr viel Leid nehmen könne. Harald Maurichtete den Blick auf die gesellschaftlichen Realitäten, wo Frauen mit einem behinderten Kind sehr schnell alleine stünden und isoliert seien. Dies könne durch die PID verhindert werden. Insgesamt wurde die Debatte sehr ernsthaft und mit Verständnis für die Position der jeweils anderen Seite geführt. Die Delegierten stimmten schließlich mehrheitlich für eine Zulassung der PID

in engen Grenzen und unter kontrollierten Verfahrensvoraussetzungen. Die Delegierten unterstützen damit ein Memorandum zur PID, das eine gemeinsame Arbeitsgruppe des BÄK-Vorstandes und des Wissenschaftlichen Beirats der BÄK erarbeitet hat. Das Papier zeigt medizinische, ethische sowie rechtliche Argumente für eine begrenzte Zulassung des Verfahrens auf. Der Ärztetag hob hervor, dass nur der Gesetzgeber legitimiert sei, das menschliche Leben elementar berührende Fragen verbindlich zu regeln. „Gestattet der Gesetzgeber die PID in engen Grenzen, wird die Ärzteschaft an einer verantwortungsbewussten Umsetzung – so wie sie in ihrem Memorandum zur PID skizziert ist – nicht zuletzt im Interesse einer optimalen Versorgung und Behandlung der betroffenen Paare umsichtig mitwirken“, heißt es in dem Beschluss des Ärzteparlamentes.

Mehr Informationen zur Organspende

Um die Zahl der Spenderorgane zu erhöhen, sprachen sich die Delegierten dafür aus, die Information der Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organspende und der Transplantationsmedizin zu intensivieren. Ziel müsse es sein, dass möglichst viele Bürger ihre Bereitschaft für eine Organ- und eine Gewebespende erklären. Dabei müsse das Selbstbestimmungsrecht der Bürger gewahrt bleiben. „Wird dieses Recht nicht zu Lebzeiten wahrgenommen und liegt somit keine Erklärung vor, können dem Verstorbenen unter Ermittlung des mutmaßlichen Willens durch Einbeziehung der Angehörigen, Organe und/oder Gewebe entnommen werden“, heißt es in dem Beschluss des Ärztetages.

Einige Delegierte bezweifelten, dass sich mit diesen Maßnahmen die Zahl der Organspender erhöhen lassen kann und forderten ein Widerspruchsmodell, wonach jeder, der keine Organe spenden möchte, dies ausdrücklich erklären muss. Das verabschiedete Konzept soll nun von

der Bundesärztekammer konkretisiert und in die anstehenden parlamentarischen Beratungen des Bundestages über eine Novellierung des Transplantationsgesetzes eingebracht werden.

Klarere Regelung am Lebensende

Intensiv beschäftigten sich die Delegierten und Kiel auch mit dem Lebensende. Sterbegleitung und Palliativmedizin wurden ausführlich diskutiert. Das Ärzteparlament verständigte sich schließlich auf eine Änderung von § 16 der Muster-Berufsordnung (MBO). „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“, so lautet jetzt der Text, um Ärztinnen und Ärzten mehr Orientierung im Umgang mit sterbenden Menschen zu geben. In der bislang geltenden Berufsordnung war ein ausdrückliches Verbot der ärztlichen Suizidbegleitung nicht enthalten. Bislang hieß es, Ärztinnen und Ärzte seien verpflichtet, auf lebensverlängernde Maßnahmen nur dann zu verzichten, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeutet. Die Neufassung des § 16 der MBO soll für mehr Klarheit sorgen. Der scheidende Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, hatte bereits im Vorfeld des Ärztetages erklärt, dass mit der Neuformulierung der MBO für jeden klar sei soll, dass Ärzte keinen Suizid unterstützen dürfen. Künftig müsse und könne man die Vorgaben nicht mehr interpretieren.

Daneben forderte der Ärztetag den weiteren Ausbau von Lehrstühlen für Palliativmedizin an den medizinischen Fakultäten. Bereits seit gut zwei Jahren ist die Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium

vorgeschrieben. Eine zielgerichtete Aus-, Weiter- und Fortbildung müsse nach Ansicht des Ärzteparlaments zudem auf evidenzbasierten Forschungsergebnissen im Bereich der Palliativmedizin beruhen, die auch aus öffentlichen Mitteln finanziell gefördert werden müssten. Das Ärzteparlament sprach sich außerdem für einen Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen aus. Nach Überzeugung des Ärztetages ist der Gesetzgeber gefordert, eine qualitativ hochwertige allgemeine ambulante Palliativversorgung zu ermöglichen, sowie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung kassenübergreifende Verträge zu Grunde zu legen oder eine integrierte palliativmedizinische Versorgung in einer gemeinsamen Vertragsform zu fördern.

Berufsordnung auf dem Prüfstand

Neben § 16 wurde die gesamte MBO auf den Prüfstand gestellt. Brandenburgs Ärztekammerpräsident Dr. Udo Wolter, Vorsitzender des BÄK-Ausschusses „Berufsordnung“, stellte die überarbeitete Version vor. „Wir haben die Berufsordnung unter anderem an eine geänderte Rechtsprechung angepasst und die Vorgaben zu den ärztlichen Berufspflichten durch eine Neustrukturierung justiziabel gemacht. Wir wollten einigen Druck herausnehmen und haben das nicht als Strafgesetzbuch vorgesehen“, erklärte er zur Erläuterung.

Die Berliner Delegierte Eva Müller-Dannecker begrüßte die Überarbeitung: „Wir brauchen konkrete Handlungsanweisungen. Je allgemeiner und schwammiger es ist, umso schwieriger ist die Umsetzung.“ Die Delegierten diskutierten intensiv die einzelnen Paragraphen. Geändert wurde unter anderem die Regelung zur ärztlichen Aufklärung von Patienten. Ärzte sind dazu verpflichtet, ihre Patienten vor einer Behandlung aufzuklären. Nach der neugefassten MBO sollen Ärzte ihren Patienten, so weit dies möglich ist, nach dieser Aufklärung ausreichend Bedenkzeit einräumen. „Damit

wollen wir vor allem bei den Schönheitsoperationen, die medizinisch nicht notwendig sind, sicherstellen, dass Patienten einen vorgesehenen Eingriff noch einmal abwägen können“, sagte Wolter.

Eine weitere Änderung bezieht sich auf die IGeL. Ärzte müssen künftig ihre Patienten vor einer Behandlung schriftlich über die Höhe der Kosten informieren, die erkennbar nicht von der Krankenkasse oder einem anderen Kostenträger erstattet werden.

Außerdem will die neue Berufsordnung Anwendungsbeobachtungen, die zur Verdeckung unzulässiger Zuwendungen durchgeführt werden, einen Riegel vorschreiben. Künftig muss die Vergütung den Leistungen entsprechen, die Ärzte für „Hersteller oder Erbringer von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel oder Medizinprodukten erbringen. Verträge über solche Zusammenschlüsse sind schriftlich abzuschließen und sollen der zuständigen Ärztekammer vorgelegt werden“, heißt es in der MBO. BERLINER ÄRZTE wird sie über die weiteren Einzelheiten der MBO sowie deren Umsetzung in Berlin informieren.

Aktive Berliner

Wie immer waren die Berliner Delegierten sehr aktiv und brachten eine Reihe von Anträgen auf dem Ärztetag ein. So beschloss das Ärzteparlament beispiels-

weise einen Antrag von Harald Mau, Kilian Tegethoff und Christian Handrock, der den Gesetzgeber aufforderte, bei anstehenden Gesetzesnovellierungen dafür Sorge zu tragen, dass sich Kapitalgesellschaften zukünftig nicht mehr an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) beteiligen dürfen bzw. dass bei bestehenden Beteiligungen von Kapitalgesellschaften an MVZ sichergestellt wird, dass die Mehrheit der Anteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht. Auf Antrag von Eva Müller-Dannecker beschloss der Ärztetag die Forderung, dass öffentlich geförderte Betreuungsangebote für Kinder stärker an den Bedarf der Gesundheitseinrichtungen ausgerichtet werden, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf stärker als bisher zu ermöglichen.

Mit einem Antrag von Julian Veelken, Katharina Kulike und Volker Pickerodt fordert der Ärztetag den Bundestag auf, die gesetzliche Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen an die Ausländerbehörde im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus aufzuheben. Eine stärkere Nachwuchsförderung für die hausärztliche Versorgung stand im Mittelpunkt eines Antrages von Katharina Kulike. Daneben gab es noch zahlreiche weitere Anträge aus Berlin, die in die Beschlussfassungen des diesjährigen Ärztetages eingegangen sind.

srd



Die Berliner Delegierten Regine Held, Christian Handrock, Svea Keller, Bernd Müller und Elmar Wille (v.l.n.r.)



Frank Ulrich Montgomery (li) beobachtet die Rede von Günther Jonitz.

Heißes Rennen um BÄK-Präsidentschaft

Knapp hat der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, die Wahl zum Präsidenten der Bundesärztekammer verfehlt. Er unterlag im 2. Wahlgang dem Präsidenten der Ärztekammer Hamburg, Dr. Frank Ulrich Montgomery, der 128 Stimmen erringen konnte. Jonitz kam auf 94 Stimmen, Dr. Theo Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, erreichte 24 Stimmen. Für die Wahl zum 1. Beisitzer stand Jonitz nicht zur Verfügung. Montgomery folgt damit Professor Jörg-Dietrich Hoppe, welcher der Bundesärztekammer zwölf Jahre vorstand.

Insgesamt fünf Kandidaten hatten sich im 1. Wahlgang dem Votum der 250 Delegierten gestellt. Neben den drei genannten waren Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, und Dr. Martin Grauduszus angetreten.

Montgomery hatte 111, Jonitz 74, Windhorst 31 Stimmen erhalten, gefolgt von Grauduszus mit 22 und Knoblauch mit 9 Stimmen. (Lesen Sie dazu das Editorial von Dr. Jonitz auf Seite 3)

Zur Vize-Präsidentin der Bundesärztekammer wählte der Ärztetag Dr. Martina Wenker. Die Fachärztin für Innere Medizin ist Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen. Die 52-Jährige ist unter anderem Vorsitzende der Deutschen Akademie der Gebietsärzte sowie Vorsitzende des BÄK-Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Gesundheit und Umwelt“.

Ebenfalls zum Vize-Präsident der Bundesärztekammer wurde Dr. Max Kaplan, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Bayern, gewählt. Der 58-Jährige ist seit 2010 Präsident der Bayerischen Landesärztekammer.

Der Ärztetag besetzte auch die beiden „weiteren“ Vorstandsämter. Diese sind Ärztinnen und Ärzten vorbehalten, die nicht einer Ärztekammer vorstehen und damit nicht Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer sind. In den Vorstand wiedergewählt wurde Rudolf Henke. Der 56-jährige Oberarzt ist seit 2007 Bundesvorsitzender des Marburger Bundes. Henke ist bereits seit 1995 Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und seit 2009 Mitglied der CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages. Neu in den Vorstand der Bundesärztekammer wurde Dr. Ellen Lundershausen gewählt. Die HNO-Ärztin aus Erfurt ist seit 2007 Vize-Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen. Im Anschluss wählten die Delegierten Jörg-Dietrich Hoppe zum Ehrenpräsidenten des Deutschen Ärztetages und der Bundesärztekammer.

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
■ 19.08.-20.08.2011	Breaking Bad News Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen (weitere Informationen s. S. 21)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: E-Mail: i.wegner@aekb.de Inhaltliches: Ch. Markl-Vieto, Tel.: 40806-1400 E-Mail: c.markl@aekb.de Teilnehmer-Gebühr: 290 €	17 P
■ 24.08.2011-28.03.2012	Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994-3) (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de 128 €	42 P
■ 05.09.-14.09.2011 (Kursteil A1) 14.09.-23.09.2011 (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
■ 22.09.-24.09.2011	Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1205 E-Mail: a.hofmann@aekb.de Teilnehmergebühr: 540 €	27 P
■ 26.09.-01.10.2011 07.11.-12.11.2011 12.12.-17.12.2011	Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.) Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin (weitere Informationen s. S.12)	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
■ 21.10.-22.10.2011	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
■ 07.11.-16.11.2011 (Kursteil B1) 16.11.-25.11.2011 (Kursteil B2)	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 B: 960 € Kursteile B1, B2: 480 €	60 P pro Kursteil

Weiterbildungskurs Pädiatrie

zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994-3)

Der Kurs ist Bestandteil der 5-jährigen WB Allgemeinmedizin (Ersatz für ein halbes Jahr Kinderheilkunde) und setzt sich zusammen aus:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Hospitation in einer Erste-Hilfe-Stelle der KV

1. Theoriekurs: jeweils Donnerstag 19.00 – 21.15 Uhr

Termine: 08.09.2011, 15.09.2011 und 29.09.2011

Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 550,00 EUR

Information und Anmeldung: Telefon: 030 40806-1203,
E-Mail: a.hellert@aekb.de

Der Theorie-Kurs wird mit insgesamt 9 Punkten auf das Fortbildungszertifikat angerechnet.

Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche beitragenden Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden?

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

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

Dieser Kurs bietet keine Einführung in CIRS, sondern befasst sich mit Methoden und Hintergrundwissen zur Analyse von schweren Zwischenfällen und Unfällen.

Das Intensivseminar richtet sich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Termin: Donnerstag 22.09.2011 – Samstag 24.09.2011

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich:

Ärztekammer Berlin, Tel. 408 06-1205, E-Mail: a.hofmann@aekb.de
(Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt)

Teilnehmergebühr: 540 EUR, 27 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

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. Anhand von vorgegebenen Fällen werden Gespräche in praktischen Übungen mit trainierten Feedback-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

Ärzte sagen Politikern die Meinung

Und die hören wirklich zu!

Ohne Ärzte geht gar nichts, will man das Gesundheitswesen mit Sinn und Verstand reformieren. Das scheint auch die Politik langsam zu begreifen – und sucht endlich den Dialog. Der gut organisierte „Grüne Ärztetag“ im Umweltforum (der früheren, wegen des Halls nicht gerade geeigneten Auferstehungskirche) machte den Anfang. Die Grünen hielten sich selbst erfreulich zurück und hörten aufmerksam zu. Hochrangige Vertreter der medizinischen Forschung, Praxis und Selbstverwaltung sagten den Politikern wie auch sich gegenseitig deutlich ihre Meinung.

In Deutschland sind die Ärzte total überlastet. Die Haus- und die Kinderärzte zum Beispiel arbeiten durchschnittlich 50,8 Wochenstunden, mehr als die Kollegen in vergleichbaren Ländern, und behandeln dabei 242 Patienten (andere Länder: 53 bis 171). Dabei dauert der mittlere Patientenkontakt hier nur 9,1 Minuten (anderswo 10,3 bis 28,8 min). Und über zu hohen Zeitaufwand für die geforderte „Bürokratie“ klagen in Deutschland 67 Prozent der befragten Primärärzte, anderswo nur 15 bis 50 Prozent.

„Deutschland ist Weltmeister in Bürokratie“, sagte Friedrich Wilhelm Schwartz, Emeritus des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover. Er zerstörte mit wissenschaftlich erhobenen Fakten und Zahlen diverse Mythen. Beispiel: Ärztemangel. Wir stehen mit unserer Ärztedichte an dritter Stelle der OECD-Länder. Mit 1,5 Allgemeinärzten auf 1000 Einwohner liegen wir um 67 Prozent über dem OECD-Durchschnitt von 0,9, mit 57 Klinikbetten auf 10.000 Einwohner um 50 Prozent über dem Durchschnitt. 25.000 überzähligen Ärzten in überversorgten Gebieten stehen 800 fehlende Ärzte in einigen anderen Regionen gegenüber. „Da stimmt doch was nicht“, meinte Schwartz und sprach von Fehlsteuerung. „Die Selbstverwaltung kürzt zum Beispiel engagierten, fleißigen Landärzten viel weg.“ Und er bezeichnete die Ärzte als „Getriebene einer hoch entwickelten GKV-Selbstverwaltungs-Bürokratie.“

Aus Schwartz' Grundsatzvortrag „Wandel und Herausforderung des Arztberufs“, in dem er die nur so genannte Gesundheitspolitik anhand vieler empirischer Studien und mit triftigen Argumenten in Grund und Boden kritisierte, sprach seine langjährige Erfahrung mit Politikberatung im „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“. Als Herausforderungen für Politik und Ärzteschaft skizzierte er die – erstaunlich stabilen – internationalen Megatrends, auf die wir vorbereitet sein müssen:

Was erwartet die Ärzte?

Erstens die noch wachsende Dominanz chronischer Krankheiten wie Adipositas/ Diabetes/HKK, Depression, Alkohol-

krankheiten, Demenz, chronische Rückenschmerzen, Arthrose, Atopien/Asthma/ COPD. Zweitens die unablässig steigenden Kosten und die Ökonomisierung auf allen Ebenen von „Gesundheit“ – wobei die einen den florierenden „Gesundheitsmarkt“ begrüßen, die anderen alle nur möglichen Versuche zur Kostendämpfung machen. Als dritten Megatrend sieht Schwartz den wachsenden Einfluss von Lebensstil und Gesundheitsverständnis und die immer weiter sich öffnende Schere zwischen Arm und Reich.

Viertens: Die Verwissenschaftlichung aller Zweige der Medizin einschließlich früherer „Hilfsberufe“ wie Pflege oder Physiotherapie. Und nicht nur die Gesundheitsversorgung soll evidenzbasiert sein, auch die Politik – „ein unentwickeltes Thema“, sagte Schwartz unter dem Gelächter des Plenums. Schließlich nannte er noch die Kosten treibende technische Entwicklung in der Medizin („Personalisierte Medizin, das hieß vor zwanzig Jahren noch Zuwendung“), den demographischen Wandel und die Globalisierung. („Hochkomplexe, zum Beispiel intrafetale Eingriffe will man jetzt überall machen.“)

Auf die wenig effektive, versicherungszentrierte Gesundheitspolitik kam Schwartz mehrfach zurück: Die gesundheitsrelevanten Ministerien ziehen nicht an einem Strang. Die von der WHO seit Jahren geforderte gesundheitsförderliche Gesamtpolitik existiert bei uns nicht. Die Prävention wird an den äußersten Rand der dominanten Reparaturmedizin gedrängt. Das Deutsche Gesundheitssystem ist fast ausschließlich krankheitsfixiert. Das Resultat: Im EU-Vergleich bleiben zum Beispiel 50-jährige Dänen noch 23 bis 24 gesunde Lebensjahre, deutschen nur 14.

„Alles muss auf den Prüfstand!“

Die Reparaturmedizin ist teuer und oft ineffektiv, weil nicht evidenzbasiert. Wie man mit ständiger Mittelknappheit umgeht – Thema eines der parallelen Panels – muss Gegenstand des öffentlichen Diskurses werden. Damit nicht weiter insgeheim rationiert, also den Patienten



Friedrich Wilhelm Schwartz

Fotos: R. Stein

Notwendiges vorenthalten wird, und damit die Entscheidung nicht am einzelnen Arzt hängen bleibt, schlägt die Bundesärztekammer bekanntlich eine Priorisierung der Leistungen vor, wie ihr Hauptgeschäftsführer Christoph Fuchs ausführte. Die Auswahlkriterien soll ein Gesundheitsrat erarbeiten, was in der Diskussion jedoch auf Ablehnung stieß. („Noch'n Gremium – typisch Standesvertretung“, meinte ein Hausarzt.) Auch Schwartz hatte sich skeptisch zur Priorisierung geäußert, die in den USA im Grunde gescheitert sei. Rationalisierung hingegen, also das Durchforsten der Versorgung nach Entbehrlichem, ohne den Patienten Nützlichem vorzuenthalten, nannte Fuchs „zu zäh und zeitaufwändig“.

Nicht jeder scheut davor zurück. „alles muss auf den Prüfstand“, forderte Norbert Schmacke, Leiter der Arbeits- und Koordinationsstelle Gesundheitsversorgungsforschung der Universität Bremen. Wie Schwartz plädierte er für eine bessere Zusammenarbeit der Ärzte mit den anderen Gesundheitsberufen und für deren höhere Qualifizierung, für die Integration der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung, für mehr Informationen auch der Patienten über Nutzen und Risiken medizinischer Mittel und Methoden und für mehr Versorgungsforschung. Was die denn bringt, fragte



„Das Richtige richtig machen“. Günther Jonitz, Harald Terpe, David Klemperer (v.li.n.re.)

die Sprecherin der Grünen für Gesundheitspolitik, Biggi Bender.

Nicht nur Neues muss, so Schmacke Antwort, auf Evidenz und auf Nutzen und Schaden für den Patienten geprüft werden, sondern auch das, was langjährige Routine ist. (Beispiele: Zu viele Herzkatheter; unsinnige PSA-Tests an Gesunden.) Er nannte die Nutzenbewertung einen großen Fortschritt – so sie denn schon funktioniert.

„Qualität oder überbordende Bürokratie?“

So hieß ein anderes Panel. „Was ist Qualität? Das Richtige richtig machen“. Die

Definition von David Klemperer, Fachhochschule Regensburg, war einfach, aber nicht selbstverständlich. (Zu Anfang der Qualitätssicherung in Deutschland fragte man gar nicht nach dem Richtigen, der Indikation, nur nach der Richtigkeit, beispielsweise irrelevanter Laborwerte.) Wie Schmacke übte auch Klemperer ärztliche Selbstkritik: im medizinischen Alltag wird noch immer sehr viel Unnötiges getan, etwa beim akuten Kreuzschmerz routinemäßig geröntgt – gegen jegliche in Leitlinien gegossene Evidenz.

„Das richtige richtig machen“, das heißt, auf der Grundlage des aktuellen Wissensstandes (evidenzbasiert) zusammen mit dem Patienten die Behandlung planen

ANZEIGE



Diskurs eröffnet. Von links: Stefan Etgeton, Adelheid Kuhlmei, Fritz Kuhn, Günther Jonitz, David Herr.

(„Partizipierte Entscheidungsfindung“) und sie dann fehlerlos ausführen. „Wissen allein führt uns nicht weiter“, sagte Klemperer. „Wie bringt man Evidenz in die Praxis? Wir müssen uns verpflichtet fühlen, Veränderungsprozesse zu gestalten; Verantwortung übernehmen und nicht nur diskutieren ohne Ende!“

Fremdbestimmung? Selbst ist der Arzt!

Verantwortung: Das war ein Schlüsselbegriff auch im Referat des Berliner Kammerpräsidenten Günther Jonitz. Er erläuterte den Politikern das ganze berufsrechtliche Regelwerk des Ärztestandes, das die Qualifikation seiner Mitglieder und die Qualität ihrer Berufsausübung sichern soll – Aufgabe vor allem der Kammern. „Wo also liegt das Problem?“ fragte er. Warum trotzdem Qualitätsmängel? Er fand ein ganzes Bündel von Problemen:

Die Medizin wird immer komplexer; ständig steigt die Zahl multimorbider alter Patienten, auf die keine Leitlinie passt und denen keine Fallpauschale gerecht wird. Der Ressourcenmangel wird immer spürbarer, die Rahmenbedingungen werden schlechter. So führt Personalabbau im Krankenhaus zur Überlastung der verbleibenden Kräfte, sagte Jonitz. Mit der Einführung der Fallpauschalen wurde die Qualitätssicherung gesetzlich verankert. Die mechanistischen Vorgaben führten

aber dazu, dass der tägliche Aufwand jedes Klinikarztes für „Bürokratie“ auf durchschnittlich drei Stunden stieg!

In den Praxen sieht es, laut einer Umfrage, kaum besser aus: Von 55 Wochenarbeitsstunden verbringen die Vertragsärzte 14 mit dem Ausfüllen von Formularen, dem Beantworten von Kassenanfragen und dergleichen. Die zunehmende Fremdbestimmung der Ärzte führt nicht zu mehr Qualität, sondern zu Motivationsverlust, Burn-out, innerer und äußerer Kündigung, stellte Jonitz fest. Sein Lösungsvorschlag: Aus Betroffenen sollten Beteiligte werden, die selbst Verantwortung übernehmen, die sich Rechenschaft über ihr Tun ablegen und sich gemeinsame Ziele setzen. Für freiwillige Qualitätsinitiativen konnte Jonitz viele Beispiele nennen, wie Herzinfarktregister oder CIRS. Und auch die Gesundheitspolitik, meint er, hat TQM nötig: Total Quality Management.

Darauf heftiger Beifall und eine lebhaft Diskussion. Zum Thema Überversorgung trug ein Kasseler Allgemeinarzt eine farbige Geschichte von einem Orthopäden bei, der nur zwei Sätze kenne: „Da müssen wir reingucken“. „Prima!“ Kommen Sie in einem Vierteljahr wieder.“ Dieser Hausarzt betrachtet es als seine Pflicht, die Patienten vor solcher „quartären Prävention“ zu schützen.

Kritik kam aus dem vorwiegend ärztlichen Plenum auch an der interessengeleiteten

Forschung und Fortbildung. Klemperer sieht hier Handlungsbedarf der Ärzteschaft: Sie sollte ihre Fortbildung nicht mehr von der Industrie finanzieren lassen, und sie sollte sich intensiv für industrieunabhängige, auch die Lebensqualität messende Nach-Zulassungsstudien zur Nutzen/Schaden-Relation von Arzneimitteln einsetzen.

Öffentlicher Diskurs eröffnet

Auf dem Schlusspodium war man sich, gefragt nach Zukunftswünschen fürs Gesundheitswesen, erstaunlich einig: evidenzbasierte Medizin sollte – patientengerecht – praktisch umgesetzt werden, meinte Jonitz. Patientenrelevante Leistungen müssten künftig nicht mehr zu den „weichen“, sondern zu den „harten“ Qualifikationen gehören, forderte Stefan Etgeton (Bundesverband der Verbraucherzentralen). Ein Gesundheitssystem, in dem die Ärzte Zeit genug für die Patienten haben, den Abbau von Unter- und Überversorgung und mehr Prävention wünscht sich Fritz Kuhn MdB (Vize-Fraktionschef der Grünen). David Herr (Bundesvereinigung der Medizinstudierenden in Deutschland) möchte später als Arzt unabhängig von ökonomischen Erwägungen das tun können, was der Patient braucht. Und die Charité-Medizinsoziologin und Gerontologin Adelheid Kuhlmei hofft, dass die jetzt ausgebildeten Ärzte mehr von Geriatrie verstehen und besser interdisziplinär zusammenarbeiten können.

Der Wunsch des Berliner Kammerpräsidenten an die Politiker, den Ärzten zuzuhören, hat sich an diesem Tag erfüllt. Sie hörten zu und deuteten die eigene Position nur in Stichworten an. (Kuhn: Mehr Prävention und Kooperation, Aufwertung der Gesundheitspolitik.) Im Schlusswort äußerte Harald Terpe MdB (Obmann im Gesundheitsausschuss der Grünen) die Hoffnung auf eine baldige Strukturreform mit Schwerpunkt Primärmedizin, auf mündige Patienten, auf eine „evidenzbasierte Bürokratie“ – und auf die Fortsetzung des öffentlichen Diskurses über die schwierigen Probleme des Gesundheitswesens.

Rosemarie Stein

Mehr Transplantate durch die Gewebekbank Berlin-Brandenburg

Erfahrungen mit dem neuen Gewebegesetz

Die Anwendung allogener Gewebetransplantate wie Augenhornhaut, Herzklappen, Blutgefäße sowie muskulo-skelettales Gewebe (Knochen, Sehnen, Bänder) ist fester Bestandteil moderner medizinischer Therapien. Die Gewinnung dieser Gewebe kann nach standardisierten Verfahren sowohl im Rahmen der Organspende, als auch bei herzkreislaufftoten Spendern erfolgen. Voraussetzungen dafür sind, die medizinische Eignung und die Zustimmung des Verstorbenen bzw. seiner nächsten Angehörigen. Seit 2009 bündelt die von Charité und dem Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) getragene Gewebekbank Berlin-Brandenburg die Gewebegewinnung, deren Arbeit hier vorgestellt wird.

Von C. Wesslau; A. Pruß; J. Schroeter; R. Meyer; R. Hetzer

Mit der Gründung der ersten länderübergreifenden Organspenderegion (Berlin und Brandenburg) durch die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) im Jahre 1997 wurde die Organspende neu strukturiert und die Gewebespende in enger Zusammenarbeit mit den regionalen Gewebekbanken (Knochen- und Hornhautbank der Charité, Herzklappenbank des Deutschen Herzzentrums Berlin) intensiviert.

Die Ärztinnen und Ärzte auf den Intensivstationen wurden motiviert, bei einer angestrebten Organspende immer auch die Gewebespende anzusprechen und um Zustimmung zu bitten. Gemeinsam mit den beteiligten Gewebekbanken erfolgte die Festlegung standardisierter Abläufe. Sie ermöglichten es, die Gewebe „rund um die Uhr“ zu entnehmen. Im Jahre 2000 wurde die Organspenderegion Nord-Ost gebildet, die die Länder Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern umfasst. In partnerschaftlicher Arbeitsteilung zwischen der DSO, der gemeinnützigen Tochtergesellschaft für Gewebespende (DSO-G), den Krankenhäusern und den Gewebekbanken erfolgte auch die schrittweise Weiterentwicklung der Gewebespende.

Wegen des großen Mangels an Geweben ist bereits im Jahr 2000 begonnen worden, Strukturen in dieser Region zu schaffen,

die es ermöglichten, auch Gewebe von herzkreislaufftoten Spendern zu gewinnen (1).

Gewebegesetz machte Änderungen erforderlich

Das am 1. August 2007 in Kraft getretene Gewebegesetz verlangt erhebliche Veränderungen bisheriger Verfahrenswesen für die Gewinnung, Herstellung, Konservierung, Lagerung und Abgabe von Geweben. Es stellt dadurch die Gewebekbanken vor neue personelle, logistische, organisatorische und finanzielle Herausforderungen.

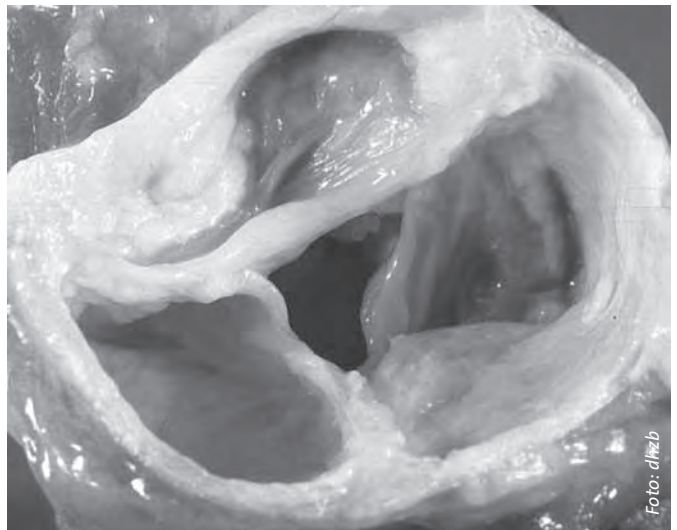
Mit Inkrafttreten des Gesetzes ist für die Hersteller von sogenannten klassischen

Gewebezubereitungen die Erlaubnis der zuständigen Landesbehörde gemäß Arzneimittelgesetz (AMG) zur Gewebeentnahme und -testung (§ 20b AMG), Herstellung, Konservierung, Lagerung und

Abgabe (§ 20c AMG) erforderlich. Werden die Gewbezubereitungen an andere Einrichtungen abgegeben, ist zusätzlich eine Genehmigung der Bundesoberbehörde (Paul-Ehrlich-Institut) notwendig. Das Gewebegesetz sieht weiterhin die Trennung zwischen Organ- und Gewebespende vor und macht es erforderlich, die Gewebegewinnung zwischen den Gewebekbanken und den Krankenhäusern vertraglich zu regeln.

Gründung der Gewebekbank Berlin-Brandenburg

Um diese neuen Herausforderungen effektiv bewältigen zu können, haben sich die Charité – Universitätsmedizin Berlin und das Deutsche Herzzentrum Berlin (DHZB), Stiftung des Bürgerlichen Rechts, entschlossen, ihre Aktivitäten auf dem Gebiet der Gewebegewinnung zu bündeln und eine gemeinsame Gewebekbank zu gründen. Die Gewebekbank Berlin-Brandenburg (GKB) ist die Arbeitsgemeinschaft der selbstständigen Gewebekbanken der Charité und des DHZB unter dem Dach der Stiftung Europäischer Gewebekbanken. Die



Aortenklappenhomograft-präparierte und konservierte menschliche Aortenklappe.

Gründung erfolgte am 5. August 2009. Alle Arbeitsbereiche beider Banken verfügen über die erforderlichen Genehmigungen der Landesbehörden bzw. des Paul-Ehrlich-Instituts.

GBB ist die Koordinierung der Gewebespenden in Berlin und Brandenburg:

- Bearbeitung von Spendermeldungen aus den kooperierenden Krankenhäusern,
- Führen der Einwilligungsgespräche mit den Angehörigen,
- Organisation der Gewebeentnahmen,
- Dokumentation der Spender- und Gewebedaten,
- Bearbeitung von Gewebefragen,
- Durchführung der Infektionsserologie/ PCR nur einmal für jeden Spender,
- Aufbau einer von allen Bereichen genutzten Vertriebslogistik,

- Gemeinsame Erarbeitung von Stellungnahmen für alle Fragen, die das Arzneimittel- und Transplantationsgesetz betreffen.

Ihre Etablierung hat durch die Bündelung bestehender und noch zu schaffender Kapazitäten eine Vielzahl von Vorteilen (Abb. 1).

Perspektivisch wird sie auch Ansprechpartner für die Gewebeabgabe sein, um zeitgerecht aus dem Bankenbestand Gewebe an die Transplantationszentren in Berlin und Brandenburg oder an Krankenhäuser in anderen Bundesländern über das Gewebenetzwerk abzugeben.

Erste Ergebnisse und Ausblick

Die Tabelle 1 enthält die Anzahl der effektiven Organspender, der Zustimmungen zur Gewebespende und die Zahl der Entnahmen einzelner Gewebearten im Rahmen der Spende solider Organe in Krankenhäusern der Länder Berlin und Brandenburg der Jahre 2009 und 2010.

Bei mehr als 50% der Organspender wurde von den Angehörigen auch die Zu-

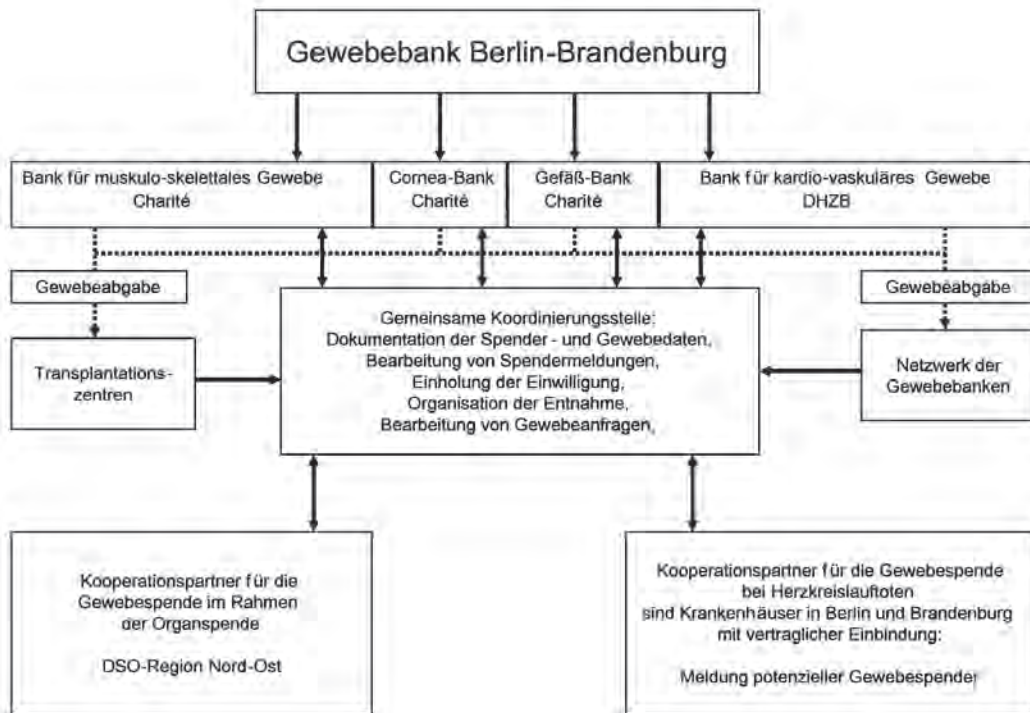


Abb.1: Prozessabläufe und beteiligte Institutionen - von der Gewebegewinnung bis zur -abgabe.

Die GBB untersteht der Aufsicht der Vorstände von Charité und Deutschem Herzzentrum und ist diesen gegenüber berichtspflichtig. Sie hat außerdem einen Beirat eingerichtet, dem u. a. je ein Vertreter der Senatsverwaltung für Gesundheit in Berlin, des Gesundheitsministeriums in Brandenburg und der Landeskrankenhausesellschaften beider Bundesländer angehören. Dadurch ist

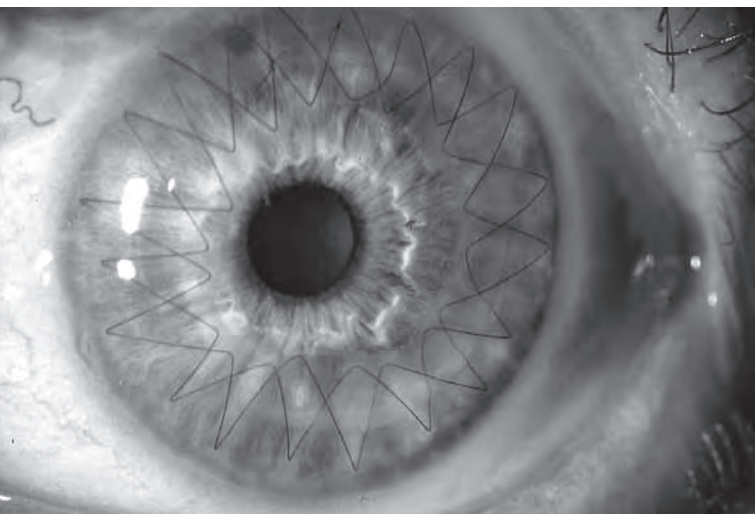
sichergestellt, wie es der Gesetzgeber fordert, dass weder mit gespendeten Geweben gehandelt noch Gewinne erzielt werden.

Ziele und Struktur

Ziel der GBB ist die qualitätsgesicherte, transparente und kostengünstige Bereitstellung von Gewebesubstraten und

die Steigerung der Gewebespenden durch die vertragliche Einbindung aller Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg in das Netzwerk „Gewebegewinnung“. Nur durch ihre Beteiligung wird es perspektivisch möglich sein, alle Patienten in Berlin und Brandenburg mit hochwertigen Transplantaten zeitgerecht zu versorgen.

Schnittstelle für die Arbeitsbereiche der



Keratoplastik – Transplantierte Augenhornhaut.

Tab.1: Anzahl der Gewebespende im Rahmen der Organspende in den Jahren 2009 und 2010

Jahr	2009	2010
Effektive Organspender	112	106
Partielle oder generelle Zustimmung zur Gewebespende	64 (57%)	55 (52%)
Zustimmung zur muskulo-skelettalen Gewebespende	52	52
Muskulo-skelettale Gewebeentnahmen	49	46
Zustimmung zur Corneaspende	55	52
Corneaentnahmen (Spender)	47	42
Zustimmung zur kardio-vaskulären Gewebespende	27	30
Kardio-vaskuläre Gewebeentnahmen	24	24

stimmung zur Gewebespende gegeben. Der effektive Spender ist definiert als ein Verstorbener mit medizinischer Eignung, abgeschlossener Hirntoddiagnostik und vorliegender Zustimmung, bei dem mindestens ein Organ zur Transplantation entnommen wurde.

Die Gewebeentnahme im Rahmen der postmortalen Organspende hat neben Vorteilen (anamnestisch und medizinisch

sehr gute Charakterisierung des Spenders, Vorliegen der HLA-Typisierung, kurze Gewebeentnahmezeiten, da bereits vor dem Herz-Kreislaufstillstand alle wichtigen Informationen bekannt sind) auch Grenzen.

Mit etwa 50 muskulo-skelettalen Entnahmen, 50 Corneaspender und 30 kardio-vaskuläre Entnahmen pro Jahr in Berlin und Brandenburg lassen sich weder der

Mangel an Geweben beheben – auch nicht durch die Erhöhung der Zustimmung – noch Gewebeeinrichtungen kostendeckend führen.

Nur durch die Gewebegewinnung von herz-kreislaufftoten Spendern ist die notwendige Steigerung zu erreichen und damit die zeitgerechte Versorgung der Patienten mit hochwertigen Transplantaten erreichbar.

Die Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Gewebespenden von Herz-kreislaufftoten der Jahre 2009, 2010 und die Hochrechnung für das Jahr 2011 basierend auf den Ergebnissen der ersten drei Monate. Der deutliche Anstieg der Gewebespenden im Jahre 2010 und die zu erwartende Steigerung im Jahr 2011 ist auf die Zunahme kooperierender Krankenhäuser (2009 :4; 2010: 9) und die Etablierung der Koordinierungsstelle im Rahmen der Gründung der Gewebebank Berlin-Brandenburg zurückzuführen. Der effektive Gewebespende ist ein Verstorbener mit medizinischer Eignung und Zustimmung zur Entnahme mindestens einer Gewebeart.

Durch die Beteiligung aller Krankenhäuser in den beiden Bundesländern und die Unterstützung der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte, Schwestern und Pfleger ist es möglich, mehr Spender zu gewinnen, und die Zahl der dringend benötigten Gewebetransplantate zu steigern.

Literatur

1. Nitschke, F., Kalus, U., Pruß, A.: Überlegungen zur zukünftigen Umsetzung des Gewebegesetzes im Spendebereich. Erfahrungen bei der Gewebespende und -entnahme im Rahmen der Organspende in der Region Nord-Ost. *Transfus Med Hemother* 2008;35:464-470

Verfasser:

Dr. Claus Wesslau
Prof. Dr. Rudolf Meyer
Prof. Dr. Dr. h.c. Roland Hetzer
Deutsches Herzzentrum Berlin
Gewebebank Berlin-Brandenburg
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Prof. Dr. Axel Pruß
Dr. Jan Schroeter
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Gewebebank Berlin-Brandenburg
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

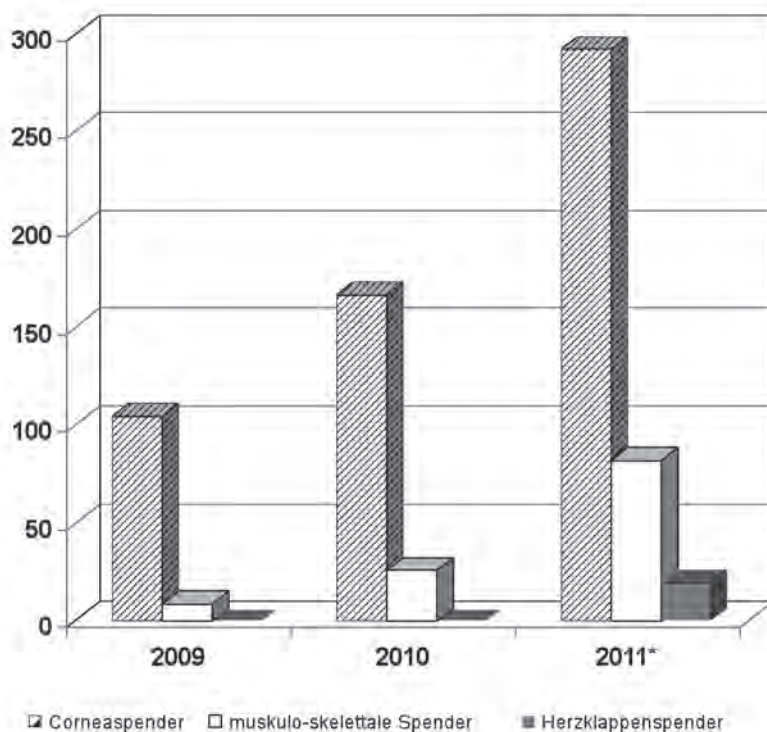


Abb. 2: Entwicklung der effektiven Gewebespende von Herz-kreislaufftoten der Jahre 2009 bis 2011* (*Hochrechnung für das Jahr 2011 auf der Grundlage der ersten drei Monate)

DDR-Genetiker gegen Krebs

Geißler, Erhard: Drosophila oder die Versuchung

Ein Genetiker der DDR gegen Krebs und Biowaffen, BWV Berliner Wissenschaftsverlag Berlin 2010, 379 S., 97 Abb., 38 Euro

Dies ist ein zeitgeschichtliches Dokument von hohem Informationswert. Das betrifft sowohl die haut- und labornah miterlebte Entwicklung der Molekulargenetik und der internationalen Biowaffenkonvention als auch die partei- und staatlicherseits gesteuerte Wissenschaftspolitik der DDR. Das Engagement für das, was Erhard Geißler für richtig und notwendig hält, ist eine Eigenschaft, die sich wie ein roter Faden durch das Buch zieht. Ein breit gefächertes Interesse, Kontaktfreudigkeit und Aufgeschlossenheit, aber auch Geschick, Intelligenz und, wie er selbst bezeugt, immer wieder Glück, helfen dem DDR-Wissenschaftler. Sie lassen ihn trotz aller Hemmnisse Bekanntschaft mit Fachkollegen und ihren Arbeiten in

aller Welt machen, die ihm entsprechende Arbeitsmöglichkeiten, Diskussionen und Einladungen einbringen.

Können und Kenntnisse lassen ihn immer neue Wege finden, zunächst in der Forschung, die ihn von der Anti-Lysenko-Drosophila-Genetik und Virologie über die Gentechnik und Molekulargenetik zur experimentellen Krebsforschung führen. Fast zwangsläufig musste es den immer um Wahrheit kämpfenden Molekulargenetiker mit den raschen Fortschritten auf diesem Gebiet in den 70er Jahren zu Fragen der missbräuchlichen Nutzung der neuen Techniken führen. Hier widmete er sich der Aufklärung von Öffentlichkeit, Politik und Wissenschaft über die ideologisch inspirierten journalistisch fachunkundig verbreiteten Falschmeldungen und Desinformationen. So trat er erfolgreich der Falschmeldung über die Herkunft des AIDS-Virus aus einem US-amerikanischen Militärlabor entgegen und entschärfte Horrorstellungen über Möglichkeiten

der bakteriologischen Kriegsführung im Zusammenhang mit den Milzbrandbriefen in den USA. Solche Aktivitäten und aktiv eingebrachte Vorschläge zur Prävention und Ächtung biologischer Waffen ließen ihn bis heute in Zusammenarbeit mit dem Schwedischen Stockholm International Peace Research Institute (SIPRI) wichtige Beiträge zu der Internationalen Biowaffenkonvention erbringen, eine Arbeit, für die er schließlich, um sich ihr ganz widmen zu können, seine gesicherte Arbeitsstelle an der Akademie aufgab.

All dies beschreibt Geißler mit schriftstellerischem Talent, Humor und Ironie. Die inhaltliche Spannung wird verstärkt durch die gekonnte Unterteilung des Textes in kleine, einhalb- bis vierseitige, vielfach episodenhaft abgefasste Kapitel mit jeweils Neugier erregenden Überschriften, die zum Weiterlesen geradezu zwingen. Unterstützt wird das Studium des Buches durch ein verlässliches Personenverzeichnis. In einer Neuauflage könnte man vielleicht noch dem Gedanken an ein Sachwortverzeichnis nähertreten.

Regine Witkowski

Zum Tode von Heinz Heidrich

Die Amputierten-Initiative e.V. / Gefäßkranke trauert um ihr Ehrenmitglied, den Pionier der Angiologie / Gefäßmedizin, Professor Heinz Heidrich, der am 19. April 2011 im Alter von 74 Jahren verstorben ist. Es gilt unser tiefer Dank für die nie versiegende, jahrzehntelange Unterstützung und Treue. Wir haben von seinem unerschöpflichen Wissen, von seiner großen Menschlichkeit, Güte und Bescheidenheit lernen dürfen. Er war ein Freund, vor dem wir uns in Dankbarkeit verneigen.

Heinz Heidrich war von 1993 bis 2002 Ärztlicher Direktor des Franziskus-Krankenhauses Berlin. Zuvor war er 18 Jahre Chefarzt der Inneren Abteilung. Von 1984 bis 2000 war er Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Angiologie (DGA). Seit

1988 war er Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Darüber hinaus war Heinz Heidrich in zahlreichen weiteren nationalen und internationalen Organisationen vertreten.

Professor Heidrich hat bis 2009 unzählige Doktoranden begleitet, die heute in ganz Deutschland in führenden Positionen, also auch als Chefärzte, tätig sind. Diese von Heinz Heidrich ausgebildeten Ärzte sind sowohl im In- als auch im Ausland in herausragenden Positionen sowohl als Chefärzte als auch als niedergelassene Angiologen tätig.

In vorbildlicher Weise hat er sich Professor Heidrich im Dienste der Patienten zur Verbesserung der Lebensqualität mit au-

ßergewöhnlichem Einsatz und unerbittlicher Disziplin sein ganzes Leben verbracht, er war ein Arzt mit Leib und Seele, der auch als erster in Berlin eine Gefäßambulanz eingerichtet hat und Gefäßsportgruppen etablierte.

Einer der seltenen Menschen, der in höchster Verfeinerung die Kultur des Umgangs untereinander pflegt. Heinz Heidrich war ein bedeutender Arzt und Forscher, ein großer Mensch, der leise zu Werke ging.

Dagmar Gail
Gründerin und Vorsitzende der
Amputierten-Initiative e.V. / Gefäßkranke



Walther Ludwig, Sänger und Arzt

Kluge Sänger hören rechtzeitig auf; weil sie merken, dass sie nachlassen, oder weil sie einfach müde sind von den Strapazen ihres ganz besonderen Berufs. Dank der modernen Tonträger kann man die berühmten Stimmen dennoch weiter hören. Auch die des lyrischen Tenors Walther Ludwig (1902-1981), der als Opernsänger ebenso geschätzt wurde wie als Oratorien- und vor allem Liedersänger (Schubert!).

Aber wussten Sie, dass er im vorgerückten Alter noch Arzt wurde? Eine Kopie seiner Doktorarbeit mit dem naheliegenden Thema „Musik und Medizin – Musik und Mediziner“ wurde uns zugesandt, nachdem BERLINER ÄRZTE im Dezember 2010 mit dem Titelthema „Ärztliche Tonkunst“ erschienen war. Absender war des Kammerängers Sohn Wolf-Dieter, Onkologe in Buch und Vorsitzender der „Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft“. Die Dissertation liest sich gut, gerade weil sie nicht hochwissenschaftlich ist. Man erfährt im ersten Teil viel über Ärzte, die Musikgeschichte machten, im zweiten Interessantes über die Ärzte großer Musiker.

Wie es zu der späten Promotion kam und welche Vorgeschichte sie hat, schildert Walther Ludwig sehr lebendig in einem ausführlichen autobiographischen Anhang seiner Buchausgabe. Er hätte gern Musik studiert, aber der Vater war für was Solides, nämlich eine Banklehre. Der brave Sohn sagte „Jawohl, Vater“ und tat, wie ihm geheißen. Als nach dem Ende der Inflation die Banken nicht mehr florierten, sagte er noch einmal „Jawohl, Vater“. Der hatte ihm nun zum Jurastudium geraten,

auf dass er später mit Bank- und Rechtskenntnissen in die Wirtschaft gehe. Erst während einer langen Krankheit wurde ihm klar, „dass Juristerei und ich niemals einen harmonischen Klang ergeben würden“. Zum Unwillen des Vaters begann er



Walter Ludwig als Herzog in Rigoletto (1938/39)

nun mit einem Medizinstudium und bestand 1930 in Königsberg das Physikum mit „gut“. Und das, obwohl er sich, wie er schreibt, bei allen möglichen Festivitäten „oft und gern mit Liedern und auch Opernarien und Operettenschlagern hören ließ.“

Nach einem Benefizkonzert engagierte das Königsberger Opernhaus den begabten Autodidakten vom Fleck weg – mit einem Vertrag, der ihm trotz der Auftritte die Fortsetzung des Medizinstudiums erlaubte. Für kurze Zeit führte er ein Doppelleben: „Morgens um 7 Uhr war er in der Frauenklinik, um 8 Uhr in der Chirurgie und um 9 Uhr in der Inneren Medizin. Um 10 Uhr musste er zu den Proben ins Stadttheater, nachmittags hatte er medi-

zinische Praktika, abends Vorstellung“, schreibt sein Biograph Siegfried Augustin.

Aber schon 1931 lockte ein Jahresvertrag als 1. lyrischer Tenor ans Stadttheater Schwerin. Er sagte zu, ließ sich aber vorsichtshalber vom Studium nur beurlauben – für zwei Semester. Der Urlaub von der Medizin dauerte mehr als drei Jahrzehnte, denn nun begann die glänzende internationale Blitzkarriere des Naturtalents Walther Ludwig. Seinen ersten richtigen Gesangsunterricht nahm er zur Vorbereitung auf die drei Rollen, die in Schwerin gleich anfangs auf ihn warteten: Rudolf in „La Bohème“, Don Ottavio in „Don Giovanni“ und George Brown in „Die weiße Dame“.

Schwerin blieb aber ein kurzes Intermezzo, weil Ludwig erneut vom Fleck weg engagiert wurde: von Berlins Städtischer Oper, der er bis 1943 treu blieb, abgesehen von vielen Gastspielen im In- und Ausland. (Schon 1935 sang er in Glyndebourne den Tamino und den Belmonte.) In den Nachkriegsjahren engagierten den führenden Mozarttenor nacheinander die Opern in Hamburg, München und Wien. Von 1952 bis 1965 war er Professor an Berlins Musikhochschule, aber die wenig motivierten und begabten Schüler seiner Meisterklasse machten ihm nicht viel Freude – und er hatte nun zum ersten Mal Zeit.

Da entsann er sich seiner unbewältigten Vergangenheit als Mediziner, und so begann der 62-jährige Vater von vier Kindern 1964 wieder zu studieren. Sein Berliner „Hausarzt“ und späterer Doktorvater Gotthard Schettler (der 1963 einem Ruf nach Heidelberg gefolgt war) ermutigte ihn. Die Studienzeit an der FU Berlin war hart. Sein uraltes Physikum wurde zwar anerkannt, aber der total veraltete Stoff war völlig neu zu lernen, und das nebenbei während des klinischen Studiums. Aber er hat's geschafft: 1969 bestand er das Staatsexamen, wurde 1970 in Heidelberg cum laude promoviert und arbeitete tatsächlich noch acht Jahre als sehr geschätzter Arzt in mehreren Rehabilitationskliniken im Odenwald und im Schwarzwald.

Rosemarie Stein

BERLINER ÄRZTE

7/2011 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 Pötter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Svea 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
Titel: Sechstern

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