



## Patientenbericht 2011

Knapp 700 Patienten haben sich im Berichtsjahr 2011 an die Patientenbeauftragte beim Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, Dr. Gabriele Hartl, gewandt. Laut Patientenbericht 2011 gab es die meisten Anfragen zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung und den Verdacht auf fehlerhafte Behandlung in der Human- und in der Zahnmedizin.

Auf das Patientenportal Bayern [www.patientenportalbayern.de](http://www.patientenportalbayern.de) wurde über 30.000 Mal zugegriffen. Die Aufgaben der Patientenbeauftragten umfasst vier Bereiche: Information über Gesundheitsthemen, kostenfreie Beratung für Patienten, Stärkung der Patientenrechte in Kooperation mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen und Transparenz über die geleistete Arbeit. Gesundheitsminister Dr. Marcel Huber (CSU) betonte, dass sich die Patientenbeauftragte für Bayern bewährt habe. Bayern setze auf eine menschliche Medizin, deshalb soll die „sprechende Medizin“ gestärkt werden. Auf Bundesebene will sich Huber dafür einsetzen, dass die ärztliche Gesprächskompetenz stärker als bisher in das Medizinstudium integriert werde. Er forderte außerdem mehr Patientenführsprecher an den bayerischen Kliniken sowie mehr Geld für die unabhängige Patientenberatung.

Der Patientenbericht 2011 kann im Internet auf der Seite [www.gesundheit.bayern.de](http://www.gesundheit.bayern.de) heruntergeladen werden.

Jodok Müller (BLÄK)

## AGI-Sentinelpraxis werden

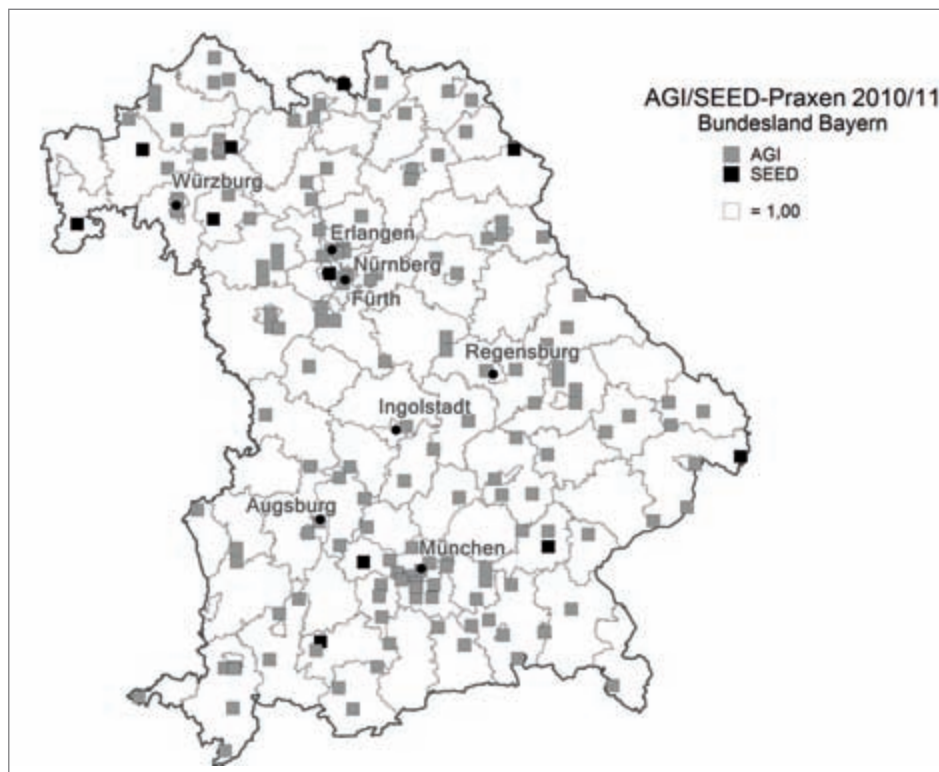
Seit Anfang Oktober 2011 berichtet die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI, [www.influenza.rki.de](http://www.influenza.rki.de)) am Robert Koch-Institut (RKI) wieder wöchentlich über die aktuelle Situation der Aktivität von akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) im Allgemeinen und der Influenza-Aktivität im Speziellen. Das Winterhalbjahr ist durch die Zirkulation saisonaler Influenza und weiterer Atemwegserreger der übliche Zeitraum erhöhter ARE-Aktivität.

Die Influenza bedingt im Winterhalbjahr (in Deutschland in der Regel zwischen Dezember und März) den größten Anteil der Krankheitslast durch ARE im ambulanten Bereich. Akute respiratorische Erkrankungen treten jedoch auch außerhalb dieses engen Zeitraums auf und es können, wie sich im Jahr 2009 während der Influenzapandemie gezeigt hat, Erkrankungen durch Influenzaviren vermehrt auch im Sommer auftreten.

Aus diesen Gründen betreibt die AGI seit dem Jahr 2006 die Influenzaüberwachung ganzjährig. Durch die seit 2006 gesammelten Informationen zur ARE-Aktivität in den Sommermonaten standen wertvolle Informationen zur Verfügung, um die Situation epidemiologisch beurteilen zu können. Eine geografisch differenzierte Einschätzung kann umso spezifischer

erfolgen, je mehr primärversorgende (allgemeinmedizinische, pädiatrische und hausärztlich tätige, internistische) Praxen sich an der AGI beteiligen. An der Überwachung der Krankheitslast (syndromische Surveillance) durch das RKI können interessierte Praxen auf zwei Wegen teilnehmen: Erstens über eine Fax- oder Onlinemeldung aggregierter Daten über die Anzahl von Patienten mit ARE oder zweitens – falls die Praxis über eine Arztsoftware verfügt, die bereits die notwendige Schnittstelle integriert hat – über das automatisierte Erheben fallbasierter, anonymisierter Daten von ARE-Patienten. Angaben zu Arztinformationssystemen, die geeignet sind, sind beim RKI erhältlich oder im Internet zu finden unter [www.rki.de](http://www.rki.de) unter > Das Institut > Organisation > Abteilung 3 > Fachgebiet 36 > Dokumentation der Schnittstelle. Die Daten werden als E-Mail-Anhang verschlüsselt an das RKI gesendet.

Dieser zweite, innovative Arm der syndromischen Surveillance wurde als SEED<sup>ARE</sup>-System am RKI etabliert und stellt neben der erweiterten Analysemöglichkeit der fallbasierten Daten eine Arbeitserleichterung für die Sentinelpraxen dar. Weitere Informationen sind auf der AGI-Internetseite abrufbar unter [www.influenza.rki.de/Sentinelpraxis.aspx](http://www.influenza.rki.de/Sentinelpraxis.aspx) und können auch gerne per E-Mail an [AGI@rki.de](mailto:AGI@rki.de) angefordert werden.



Verteilung der in der Saison 2010/11 aktiven Sentinelpraxen in Bayern.

Um aus der Aktivität akuter Atemwegserkrankungen spezifisch die Influenza-Aktivität beurteilen zu können, untersucht das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Influenza am RKI Proben aus dem Sentinel im Rahmen der virologischen Surveillance. Ein Teil der Sentinelpraxen meldet nicht nur akute Atemwegserkrankungen, sondern entnimmt Nasenabstrichproben bei Patienten mit influenza-typischer Symptomatik und sendet sie an das NRZ. Das NRZ für Influenza führt als nationales Referenzlabor auch weitergehende Untersuchungen der nachgewiesenen Influenzaviren durch und testet zum Beispiel auf antivirale Resistenz. Seit vier Jahren wird die virologische Surveillance der AGI vom Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Bayern (LGL) durch virologische Daten ergänzt.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des LGL unter nachstehenden Links:

[www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/infektionsschutz/doc/sentinel\\_bis.pdf](http://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/infektionsschutz/doc/sentinel_bis.pdf)

und

[www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/infektionsschutz/doc/ge\\_proben\\_begleit\\_influenza.pdf](http://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/infektionsschutz/doc/ge_proben_begleit_influenza.pdf)

*Robert Koch-Institut*

## Organspende als Gewissensfrage

Das Recht auf Selbstbestimmung oder eine einmalige Äußerung zur Spendebereitschaft, die Leben retten könnte? Welche Hoffnungen, Fragen und Ängste knüpfen sich an die Organspende? Wann ist der Hirntod tatsächlich eingetreten, welche gesetzlichen Regelungen greifen und welchen Belastungen sind die Angehörigen der Verstorbenen ausgesetzt? Fragen, die Ende Januar auf einem interdisziplinären Forum der Katholischen Akademie Bayern in München diskutiert wurden. Organspende als Gewissensfrage, in der es um Werte und Moral geht und wobei neben ethischen auch juristische und natürlich medizinische Gründe eine große Rolle spielen. Rund 150 Gäste hörten hierzu Vorträge aus den unterschiedlichen Perspektiven Medizin, Recht, Ethik und Religion.

„Ist der Organspender wirklich tot?“, lautete der Titel des Vortrags von Professor Dr. Heinz Angstwurm, emeritierter Professor für Neurologie der Ludwig-Maximilians-Universität München. Diese Frage stelle sich, weil der Organspender kein äußeres sicheres Todeszeichen aufweise und die äußeren Umstände seinen wahren Zustand verschleiern. Gerade die An-



*Viele Zuhörer kamen zur Veranstaltung zum Thema Organspende, organisiert von der Katholischen Akademie in Bayern.*

gehörigen seien dadurch häufig verunsichert. Jedoch könne der Hirntod als „unabänderlich endgültig erloschene Gesamtfunktion des Gehirns während der Intensivbehandlung und Beatmung festgestellt werden“, führte Angstwurm fort. In Richtlinien der Bundesärztekammer sei dies geregelt. Biologisch fehlten mit dem Hirntod die Kennzeichen des Menschen als Lebewesen. Andere verließen sich hingegen auf das Verantwortungsbewusstsein von Ärzten, Juristen, Philosophen und Gesetzgebern und retteten damit Leben.

Rund 12.000 Schwerkranke warten in Deutschland auf einen Organspender, drei von ihnen sterben täglich, weil zu wenig Menschen ihre Organe spenden.

Für Professor Dr. Ulrich Schroth, Professor für Strafrecht an der Universität München, sind postmortaler Persönlichkeitsschutz und Organentnahme keine Gegensätze. Er beklagt die geringe Spendebereitschaft in Deutschland und mahnt, unser Land befände sich, was das Organaufkommen anbelange, nicht einmal im europäischen Durchschnitt. Die derzeit geltende Erklärungslösung sei nichts anderes, als eine erweiterte Zustimmungslösung, ohne dass für die Bürger hier ein Erklärungszwang bestehe. Die Gegner der Widerspruchslösung kritisierten vor allem die Nötigung, sich zu Lebzeiten mit dem Tod auseinanderzusetzen zu müssen, die diese Entscheidung bewirke. Zwar stelle die Widerspruchslösung einen Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht dar, dieser sei jedoch zulässig, da der Gesetzgeber im Artikel 2 des Grundgesetzes zugleich festschreibe, dass jeder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit und der Staat gegenüber Schwerkranken eine Schutzpflicht habe. „Dem ist nichts hinzuzufügen“, erklärte Schroth. Auch Dr. Uta Teßner, Ärztliche Koordinatorin in der



*Dr. Wolfgang Wesiack (Präsident des Bundesverbandes Deutscher Internisten e. V.), Klaus Peter Rupp (ehrentamtlicher Stadtrat München), Dr. Max Kaplan (Präsident der Bayerischen Landesärztekammer – BLÄK), Dr. Wolf von Römer (1. Vizepräsident des Bundesverbandes Deutscher Internisten e. V.) und Dr. Ruth Spranger (Regionale Vorstandsbeauftragte der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns – KVB für Niederbayern) v. li., diskutierten am Rande des Kongresses „Diabetologie grenzenlos“ in München über das Versorgungsstrukturgesetz. Kaplan betonte, wie wichtig eine Beteiligung der BLÄK bei der sektorübergreifenden Bedarfsplanung sei, vor allem im Hinblick auf die Einrichtung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Die BLÄK sei hier für jegliche Kooperation mit der KVB offen. Langfristig müssten Honorare regionalisiert, die Schnittstellen besser miteinander verzahnt und die Weiterbildung der nachfolgenden Ärztinnen und Ärzte gefördert werden. Ein weiterer Punkt sei die Filialisierung, im Rahmen derer mehrere Ärzte gemeinsam die Grundversorgung sicherstellen könnten.*

*Sophia Pelzer (BLÄK)*