

Haftungsrisiken gefährden Ärzte-Renten!



Dr. med. Elmar Wille

... ist Vizepräsident der Ärztekammer Berlin und niedergelassener Augenarzt in Tempelhof

Vorab ein Geständnis: Auf so eine Idee wäre ich nie gekommen und zunächst konnte ich es auch nicht glauben. Es ist schon wirklich völlig quer zum gesunden Menschenverstand, was da durch die Arzneimittelgesetz (AMG)-Novelle auf den Weg gebracht wurde und nun über den Landesgesetzgeber Berlin und die Senatsverwaltung auf die Ärztekammer und die Versorgungswerksatzung durchschlägt bis zu den Rentenanwartschaften der Berliner Ärztinnen und Ärzte.

Gemäß der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes, die am 6. August in Kraft getreten ist, sollen die Ethik-Kommissionen in Deutschland nach dem Willen des Gesetzgebers eine neue Aufgabe bekommen: nämlich Pharmaunternehmen – im Gesetz „Sponsoren“ genannt – bestätigen, ob eine von ihnen beabsichtigte Arzneimittelprüfung gesetzlichen Vorgaben entspricht oder nicht. Der Gesetzgeber nennt die Gremien, die diese Prüf- und Entscheidungsaufgaben im Sinne einer Behörde übernehmen sollen weiterhin vornehm „unabhängige Ethik-Kommissionen“.

Tatsächlich aber werden ehrenamtliche Kommissionsmitglieder gezwungen, Entscheidungen über höchst komplizierte medizinische und rechtliche Sachverhalte innerhalb von 30 Tagen

nach Antragseingang zu treffen. Dieses zu begründende Votum der Kommission löst nicht absehbare Haftungsrisiken für die Ärztekammer aus. Diese Risiken greifen letztendlich durch bis auf das sauber abgetrennte so genannte „Sondervermögen“ der Berliner Ärzteversorgung, sprich unseren Deckungsstock für Renten und Anwartschaften! Circa 3.500 Millionen Euro (3,5 Mrd.) lassen offenbar Politiker dieser bankrotten Republik darüber nachdenken, wie man sich Staatshaftungsrisiken vom Halse schafft und auf ein Vermögen überwälzt, das ausreichend Substanz bietet.

Wie das? Die bisher rechtlich nicht verbindlichen Voten der Ethikkommission werden durch die Arzneimittelgesetz-Novelle zu rechtsverbindlichen Verwaltungsakten mit Widerspruchsmöglichkeiten, die in die Rechte von Pharmaunternehmen eingreifen. Bei fehlerhaftem Handeln der Kommissionsmitglieder treffen diese bisher unbekannte zivilrechtliche Haftungsansprüche, und bereits bei einfacher Fahrlässigkeit haftet die Ärztekammer als Trägerin der Kommission. So wird das Staatsrisiko oder das des Steuerzahlers elegant durchgereicht zum Ärztekammer-Beitragszahler und – wenn die Vermögensmasse nicht reicht – an die Rentner und Mitglieder der Berliner Ärzteversorgung!

Die Ärztekammer hat die Senatorin und ihre Verwaltung bereits mehrfach dar-

auf hingewiesen, dass mit dem Inkrafttreten der AMG-Novelle von ethischen Entscheidungen der Kommission nicht mehr die Rede sein kann, der Probanden- und Patientenschutz im Zweifel nicht mehr gewährleistet ist und das Kammervermögen einschließlich das des Versorgungswerkes künftig Existenz bedrohenden Risiken ausgesetzt ist.

Die Umsetzung des AMG in und für Berlin werden wir in der eben beschriebenen Form nicht hinnehmen. Alle rechtlichen Möglichkeiten wird die Kammer ausschöpfen, um sich dagegen zu wehren. Wenn das Land Berlin keine Lösung findet, die das Haftungsrisiko von den Renten unserer Mitglieder abwendet, werden wir alle Berliner Ärztinnen und Ärzte, erstmalig auch die berenteten Kolleginnen und Kollegen zu allen Formen des Protestes aufrufen. Da dürften wohl ausnahmsweise mal alle unserer 25.000 Berliner Ärzte einig sein.

Ihr

Lesen Sie mehr zum Thema auf den Seiten 14 – 19



TITELTHEMA.....

**Gesetzgeber zwingt Ärztekammern
in existenzielle Risiken - Ärzte-Renten inklusive -**

Das neue Arzneimittelgesetz definiert die ehrenamtlich besetzten Ethikkommissionen der Kammern zu „Patientenschutzinstitutionen mit Behördencharakter“ um. Dadurch entstehen bei der Prüfung von Arzneimittelstudien nie dagewesene Haftungsrisiken für die Kammern. Die Ärztekammer Berlin wehrt sich.

*Von Margret Steinberg und dem
Vorstand der Ärztekammer Berlin.....14*

Kassen leer, die Ärzte werden´s schon richten

Ein Kommentar von Gerhard Andersen.....18

EDITORIAL.....

**Haftungsrisiken gefährden
Ärzte-Renten!**

Von Elmar Wille.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

**Berufspolitisches auf den Punkt
gebracht.**

2008er gestalteter Titel
BERLINER ÄRZTE!.....10

BERUFS- UND
GESUNDHEITSPOLITIK...

**Wie viel Übung macht den
Meister?**

Am Beispiel des – glücklicherweise seltenen – Pankreas-Karzinoms wurde am

St. Joseph-Krankenhaus das Mindestmengen-Problem diskutiert.
Von Adelheid Müller-Lissner.....20

Alarmierender Anstieg von Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

20 bis 30 % der Kinder in Deutschland weisen erhebliche sprachliche und motorische Störungen auf. Die Familie als wichtiges Anregungssystem versagt zusehends. Berlins Kinderärzte haben einen Modellversuch angeschoben, der das Problem schon auf der Kita-Ebene lösen will.

Von Ulrich Fegeler.....22

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen

Mai bis Juli 2004.....25

Sammler von Möbeln und Namen

Ein Portrait des Berliner Arztes Günter Morack

Von Thomas Loy.....30

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....27

Suizidalität im Alter

Früherkennung, Ursachen und Umgang

Von Maike Holling-Suhl, Bodo Liese und Jürgen Staedt.....28

MEDIZINGESCHICHTE.....

Alfred Schwarzburd und Hermann Zondek

Eine Recherche zur Vertreibung jüdischer Ärzte aus Berlin

Von Werner Mendling.....31

Impressum.....38

AiP-Abschaffung in Berlin nicht ohne Tücken

Die AiP-Abschaffung zum 1. Oktober 2004 gestaltet sich in Berlin nach wie vor holprig. Zwar wurden bis Mitte August nur in einem Berliner Krankenhaus Kündigungen gegen AiP ausgesprochen, doch vermutlich wird es dabei nicht bleiben. Zum Redaktionsschluss dieser Zeitschrift bahnten sich in ein bis zwei weiteren Kliniken Berlins ebenfalls Kündigungen an. In den meisten Krankenhäusern Berlins laufen jedoch erfreulicherweise Gespräche über eine Umwandlung der AiP- in Assistentenverträge, allerdings in der Regel nur bis zur Restlaufzeit des ursprünglichen Vertrages.

Inforunde mit allen Betriebsräten

Dies ist das Ergebnis eines Informationsaustauschs, zu dem die Ärztekammer Berlin Ende Juli die Betriebsräte aller Berliner Krankenhäuser einlud: Der Krankenhausausschuss der Kammer hatte das Gespräch angestoßen, um sich einen Überblick über den aktuellen Stand zu verschaffen. Die Runde ermöglichte einen Informationsfluss aus insgesamt 25 Berliner Krankenhäusern und gründete eine kleine Arbeitsgruppe, die weiterhin aktuelle Informationen auftauchender Fragen vorantreibt. Unübersichtlich ist die Situation vor allem dadurch geworden, dass die rechtlichen Auswirkungen

der Änderung der Bundesärzteordnung auf die bestehenden Arbeitsverträge und die berufsrechtliche Situation noch immer unklar sind. Es muss vermutlich erst durch Prozesse geklärt werden, ob die Gesetzesänderung überhaupt ein Grund für die Kündigung laufender AiP-Arbeitsverträge ist und ob ein Rechtsanspruch der AiP auf Weiterführung des Vertrages unter anderen Bedingungen aus dem Gesetz ableitbar ist.

Berlins Kliniken verhalten sich ihren AiP gegenüber sehr unterschiedlich. Als positives Beispiel ist die Charité zu nennen, die nach Auskunft des dortigen Betriebsrats bereits Anfang August allen 200 AiP (das ist ein Drittel der von den Übergangsbestimmungen Betroffenen) Assistentenverträge über den Rest der ursprünglichen Vertragslaufzeit vorlegte. Auch in den von Helios betriebenen Kliniken Buch und Behring erhielten alle 62 AiP für den Restvertrag Assistentenstatus und 3000 € brutto. Aus einigen Berliner Kliniken berichteten AiP jedoch, dass ihnen ausschließlich Teilzeitverträge in Aussicht gestellt wurden. Das ist nicht unproblematisch, denn Weiterbildungszeiten in Teilzeit müssen vorab von den Weiterbildungsausschüssen genehmigt werden und können zudem nur

anteilig auf die Weiterbildung angerechnet werden. (Beispiel: Auf einer halben Stelle erbrachte Weiterbildungszeiten können auch nur halb auf die Weiter-

bildung angerechnet werden, bei Teilzeit unter 50% der regulären Arbeitszeit ist keine Anerkennung für die Weiterbildung möglich.)

Kammer-Post

Brief an alle AiP Berlins



Mit einem persönlichen Brief hat die Ärztekammer inzwischen alle Ärzte im Praktikum Berlins angeschrieben. Darin informiert sie noch einmal aktuell über den Stand der Dinge und gibt Informationen, welche Handlungsmöglichkeiten den jungen Ärzten in der schwierigen Übergangssituation offen stehen. Der Brief ergänzt die ausführlichen Informationen auf der kammereigenen Homepage, die seit dem Frühjahr laufend erweitert werden (http://www.aerztekammer-berlin.de/10_Aktuelles/15_meldungen/101_AiP/index.html). Auf der Page werden regelmäßig „Frequently asked questions“ mit Antworten publiziert.

Lehre

Veranstaltung zur Qualität des Medizinstudiums

Mit der neuen Approbationsordnung und ihren Anforderungen und Auswirkungen beschäftigt sich eine Tagung zur „Qualität der Lehre“, die vom 8. bis 10. Oktober an der Charité Campus Mitte stattfindet. Die Veranstaltung ist Teil der Jahrestagung 2004 der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA).

Der genaue Tagungsort auf dem Campus Charité Mitte stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest. Er ist ab September im Tagungssekretariat zu erfahren. Die wis-

senschaftliche Leitung haben Prof. Dr. E. Hahn (GMA), Prof. Dr. W. Burger und Prof. Dr. Scheffner (Reformstudiengang Medizin).

Kontakt:
(<http://www.charite.de/lehre/gma/>), Auskünfte: Tagungssekretariat Frau Kristina Stahnke (kristina.stahnke@charite.de), 030/ 4505-76132.

Teilnahmegebühr:
150 €, für GMA-Mitglieder 50 €. Anmeldung erforderlich, bis auf Teilnahme am „Marktplatz“.

Azubis

Prüfungstermine für Arzthelferinnen

Die nächste Zwischenprüfung für Arzthelferinnen findet am **4. November 2004** in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg) statt. Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeabschluss ist der 30. September 2004.

Die Winter-Abschlussprüfungen 2004/2005 finden zu folgenden Terminen statt:

Schriftliche Prüfung:
14. Dezember 2004

Praktische Übungen:
13. bis 19. Januar 2005

Auch die Abschlussprüfungen werden in der Ärztekammer Berlin abgenommen. Ärzte werden gebeten, ihre Azubis bis spätestens zum 15. Oktober 2004 mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, Berichts-

heft, Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugnis-karte vom OSZ Gesundheit, Bescheinigung der Zusatzausbildung bei kleinen Fachgebieten, ggfs. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung.

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden zu den gleichen Terminen statt. Die formlosen Anträge müssen allerdings mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, Befürwortung der Schule, Ergebnis der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugnis-karte, Bescheinigung der Zusatzausbildung bei kleinen Fachgebieten und Berichtsheft) schon bis zum 15. September 2004 eingereicht werden.

Rückfragen zu den Prüfungen beantworten Frau Hartmann und Frau Wacker: Tel. 40 80 6-2203/ -2204.

Der Arbeitskreis „Junge Ärzte“

Der Arbeitskreis „Junge Ärzte“

Der Arbeitskreis Junge Ärzte in der Ärztekammer Berlin lädt Kolleginnen und Kollegen im AiP und in der Facharztweiterbildung herzlich zur Mitarbeit ein.

Die Gruppe möchte eine häuserübergreifende Vernetzung junger Kollegen erreichen und aktiv zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte in AiP und Facharztweiterbildung beitragen.

Die Jungen Ärzte treffen sich an jedem 2. Dienstagabend des Monats in der Ärztekammer

Berlin. Die nächsten Termine sind:

Dienstag, 14. September 2004,
19.30 bis 22 Uhr

Dienstag, 12. Oktober 2004,
19.30 bis 22 Uhr

Dienstag, 9. November 2004,
19.30 bis 22 Uhr

in der Ärztekammer Berlin,
Friedrichstraße 16, 10969
Berlin.

Raum: Anzeige im Foyer.

Themenschwerpunkt ist derzeit die Qualität der ärztlichen Weiterbildung und das Thema „AiP-Abschaffung“.

Ausländische Ärzte

Qualifizierung für den deutschen Arbeitsmarkt

Das mibeg-Institut Medizin in Berlin bietet ab 15. September wieder einen Kurs „Medizinisches Propädeutikum“ an. Er richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die nicht in Deutschland studiert haben. Vermittelt werden Grundkenntnisse des deutschen Gesundheitssystems und Basiswissen zur sprachlichen und kommunikativen Kompetenz. Hierzu gehört das korrekte Erheben einer Anamnese nach hiesigem Standard und die Strukturierung eines ärztlichen Gesprächs unter Beachtung der Aufklärungspflichten.

Weitere Informationen beim mibeg-Institut Medizin/Seminarort Berlin, Hessische Str. 10, 10115 Berlin, Tel. 29 34 57 -31/ -45 (Katrin Seifert / Soraya Müller), www.mibeg.de

STIKO-Empfehlungen



Die neuen STIKO-Empfehlungen sind da

Unter http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/2004/30_04.PDF oder im Epidemiologischen Bulletin Nr. 30 vom 23. Juli 2004 sind sie zu finden. Die wesentlichen Veränderungen betreffen die Windpockenimpfung, die jetzt für alle Kinder empfohlen wird und die Keuchhustenimpfung, die nun allen Frauen mit Kinderwunsch sowie vor der Geburt eines Kindes allen engen Kontaktpersonen geraten wird. Zudem gibt es Präzisierungen für die Impfung chronisch Kranker.

Zudem gibt es Präzisierungen für die Impfung chronisch Kranker.

Berliner Gesundheitspreis



Innovative Hausarztpraxen gesucht

Last call zur Teilnahme am Berliner Gesundheitspreis. Noch bis zum 30. September 2004 können sich innovative hausärztliche Versorgungsprojekte um den Berliner Gesundheitspreis 2004 bewerben. „Hausarztmedizin der Zukunft – Wege zur innovativen Versorgungspraxis“ lautet das Thema des Preises, den der AOK Bundesverband, die AOK Berlin und die Ärztekammer Berlin gemein-

sam ausgeschrieben haben. Bewerber können sich hausärztliche Praxen und Praxisnetze aus dem gesamten Bundesgebiet, die interessante Versorgungs- und Beratungskonzepte entwickelt haben. Sie sollten eine hoch qualifizierte wohnortnahe und gut mit Kliniken, Fachärzten und Pflegesystemen vernetzte Betreuung sicherstellen.

Ausschreibungs-, Teilnahmeunterlagen und weitere Informationen bei der Geschäftsstelle des Berliner Gesundheitspreises, c/o AOK Bundesverband, Dependance Berlin, Charlottenstr. 42, 10117 Berlin, Tel. 030/ 2531-1009.

Der Berliner Gesundheitspreis mit einem Preisgeld im Gesamtvolumen von 50.000 € wird in diesem Jahr zum fünften Mal ausgeschrieben. Eine unabhängige Jury aus Vertretern von Politik, Medizin und Wissenschaft entscheidet über die Preisvergabe.

Die Preisverleihung findet im Frühjahr 2005 in Berlin statt.

BERLINER ÄRZTE TITEL 1988-2004



5/1988



4/1990



3/1996



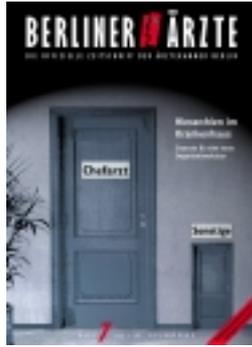
12/1996



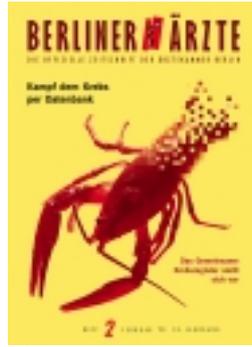
1/1997



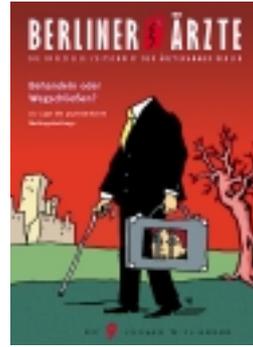
4/1997



7/1997



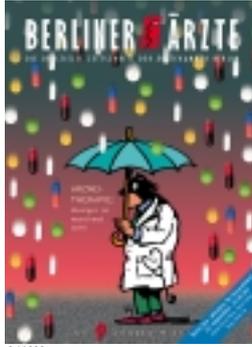
2/1998



9/1998



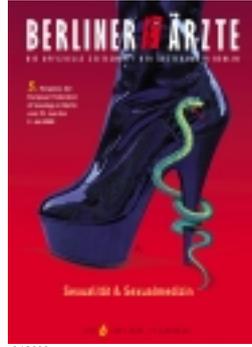
10/1998



9/1999



5/2000



6/2000



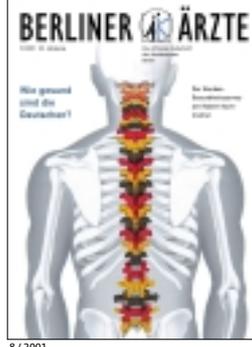
11/2000



2/2001



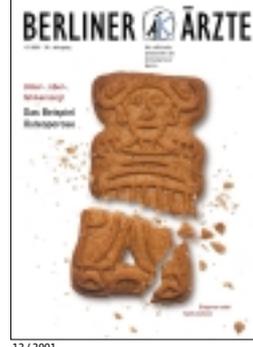
3/2001



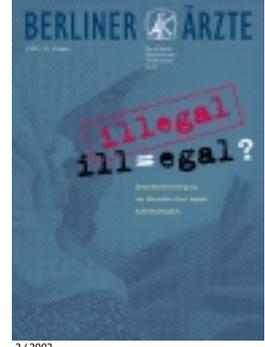
8/2001



10/2001



12/2001



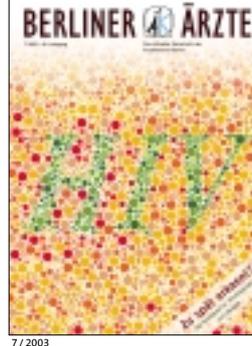
2/2002



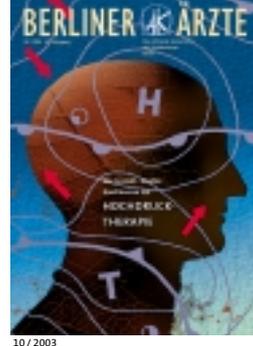
8/2002



3/2003



7/2003



10/2003



04/2004



Sie entwickelten unseren „Look“: die Schöneberger Gestaltungsagentur SEHSTERN. Hinten stehend v.l.n.r.: Juliana Soria-Müller, Rebecca Kaul, Anne-Katrin Laabs. Vorne die beiden Inhaber Monika van Helden und Roland Matticzki (verantwortlich für Art und Konzept).

Berufspolitisches auf den Punkt gebracht

20oster gestalteter Titel BERLINER ÄRZTE!

Im Januar 1988 wagte die Ärztekammer Berlin eine kleine Revolution. Erstmals in der Bundesrepublik wandelte sich eine Kammerzeitschrift zu einem Magazin, das nicht nur berufspolitisch brisante Themen aufgreift, sondern auch Medizinisches kontrovers diskutiert. Zeitgleich entschied sich die Kammer dafür, fortan ihre Titelseiten von einem unabhängigen Grafikerunternehmen gestalten zu lassen und den jeweiligen Themenschwerpunkt im Inneren frech-satirisch anzureißen.

Seitdem sind die gestalteten Titel der Zeitschrift Markenzeichen der Ärztekammer Berlin. Auf der gegenüberliegenden Seite sehen Sie eine kleine Auswahl aus 200 Titeln der letzten 16 Jahre. Duktus und Stil haben sich in dieser Zeit natürlich mehrfach verändert. Denn nicht nur die Sehgewohnheiten der Leser unterliegen einem ständigen Wandel, auch die Vorstände wechselten und mit ihnen die berufspolitischen Schwerpunkte und Aussagen.

Von Anfang an lag der Entwurf der Titel in den Händen des Berliner Grafik-Büros „Sehstern“ aus Schöneberg. Die beiden Gestaltungs-Profis Roland Matticzki und Monika van Helden zerbrechen sich seither Monat für Monat erfolgreich den Kopf für uns und bringen unsere oft komplexen Themen über ein Symbol oder ein assoziatives Bild ästhetisch

ansprechend auf den Punkt. „Gute Titel regen zum Nachdenken oder Lachen an oder sie provozieren, indem sie mit bekannten Assoziationen und Klischees spielen“, sagt Roland Matticzki. „Wo immer es möglich war, haben wir versucht, durch ‚Brechungen‘ eine ironische Distanz zu schaffen und – bei aller Schwere der Problematik – ein Augenzwinkern zu bewahren.“

Nicht immer waren damit alle Leser einverstanden; so manches Mal gab es auch richtige „Aufreger“. Sowohl über die kritischen wie auch über die hell begeisterten Leserreaktionen haben wir uns gefreut. Denn in der Diskussion über Titel spiegelt sich für uns die Auseinandersetzung über ärztliches Selbstverständnis. Und die wird spannend bleiben, solange es Ärzte gibt.

Ihre Redaktion BERLINER ÄRZTE



Die 1. Ausgabe mit gestaltetem Titel:

Heft 1, Januar 1988, zum Thema Umweltmedizin. (Auch mit damals neuem Titelkopf.)

Wer mehr erfahren möchte: info@sehstern.de

Therapieempfehlung zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit überarbeitet

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat ihre Empfehlungen zur Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) überarbeitet. Bei Erscheinen der 2. Auflage im vergangenen Jahr war es zu Kritik gekommen, da sie die Verwendung von Prostaglandinen in den Stadien III und IV der Erkrankung empfahlen. Bei der nun vorliegenden 3. Auflage liegen Kriterien der neuesten europäischen Prüfrichtlinie des CPMP (Committee for Proprietary Medicinal Products) zugrunde. „Gerade für die Prostanoiden zeigt sich dabei, dass ihre klinische Anwendung eher auf guten klinischen Erfahrungen als auf hinreichenden CPMP-konformen Studienergebnissen beruht“, teilt die AkdÄ in dem diesbezüglichen Newsletter mit.

Die Diskussion um die kurzfristig nötig gewordene Neuauflage der Therapieempfehlungen zur pAVK wirft die Frage nach der Unabhängigkeit der AkdÄ auf. BERLINER ÄRZTE sprach darüber mit Professor Dr. med. Heiner Berthold, dem Geschäftsführer der AkdÄ.

40-Stunden-Curriculum

Kurs zur medizinischen Begutachtung

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Oktober 2004 für Interessierte aus Klinik und Praxis das Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ [40 P] an. Die Fortbildungsinhalte werden in vier Modulen vermittelt, die in ca. vier- bis achtwöchigem Abstand jeweils Freitag Nachmittag und Samstag Vormittag stattfinden. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, die Ergebnisse werden im Plenum zusammengefasst.

Hier die Termine:

Modul I: 22.-23.10.2004

Modul II: 03.-04.12.2004

Modul III: 28.-29.01.2005

Modul IV: 04.-05.03.2005 (voraussichtlich)

jeweils freitags 15 – 20 Uhr, samstags 9 – 13 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Gebühr: 400 € (für Modul I-IV)

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an folgende E-Mail: begutachtung2004@aekb.de



ARZNEIMITTELKOMMISSION
DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT

Herr Professor Berthold, die AkdÄ ist fachlich mit hochkarätigen Forschern besetzt. Doch könnte es nicht sein, dass gerade durch Einbeziehung der ersten Garde der Zunft eine gewisse Industrienähe gegeben ist? Denn ohne Fremdmittel läuft in der Forschung ja bekanntlich nichts.

Wir sind das Gremium in Deutschland, das bei weitem am fortgeschrittensten ist, Interessenkonflikte zu dokumentieren. Im übrigen

hat sich die Off-label-Kommission beim BfArM weitgehend unserem Verfahren angeschlossen. Intern haben wir eine intensive Diskussion, wie weit Interessenkonflikte gehen dürfen. Es gibt Puristen, die sagen, es darf überhaupt keinen Kontakt zur Industrie geben. Andere gehen davon aus, dass man sich die Expertise verbaut, wenn man zu weit geht. Diese Diskussion ist in der AkdÄ noch nicht abgeschlossen.

Seit zwei Jahren gilt als Voraussetzung für die Berufung neuer Mitglieder, dass sie keinerlei Beraterverträge haben. Früher war man wohl entsprechend dem Zeitgeist nicht ganz so streng. Jedoch bestehen Regelungen, wie Stellungnahmen von Mitgliedern, bei denen Kontakte zur Industrie existieren, intern gewichtet werden.

Wenn man sich unter diesen Umständen überhaupt über schärfere Offenlegungskriterien verständigt, müssten wahrscheinlich für verschiedene Fragestellungen unterschiedliche Regelungen getroffen werden...

Ja, genau dieses Vorgehen wird derzeit umgesetzt. Es wird nicht von allen Mitgliedern der AkdÄ das Gleiche verlangt, sondern es wird differenziert, wie eng die Zusammenarbeit aussieht. Der Vorstand – dessen Mitglieder heute schon „absolut clean“ sind, um das im Jargon zu sagen, ist selbstverständlich in der Lage, auch unpopuläre Entscheidungen zu fällen. Ein abgestuftes Vorgehen zwischen ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern ist denkbar und wird derzeit von einer Arbeitsgruppe diskutiert. Die im Herbst stattfindende Mitgliederversammlung soll diese Regelungen verabschieden. Ich bin optimistisch, dass die AkdÄ in der Lage sein wird, hier eine gute Lösung zu finden.

Vielen Dank Herr Professor Berthold für die offenen Worte.

Die Fragen stellte Sybille Golkowski

Gesundheitswahn

Die neue Religion und ihre Denkverbote

Während der mittelalterliche Mensch seine diesseitige Lebenszeit plus ewiges Leben vor sich hatte, sind die Altreligionen in den westlichen Gesellschaften zunehmend abhanden gekommen. Dem heutigen Menschen bleibt nur noch: sein begrenztes Leben auf dieser Welt. Doch je mehr man das merkt, desto mehr bricht im Wartesaal des Lebens Unruhe aus. Der Tod ist ausgebrochen im Wartesaal, der endgültige Tod ohne Wenn und Aber. Es hat sich herumgesprochen, dass alle sterben werden – an BSE, an Aids, am Leben, ohne Ausnahme. Panik herrscht bei vielen, rette sich, wer kann. Mit dem ewigen Leben rechnet zwar keiner mehr, aber wenigstens sterben möchte man nicht.

„Gesundheit“ heißt das Zauberwort. Man muss etwas tun, um gesund zu bleiben, zu werden, wieder zu werden. Und die Inbrunst, mit der man sich darum bemüht, sich dafür aufopfert und andere dazu animiert, erinnert an Religion. Es gibt Menschen, die leben nur noch vorbeugend, um dann gesund zu sterben. Gesundheit gilt als höchstes Gut und genießt maximale religiöse Verehrung.

Radikal egoistisch ist diese neue Religion und unsolidarisch. Jeder kämpft verbissen für sich, denn es geht um nicht mehr und nicht weniger als um Leben und Tod. Das aufbegehrende Volk vor dem Kanzleramt der Republik wird in seiner Not nicht nach Brot rufen, wie dazumal in Versailles, Gesundheit wird es fordern, sofort und für alle. Jeder Kundige weiß, dass das nicht geht, aber wer sagt es dem Volk? Die Lage ist explosiv, zweifellos. Ängstlich betreibt man Pseudoaktivitäten, erfindet Scheinlösungen für Scheinprobleme, budgetiert, beschuldigt, kündigt an, weist zurück, mahnt, droht, geht auf die Barrikaden, schießt zurück, tritt zurück. Doch das alles ändert nichts am Ergebnis: Das ewige Leben auf Krankenschein gibt es nicht. Und die Gesundheitsreligion, schon jetzt die mächtigste und teuerste Weltreligion aller Zeiten, ist definitiv nicht mehr finanzierbar.

Was also ist zu tun? Emanzipation ist angesagt! Emanzipation von den totalitä-

ren Zumutungen der schwülstigen, real existierenden Gesundheitsreligion. Mit Respektlosigkeit vor den Tabus der Gesundheitsgesellschaft, mit Gesundheitsblasphemie, wenn nötig mit Satire, dem bewährten Mittel gegen totalitäre Diktaturen. Gefragt sind nüchterner Atheismus oder seriöse Religiosität und einige kleine Wahrheiten: Dass reiche Menschen immer schon die Möglichkeit hatten, älter zu werden als arme Menschen, dass das auch heute – etwas abgemildert – so ist, und dass das trotz aller Bemühungen so bleiben wird. Dass ein langes Leben nicht unbedingt erfüllter ist als ein kurzes. Dass man lustvoller lebt, wenn man seinen Frieden mit dem Tod macht. Dass Gesundheit ein hohes Gut ist, aber keineswegs das höchste, und dass man daher auch politisch abwägen darf. Warum kann es nicht sinnvoll sein, auf Kosten der eigenen Gesundheit anderen Menschen zu helfen? Warum kann man nicht für sich auf eine kostspielige Diagnostik und Therapie verzichten, um das dadurch eingesparte Geld für die Ausbildung eines Enkelkinds zu spenden? Gewiss, die Notfallmedizin wird man solidarisch finanzieren müssen. Man wird den Verunfallten auf der Kreuzung nicht nach seinen finanziellen Möglichkeiten und entsprechenden Versicherungsverhältnissen fragen wollen. Aber alles darüber hinaus müsste zur gesellschaftlichen Debatte gestellt werden, ohne Denkverbote. Es wird die Frage sein, wie viel Ungerechtigkeit die Gesellschaft im Bereich der Gesundheit aushält. Darüber muss politisch gestritten werden, heftig und auch parteiisch. Auf anderen Gebieten wurde oft in jahrhundertelangem Ringen ein erträgliches Maß an Ungerechtigkeit ausgehandelt. Solche Kämpfe stehen bei der Gesundheit erst noch bevor. Oder beginnen sie gerade – „und Ihr könnt sagen, Ihr seid dabei gewesen“ wie Goethe bei der Kanonade von Valmy?

Manfred Lütz
Mediziner, Dozent und Autor

Gekürzter Nachdruck aus dem „Politischen Feuilleton“, 18.5.04, Deutschlandradio.

2004

Ausgegeben zu Bonn am 5. August 2004

Nr. 41

Tag	Inhalt	Seite
30. 7. 2004	Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern (Zuwanderungsgesetz) FNA: neu: 26-12; neu: 26-13; 26-7, 26-8, 102-1, 240-1, 243-1, 2178-1, 860-3, 2163-1, 2212-2, 85-3, 85-4, 860-5, 860-6, 860-7, 860-10-1, 860-12, 89-8, 1100-1, 111-1, 13-7-2, 188-41, 190-4, 2032-1, 2121-1, 2122-1, 2122-5, 2123-1, 2212-4, 312-2, 316-1, 404-29, 450-2, 453-12, 57-5, 611-1, 7100-1, 7691-3, 805-3, 810-31, 89-9, 340-1, 13-4-8, 211-1-1, 26-7-2, 871-1-9, 9613-27, 26-1-8, 26-6, 26-2, 26-3, 102-1/1, 102-1/2, 2170-3-6, 26-1-12, 26-2-1 GESTA: B003	1950
30. 7. 2004	Sechsendreißigstes Strafrechtsänderungsgesetz – § 201a StGB – (36. StrÄndG) FNA: 450-2 GESTA: C077	2012
30. 7. 2004	Gesetz zur Förderung von Wagniskapital FNA: 611-1 GESTA: D053	
30. 7. 2004	Gesetz zur optionalen Trägerschaft von Kommunen nach dem Buch (Kommunales Optionsgesetz) FNA: 860-2, 860-1, 860-3, 860-5, 860-5, 860-6, 860-7, 860-8, 362-2, 611-10-14, 7100-1, 330-1, 611-10-14, 621-1, 860-2, 85-4, 303-15-2, 700-5 GESTA: E051	
30. 7. 2004	Gesetz zur Regelung von Rechtsfragen hinsichtlich der Rechtsstellung der Bundeswehr bei Kooperationen zwischen der Bundeswehr und anderen Streitkräften sowie zur Änderung besoldungs- und wehrsoldrechtlicher Vorschriften FNA: neu: 55-8; 2032-1, 53-1 GESTA: H003	
30. 7. 2004	Zwölftes Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes FNA: 2121-51-1-2, 2121-20, 2121-51-18, 2121-51-21, 2121-2-2, 2121-51-20 GESTA: G028	
27. 7. 2004	Siebente Verordnung zur Änderung der Seefischerei-Bußgeldverordnung FNA: 793-12-5	2054
19. 7. 2004	Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (zu § 6 Abs. 2 und 3 Nr. 8 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes) FNA: 1104-5, 826-30-2	2058

Hinweis auf andere Verkündungsblätter

Verkündungen im Bundesanzeiger	2058
Rechtsvorschriften der Europäischen Gemeinschaften	2059



BERLINER
ÄRZTEKAMMER
SCHLÄGT
ALARM:

Gesetzgeber zwingt Ärzttekammern in existenzielle Risiken

- Ärzte-Renten inklusive -

Zum ersten Mal in ihrer Geschichte wehrt sich die Ärztekammer Berlin auf offiziellem Klageweg gegen die Übernahme

einer vom Gesetzgeber verordneten kammerfrem-

den Aufgabe, um Schaden von sich und ihren Mitgliedern abzuwenden. Was Bundes- und Landesgesetzgeber sich haben einfallen lassen, um das neue EU-Recht in punkto „Verbraucherschutz“ in der Arzneimittelforschung mitsamt den Kostenrisiken bis in den mehrstelligen Millionenbereich loszuwerden, mutet geradezu ungeheuerlich an: Angesichts leerer Staatskassen haben sie frei nach dem Motto „Endstation Ärztekammern“ das damit verbundene arbeits- und kostenträchtige Verwaltungsverfahren über eine trickreiche Konstruktion im neuen Arzneimittelgesetz (AMG) bei den Ethikkommissionen der Kammern entsorgt. Unterstützung fanden sie bei Bundesärztekammer und dem Arbeitskreis medizinischer Ethikkommissionen Deutschlands. Beide forderten bereits zu einem Zeitpunkt die Zuständigkeit für die Landesärztekammern, als das für die Umsetzung des EU-Rechts in deutsches Recht zuständige Gesundheitsministerium noch über die Formulierung des ersten Gesetzentwurfes nachdachte.

Im April 2001 wurde von der EU-Kommission ein neues hochbürokratisches Gesetzeswerk zur Regelung von Arzneimittelprüfungen am Menschen namens Richtlinie 2001/20/EG in die Welt gesetzt. Da für alle Mitgliedstaaten verbindlich, musste das jeweils nationale Recht entsprechend angepasst werden. Dies führte in Deutschland zu einer umfangreichen Änderung des bestehenden Arzneimittelgesetzes. Ergebnis ist das am 6. August 2004 in Kraft getretene 12. Änderungsgesetz zum AMG.

Bereits bei der ersten inoffiziellen Bekanntgabe der EU-Richtlinie vor 3 Jahren war die Ärztekammer Berlin alarmiert: Die EU sah eine komplette Neuregelung von Status und Aufgaben der Ethikkommissionen vor. In Deutschland im Kapitel „Klinische Prüfungen von Arzneimitteln“ des damaligen AMG verankert, handelte es sich bis dato um interdisziplinär besetzte ehrenamtliche Gremien (vorwiegend Ärzte, Juristen und Patientenvertreter) bei den Ärztekammern und medizinischen Fakultäten. Sie hatten die Aufgabe, die jeweiligen Kammer- bzw. Fakultätsmitglieder entsprechend der

Berufsordnung „vor Durchführung von klinischen Versuchen am Menschen“ zu beraten. Inhalt der Beratung war die Prüfung der ethischen und rechtlichen Vertretbarkeit der Vorhaben – meist Arzneimittelversuche – bezüglich der Teilnahme von Probanden oder Patienten.

Das Beratungsergebnis, das so genannte Ethikvotum, war zwar von nicht unerheblicher Bedeutung für den antragstellenden Arzt, aber rechtlich unverbindlich. Die Verantwortung für Beginn und Durchführung der Studie verblieb beim Arzt, solange die Bundesaufsichtsbehörde nicht interve-

nierte, was nur in Ausnahmefällen vorkam. Das aktuelle AMG definiert die Ethikkommission völlig neu als „Patientenschutzinstitution mit Behördencharakter“, deren „zustimmende Bewertung“ zwingende Voraussetzung für den Beginn einer Arzneimittelstudie ist. Jeweils zuständig ist diejenige Kommission, in deren Bereich der jeweils leitende Arzt des Forschungsprojekts Kammermitglied ist.

Ihre Stellungnahme gilt bei multizentrischen Studien mit Prüforten in anderen Kammerbereichen stellvertretend für die dort ansässigen Ethikkommissionen. Das neue Verfahren der Studienüberprüfung hat erstmalig im Rahmen gesetzlich festgelegter, knapper Fristen, die kürzeste gerade mal 14 Tage, stattzufinden. Etwa 250 Seiten starke Anträge inklusive zahlreicher Anlagen sind von den Kommissionsmitgliedern durchzuarbeiten und zu bewerten.

Die tiefstgreifende Neuerung jedoch betrifft den Antragsmodus: Antragsteller bei der für den Arzt zuständigen Kommission ist nicht etwa wie bisher er selbst, sondern „der Sponsor“ der Studie und damit die Pharmaindustrie höchstselbst. Zusammenfassend müssen wir also feststellen, dass die ehemals rechtsunverbindliche ethische Beratung des Arztes und Kammermitgliedes zu einem so genannten Verwaltungsakt gegenüber Dritten, den Herstellern der zu prüfenden Arzneimittel, mutiert ist. Der Gesetzgeber hat sich durch den Trick, eine abstrakte Anknüpfung der „Sponsoren“ an das ehemals berufsrechtlich begründete Verhältnis Prüfarzt/Ethikkommission vorzunehmen, die bestehenden Kommissionen und ihre Träger - nach Überzeugung der Ärztekammer Berlin unrechtmäßig - zunutze gemacht.

Er zwingt die nach wie vor ehrenamtliche Kommission und deren Trägerkammer, der Pharmaindustrie fristge-

recht die offizielle Legitimation für ihre Forschungsprojekte zu liefern, während der Arzt nur noch als Feigenblatt fungiert, um den Bezug zu den Ärztekammern zu konstruieren. In der Folge zwingt er Kommission und insbesondere deren Träger in unabsehbare Haftungsrisiken für Schäden, die dem Sponsor durch „falsche“ Bescheide entstehen können (siehe hierzu den nebenstehenden Kasten).

Wie kann die Kammer die Haftungsrisiken versichern?

Vorsichtige Schätzungen seitens der Haftpflichtversicherer gehen davon aus, dass dem Pharmaunternehmen durch zu spät ergangene oder nachweisbar unsachgemäß ablehnende Bescheide Schäden bis in den 5-stelligen Millionenbereich entstehen können, man denke im schlimmsten Fall an Einnahmeverluste wegen verspäteter Marktzulassung oder entgangener Patente. Für Schäden bei Studienteilnehmern, die auf Risiken einer Studie zurückführbar sind, die von der Ethikkommission beim Prüfen des Forschungsprojektes übersehen wurden (Beispiel Contergan-Affäre), gibt es nach Kenntnis der Kammer überhaupt noch keine Schätzzahlen.

Fest steht dagegen die Aussage der Haftpflichtversicherer, Industrie- und Personenschäden größeren Ausmaßes seien nicht versicherbar. Vielmehr denke man über eine Prämienhöhung für Ethikkommissionen im Bereich von „Kleinschäden“ nach, da angesichts der neuen Gesetzeslage von einer künftigen Zunahme einklagbarer Schadensfälle ausgegangen werde. Offenbar gab es bis dato noch gar keine Schadenersatzklagen; im Rahmen der bisherigen rechtlich nicht verbindlichen Ethikberatung bestand dafür auch kaum Anlass. Zur Orientierung: Die Deckungsprämie für Schäden bis zu 5 Millionen € beträgt derzeit noch preiswerte 50.000 €, die vom Träger der Kommission (Ärztekammer) aufzubringen sind.



Schadensersatz als Folge eines Verwaltungsaktes

Ein Verwaltungsakt zeichnet sich dadurch aus, dass er von einer behördlichen Einrichtung (Ethikkommission) erlassen werden kann und eine rechtliche Bindung begründet mit der Folge, dass der Antragsteller Widerspruch gegen einen seiner Ansicht nach unsachgemäßen Bescheid (nicht zustimmendes Ethikvotum) einlegen kann. Wird diesem von der Erlassbehörde nicht stattgegeben, steht ihm der Klageweg vor dem Verwaltungsgericht offen. Des Weiteren kann er gegenüber dem Träger, bei dem die Erlassbehörde angesiedelt ist, beim Zivilgericht Schadensersatzansprüche bei Schäden geltend machen, die ihm durch einen rechtswidrigen Bescheid entstanden sind.

Wer haftet wofür und wer muss letztlich zahlen?

Die jeweils verantwortlichen ehrenamtlichen Kommissionsmitglieder haften für verschuldete Schäden nur bei Vorsatz (die Kommission lässt einen Sitzungstermin platzen und nimmt damit bewusst eine Fristverzögerung in Kauf) oder grober Fahrlässigkeit (obwohl erkennbar notwendig, fordert sie die für die Beurteilung der Studie fehlenden Informationen zu Patientenrisiken nicht ein). Voraussichtlich muss die Kammer im Zuge der so genannten Amtshaftung sofort in Vorleistung treten und den Schaden begleichen. Im Rückgriff könnte sie sodann entsprechende Ersatzforderungen an die „schuldigen“ Kommissionsmitglieder richten und auf möglichst umfangreiche Erstattung - je nach Schadensumfang und privater Finanzsituation der Mitglieder - hoffen.

Jenseits von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit haftet die Kammer für alle von wem auch immer verursachten Schäden und muss alle Schadenser-

satzzahlungen tragen, die oberhalb der versicherten Summe liegen – je nachdem, welche Prämienhöhe sie sich geleistet hat. Entsprechendes gilt für Schäden - z. B. durch Fristverzögerungen - die von der Kammer selbst verursacht wurden. In erster Linie wäre dabei an verspätetes oder unvollständiges Versenden von Studienunterlagen an die Kommissionsmitglieder durch die Verwaltung der Ärztekammer zu denken.

Welche Finanzmittel muss die Kammer einsetzen?

Als non-profit-Einrichtung, die von Mitgliedsbeiträgen lebt, verfügt die Ärztekammer über keine großen Reichtümer und müsste erst mal bei ihren Mitgliedern sammeln gehen. Auch diese Möglichkeit hätte ihre Grenzen, weshalb sie im nächsten Schritt sprichwörtlich an ihr Eingemachtes gehen müsste: das Vermögen der Ärzteversorgung als Teilleihrung der Kammer, konkret die Renten und Rentenanwartschaften der

Ärzte. Wer glaubt, dass diese Gelder sozusagen unpfändbar sind, da zur Altersversorgung bestimmt, irrt gewaltig. Berlins und Niedersachsens Zahnärzte können jetzt schon ein Lied davon singen, wie schnell aktuelle Rentenzahlungen oder spätere Anwartschaften sich – in diesen Fällen wegen misslungener Finanzaktionen zahnärztlicher Versorgungswerke - um 2-stellige Prozentpunkte nach unten bewegen.



Was hat die Ärztekammer Berlin getan, um das Ganze zu verhindern?

Die Ärztekammer Berlin hat sich von Anfang an gewehrt und buchstäblich alles getan, was in ihrer Macht stand:

◆ Nach dem Bekanntwerden der EU-Richtlinie wies eine Berliner Kammervertreterin bei einem Treffen der Bundesärztekammer bereits im September 2002 in Köln in Anwesenheit von Vertretern anderer Landesärztekammern und des Arbeitskreises medizinischer Ethikkommissionen bezüglich der Übernahme der neuen behördlichen Aufgabe auf die immensen Haftungsrisiken für die Kammern hin. Desgleichen auf die nach Berliner Überzeugung fehlende gesetzliche Zuständigkeit von ehrenamtlichen Selbstverwaltungsgremien im Rahmen der neuen Gesetzesvorgaben – sie fand für diese Position keine Mitstreiter.

Durch die Haftpflichtversicherung nicht gedeckte Schäden

Nicht übernommen werden Schäden, die zwar im Bereich der versicherten Deckungssumme liegen, jedoch vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurden.



Dr. med. Gerhard Andersen,
Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin

Kassen leer, die Ärzte werden 's schon richten?

Ein Kommentar

*„... Ich will den Regierungen nichts Übles nachsagen. Sie sind im Allgemeinen von guten Absichten beseelt. (...) So wie sie momentan zusammengesetzt sind, ist von ihnen nichts zu erwarten, nichts zu erhoffen.“
(Virchow)*

Über hundert Jahre alt ist dieses Zitat und es ist aktueller denn je, es spricht uns aus der Seele. Aber ist es legitim, nur die Politiker ins Visier zu nehmen?

Im Hamsterrad der politischen Zwänge, gut gemeinter Interessenvertretung und zunehmend gegen besseres Wissen übernimmt die Ärzteschaft Aufgaben, die nicht ihre sind und Verantwortung, die sie nicht tragen kann. Und das alles lassen wir nicht bezahlen, die es unbedingt so wollten, sondern wir greifen demutsvoll in die eigene Tasche.

Dabei fing alles ganz harmlos an und die Angelegenheiten, die die Ärzteschaft selbst zu erledigen hatten, waren in der Tat die eigenen: Regelungen der Berufsausübung, Weiterbildung und Fortbildung. Für diese die Verantwortung zu übernehmen und



◆ Deshalb wandte sich die Berliner Kammer Ende September 2002, im Mai 2003 und erneut im Oktober 2003 nachdrücklich schriftlich an die Bundesärztekammer und intervenierte in weiteren Kölner Sitzungen entsprechend. Bundesärztekammer und Arbeitskreis forderten währenddessen das Gesundheitsministerium auf, die umstrittene Aufgabe den Ethikkommissionen der Kammern als einzig Berufene zu übertragen.

◆ In einem Schreiben an das Gesundheitsministerium als federführende Behörde wies die Ärztekammer Berlin im September 2003 auf die finanzielle Gefährdung der Kammern und deren Unzuständigkeit als Selbstverwaltungskörperschaft hin. Keine Reaktion.

◆ Im September 2003 und erneut im November wandte sich die Kammer mit den gleichen Hinweisen schriftlich an den Berliner Senat und informierte parallel die anderen Landesärztekammern über die Berliner Aktivitäten.

◆ Noch im Mai 2004 legte die Kammer der Berliner Gesundheitssenatorin das so genannte „Bremer Modell“ für eine beim Land angesiedelte Ethikkommission nahe. (In Bremen gibt es neben der Ethikkommission der Ärztekammer seit Jahren eine gut funktionierende Ethikkommission, die vom Land Bremen eingerichtet und per Gesetz die alleinige Zuständigkeit für Studien nach dem AMG zugewiesen wurde. Der Berliner Staatssekretär für Gesundheit hat persönlich aus eigener Kenntnis der Bremer Kommission mehrfach deren gute Arbeit gelobt, sollte also folgerichtig in diesem Sinne tätig werden).

Abgesehen von einem kurzen Empfangsschreiben der Senatorin im Januar 2004 erfolgte keine Stellungnahme der Senatsverwaltung.

◆ Zu guter Letzt sei noch der Versuch der Kammer erwähnt, über eine schriftliche Intervention (siehe Ausschussdrucksache 0444 vom 23. 01. 04 des Bundestages, 15. Wahlperiode) mit den bekannten Argumenten beim Gesundheitsausschuss des Bundestages im Januar 2004 das Unheil abzuwenden. Aber warum sollten Bundestag und Bundesrat das enorme Risiko Bund oder Ländern übertragen, nachdem sich die Ärzteschaft selbst zur Übernahme bereit erklärt hatte?

Noch gibt sich die Ärztekammer Berlin nicht geschlagen. Sie wird jede rechtliche Möglichkeit nutzen, das Kuckucksei wieder loszuwerden. Ein erster Schritt ist die umgehende Klage vor dem Verwaltungsgericht gegen die mit In-Kraft-Treten des Arzneimittelgesetzes ergangene schriftliche Aufgabenübertragung der Senatsverwaltung an die Ärztekammer. Der Ausgang ist ungewiss, die Kammer wird ihre Mitglieder im Verlauf des Verfahrens zeitnah über den jeweils aktuellen Stand informieren.

das aus Mitgliedsbeiträgen zu finanzieren ist Konsens. Dafür haben wir als freier Beruf gute Gründe.

Aber was treibt uns seit Jahren immer häufiger und immer lauter „hier“ zu rufen, wenn es um neue Aufgaben geht? Transplantationsgesetz, Transfusionsgesetz, Röntgenverordnung ... die Liste wird immer länger. Nur weil Ärzte beteiligt sind, bezahlen sie ex officio. Damit sind wir in eine verhängnisvolle Falle gelaufen („Die Geister, die ich rief ...“!) Jetzt kommt der Staat wiederum mit einer neuen Aufgabe aus Brüssel, die teuer und höchst riskant ist, die weder Bund noch Land haben wollen, weil sie am Ende nicht wirklich kostendeckend zu realisieren ist. Schon in der Gesetzesvorlage wurde seinerzeit darauf hingewiesen, dass ... Kosten ... teilweise durch Gebühren (re-)finanziert werden.

Die Bundesärztekammer, die die Übernahme der Aufgabe durch die Landesärztekammern nach wie vor begrüßt, fragt jetzt bei den Regierenden an, ob sie nicht doch ein bisschen von den hohen Risiken selbst übernehmen möchten. Warum sollten sie ... jetzt wo der schwarze Peter bei uns ist? Das ist alles ärgerlich genug, wir werden uns wehren, auch wenn es schwer wird. Denn in Zeiten leerer Kassen will die Politik sich ihrer Verpflichtungen entledigen und da sind die Ärzte gerade richtig, mit ihren Beiträgen sollen sie es richten.

Aber die nächste „Aufgabe“ ist bereits akquiriert und wird in der Öffentlichkeit als Erfolg gefeiert: der elektronische Arztausweis. Weil Ulla Schmidt und die Kassen den gläsernen Patienten wollen, hat sich die Ärzteschaft eif-

rig darum bemüht, den dazugehörigen goldenen Schlüssel selbst zu feilen. Von bis zu 1 Million Euro im ersten Jahr und weiteren 200.000 bis 500.000 Euro jährlichen Kosten für eine Kammer wie Berlin ist die Rede. Ich weiß nicht – um ein Zitat vom letzten Deutschen Ärztetag aufzugreifen – ist das jetzt Tollkollekt oder Rinderwahn? Eins jedoch ist klar: So kann es nicht weitergehen!

Wenn der Staat auf der Basis von Gesetzen und Verordnungen immer mehr Bürokratie schafft, wenn hierfür immer mehr Geld bereitgestellt werden muss, wenn dies zunehmend aus den Taschen der Ärzte finanziert werden soll, dann müssen wir diese Automatik in Frage stellen. Wie schon im Editorial erwähnt; hier sollten sich alle 25.000 Berliner Ärzte einig sein.



Allerdings: Bei Verweigerung der Aufgabe wäre – wie könnte es anders sein – eine Klage seitens der Pharmaindustrie wohl erfolgreich. Eine derartige Untätigkeitsklage mit Schadensersatzforderungen wegen nicht erteilter Bescheide muss unbedingt vermieden werden: Die unverzügliche Einrichtung einer neuen, den aktuellen Anforderungen gewachsenen Geschäftsstelle mit zusätzlichem Personal- und Raum-

bedarf – vorerst als zeitlich befristetes, gleichwohl kostenträchtiges Projekt – ist in Planung. Mit dieser Weichenstellung hat der Vorstand der Ärztekammer Berlin in der gegebenen Situation die einzig richtige Entscheidung getroffen. Er vertritt weiterhin die Rechte der Berliner Ärzteschaft und trifft gleichzeitig die notwendigen Vorkehrungen zur Schadensabwehr.

Man wird davon ausgehen können, dass nicht nur die Delegiertenversammlung, sondern die gesamte Berliner Ärzteschaft ihn darin unterstützt.

Margret Steinberg (Ärztin)
 Ärztekammer Berlin, Bereichsleiterin
 Recht, Ethik, Medizinische Fachberufe

Der Vorstand
 der Ärztekammer Berlin

Hinweis der Redaktion

Ursprünglich hatten wir für diese Ausgabe unserer Zeitschrift das Titelthema „Neue ambulante Kooperationsformen“ geplant. Aus aktuellem Anlass haben wir die Problematik um die AMG-Novelle jedoch vorgezogen. Den Themenschwerpunkt „Neue ambulanten Kooperationsformen“ finden Sie in unserer Oktober-Ausgabe. (Die Red.)

Wie viel Übung macht den Meister?

Am Beispiel des – glücklicherweise seltenen – Pankreas-Karzinoms wurde am St. Joseph-Krankenhaus das Mindestmengen-Problem diskutiert.

Von Adelheid Müller-Lissner

Das Pankreaskarzinom ist eine seltene Erkrankung (siehe Kasten), Resektionen der Bauchspeicheldrüse gehören deshalb in bundesdeutschen Kliniken zu den weniger häufigen Eingriffen. In Zukunft sollen nach den bestehenden Mindestmengen-Vereinbarungen komplexe Pankreas- und Ösophagusresektionen nur noch in Häusern vorgenommen werden, in denen mindestens fünf solcher Eingriffe pro Jahr stattfinden. Ist diese Regelung sinnvoll?

Beim Thema Pankreas ist die Antwort eindeutig: Die Regelung ist sinnvoll, allerdings könnte sie noch ausgeweitet werden, so das Credo des 6. Forums des St. Joseph-Krankenhauses, das diesmal dem Thema Pankreas gewidmet war und auch das brisante Thema „Mindestmengen“ auf der Agenda hatte. Tatsächlich kann bei hochkomplexen Karzinomeingriffen eine Verbindung zwischen höherem Operations-Volumen und besserem Outcome für die Patienten hergestellt werden, resümierte PD Dr. med. Jürgen Weitz, Oberarzt der Viszeral- und Unfallchirurgie an der Uni Heidelberg in seinem Vortrag. Er belegte, dass „alle Studien konsistent darin übereinstimmen: High-Volume-Center haben eine geringere Mortalität und Morbidität.“

Doch es könnte sich lohnen, hier mehr ins Detail zu gehen. Zunächst reiche es nicht, den Begriff „High Volume“ pauschal auf das ganze Haus anzuwenden, betonte Weitz. „Wir Chirurgen schauen auch auf den einzelnen Operateur.“ Dessen Erfahrung ist offensichtlich ganz entscheidend für die Überlebenschancen des Patienten: „50 Prozent des Effekts ist durch die Person des Chirurgen zu

erklären.“ Die besten Erfolge zeigen sich, wenn High-Volume-Chirurgen in einem High-Volume-Haus operieren.

Die Berechnungen zur Langzeit-Prognose, die etwa von Finlayson im Jahr 2003 in den USA veröffentlicht wurden, sind beeindruckend: Patienten mit einem Pankreas-Karzinom, die in einem Krankenhaus mit niedrigen Operationszahlen behandelt wurden, haben im Schnitt 1,9 Jahre, solche aus einem großen Haus 3,6 Jahre überlebt. Doch dafür gibt es nicht nur die eine Erklärung, dass Übung eben den Meister mache und die onkologische Betreuung in großen Häusern besser ausfällt. Da die Patienten natürlich nicht nach dem Zufallsprinzip auf Kliniken verteilt wurden, könnten auch die Fälle verschieden gelagert sein: Besser informierte Patienten,

Mehr zum Thema „Mindestmengen“

...finden Sie im Gutachten „Evidenz zur Abteilung von Mindestmengen in der Medizin“, Prof. Dr. med. Max Geraedts, Klinikum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, (<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Qualitaetsicherung/55Externe/ZZGutachten.pdf>)

bei denen der Tumor früher entdeckt wurde und die deshalb bessere Chancen haben, könnten eher in den renommierteren, für ihre Qualität bekannten Häusern gelandet sein. Da die Patienten für die Studien nicht randomisiert auf die Häuser verteilt wurden, könnte es also am Case-Mix hapern.

„Wir müssen uns vor Augen halten, dass die Behandlungszahlen wichtig sind, dass sie aber immer nur ein Surrogatmarker für das Outcome sein können“, resümierte Weitz.

Es erscheint ihm deshalb „schlauer, nach Outcome-Kriterien zu schauen“. Und das sollten die Chirurgen selbst in die Hand nehmen: „Qualitätsmessung ist unsere Aufgabe, nicht die der Krankenkassen.“

Datenlage zum Pankreas-Karzinom noch nicht zufriedenstellend

Genau Zahlen für ganz Deutschland gibt es nicht, doch beim Robert-Koch-Institut schätzt man die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an einem Pankreas-Karzinom auf etwa 13.400. In über 80 Prozent aller Fälle handelt es sich dabei um ein Adenokarzinom. Das Erkrankungsalter ist relativ hoch: 67 bei den Männern, 75 Jahre bei den Frauen. Zugleich gilt das Pankreas-Karzinom als „silent disease“, das häufig zum Zeitpunkt der Diagnosestellung schon Metastasen gebildet hat.

Was die Mortalität betrifft, so belegt es mit 12.100 Sterbefällen pro Jahr bei den Männern die fünfte, bei den Frauen die vierte Position. Zwischen 1961 und 1988 lag das 5-Jahres-Überleben, wie Roland Schabenow vom Gemeinsamen Krebsregister der neuen Bundesländer und Berlins beim 6. Forum des Sankt Joseph-Krankenhauses berichtete, nur bei drei bis fünf Prozent.

Seit 1980 werde die Erkrankung tendenziell aber in früheren Stadien erkannt, und obwohl die neuesten Zahlen noch nicht veröffentlicht sind, rechnet Schabenow mit einer erkennbaren Erhöhung bei dieser wichtigen Zahl. Seit 1. Juli besteht in Berlin Meldepflicht für Tumor-Neuerkrankungen. „Wir erhoffen uns davon einen Schub in der Registrierung“, sagte Schabenow.

aml

Stellenwechsel? Umzug? Neuer Name?

Ändert sich Ihre Adresse, Ihr Arbeitgeber oder Ihre Tätigkeit?
Dann schicken Sie bitte dieses Formular ausgefüllt an:

Ärztekammer Berlin
– Meldestelle –
Friedrichstraße 16

10969 Berlin

Familienname, Vorname:

NEUE DIENSTANSCHRIFT

Bezeichnung der Dienststelle:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon:

Genauere Dienstbezeichnung:

Namensänderung:

Promotion/Habilitation am:

NEUE PRIVATANNSCHRIFT:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon:



Wenn man aber schon Mindestmengen einführe, dann solle man das auch nicht halbherzig tun. „Die Zahlen sind nicht gottgegeben. Fünf Fälle im Jahr erscheinen mir zu wenig, zehn bis 15 sollten es schon sein.“ Zur Frage einer korrekten Grenzziehung geben die vorliegenden Studien keine Auskunft.

Wie der Gesundheitswissenschaftler Prof. Dr. med. Max Geraedts kürzlich im Deutschen Ärzteblatt erläuterte, liegt die Definition von „niedriger Eingriffsfrequenz“ in den verschiedenen Studien „zwischen weniger als einem Fall pro Jahr und weniger als 50 Eingriffen pro Jahr“. Geraedts plädiert für „vorsichtig-konservative“ Grenzziehungen. Er befürchtet unter anderem, dass zu hoch angesetzte Mindestmengen eventuell Anreize für eine breitere und andere Indikationsstellung ausüben könnten.

PD Dr. med. Karl-Heinz Seitz, Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Sigmaringen, machte deutlich, dass das Problem der Leistungsmenge im Fall einer seltenen Erkrankung eigentlich schon bei der Diagnostik beginnt. „Die Fälle sind rar, im Kreiskrankenhaus müssen sie herausgefiltert werden.“ Doch auch die Sonographie erfordert Übung.

Prof. Dr. med. Reiner Kunz, Chefarzt der Chirurgie am gastgebenden St. Joseph-Krankenhaus – wo übrigens im Jahr etwa 20 Pankreas-Resektionen vorgenommen werden –, plädierte zudem dafür, auch für die Patienten in Sachen Operations-Ergebnisse Transparenz zu schaffen: „Wir sollten die Zahlen für das eigene Haus evaluieren und ins Netz stellen“, kündigte er an.

Adelheid Müller-Lissner (Medizinjournalistin)

ANZEIGE

Alarmierender Anstieg von Entwicklungsstörungen bei Kindern

Bundesweite Studien belegen, dass 20 bis 30 % der Kinder in der Altersgruppe 0 bis 15 Jahren erhebliche sprachliche und motorische Entwicklungsstörungen aufweisen. Viele betroffene Kinder finden sich früher oder später als Patienten in der Kinderarztpraxis wieder und das Problem muss kostenträchtig über das Medizinsystem aufgefangen werden. Hier findet sich ein Paradebeispiel für die Medikalisierung sozialer Schwierigkeiten unserer Gesellschaft. Aufgerüttelt von den Erfahrungen in der eigenen Praxis haben Berlins Kinderärzte ein Modellprojekt vorangetrieben, das in Kitas ausgewählter Problembezirke eine entsprechende Frühförderung durchführt. (Die Red.)

Von Ulrich Fegeler

Die Zahl der Kinder mit sprachlichen und motorischen Entwicklungsstörungen und Auffälligkeiten des Sozialverhaltens nimmt in Kinder- und Jugendmedizinischen Praxen rapide zu. Typisch für diese Erkrankungsgruppe ist es, dass ihr Wesen nicht mehr dem klassischen Muster der klar fassbaren körperlichen Ursache und einem daraus folgenden Heilungs- oder Abhilfeschlag entspricht. Es handelt sich vielmehr um Störungen, Defizite oder Fehlentwicklungen unserer Kinder, die ihren Ursprung in einem gesellschaftlichen Mangel haben und sich für die Kinder folgeschwer auswirken werden.

Entwicklungsdefizite stellen keine Erkrankung im engeren Sinne dar, erschweren jedoch erheblich den weiteren Lebensweg eines Kindes, ja sind mitunter bestimmend für seine weitere schulische, berufliche und soziale Entwicklung.

Inflationäre Zunahme von Fördermaßnahmen

Die Indikation zur Behandlung dieser Defizite obliegt zurzeit wesentlich den Kinder- und Jugendärzten. Insbesondere die in Berlin niedergelassenen Kollegen beobachten eine Zunahme von Entwicklungsverzögerungen im Bereich der Sprache und Motorik.

Diese Entwicklung scheint aber nicht nur ein hiesiges Berliner Phänomen zu sein, sondern ist eine allgemeine Tendenz in der gesamten Bundesrepublik.

Zu fragen ist deshalb nicht nur nach den Ursachen solcher Entwicklungsverzögerungen, sondern danach, ob die regelmäßig gezogene Konsequenz der Verordnung einer medizinischen Fördermaßnahme immer adäquat und für die Kinder hilfreich ist. Und weiter, ob wir nicht vor einem prinzipiellen gesellschaftlich bedingten und nicht medizinischem Problem stehen und unsere Antworten und Lösungsvorschläge von daher nicht medizinisch, sondern gesellschaftlich sein müssten.

Die Tatsache, dass unsere bisherige, medizinisch-therapeutische Antwort jährlich ungeheure Kosten auslöst, sei an dieser Stelle noch beiseite gelassen.

Die Crux für uns Kinder- und Jugendärzte in der Praxis ist es, dass wir im Einzelfall nicht prinzipiell, sondern individuell entscheiden und in der Sorge, einem Kinde nachhaltig zu schaden, lieber zu häufig als zu selten zum Rezeptblock greifen. Doch zunächst das Problem anhand einiger Zahlen:

Übereinstimmendes Bild in verschiedenen Bundesländern

■ In einer bayerischen Längsschnittstudie wurden über 10 Jahre lang Kinder, die in den ersten 10 Lebenstagen aus unterschiedlichen Gründen stationär behandelt wurden (Indexkinder), mit einer altersgleichen Kontrollgruppe ohne entsprechenden stationären Aufenthalt verglichen. Ein Ergebnis: Jedes 3. bis 4. (somatisch gesunde) Kind in Bayern wurde bis zum Alter von 8 Jahren irgendwann einmal entwicklungs-therapeutisch behandelt.

■ Bei Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Salzgitter aus dem Jahre 2000 waren 29,9 % der Kinder im Bereich der sprachlichen Entwicklung zumindest auffällig bzw. großenteils therapiebedürftig, 34,1 % der Kinder entsprechend im Bereich Motorik. Mit anderen Worten: circa 1/3 aller Kinder im städtischen Raum Salzgitter zeigten derartige sprachliche bzw. motorische Entwicklungsauffälligkeiten, dass großenteils Behandlungen, teilweise sogar Doppelbehandlungen wie zum Beispiel Logopädie und Ergotherapie notwendig wurden. Die grundlegenden Daten entsprechen damit in etwa den Befunden der bayerischen Längsschnittuntersuchung (etwa jedes 4. Kind therapiebedürftig), wobei bei einer höheren Auflösung der Daten auch ein Hinweis auf die Ursachen der Entwicklungsdefizite gegeben werden konnte:

So fand sich bei 15,8 % aller Kinder eine organische Ursache der Entwicklungsretardierungen, bei circa 12 % der Kinder lediglich die nicht ausreichende Entfaltung der Basiskompetenzen. Das bedeutet, diese Kinder wurden in der vorschulischen Entwicklungsphase nicht ausreichend motorisch und/oder sprachlich angeregt.

Berliner Daten

Etwa 50 – 70.000 der insgesamt circa 450.000 Berliner Kinder bis zum Alter von 15 Jahren werden dem Bereich „chronisch krank“ zugeordnet, wobei diesbezüglich alle Erkrankungen von den schweren komplex-chronischen Erkrankungen über monosymptomati-

sche Leiden bis hin zu Teilleistungsstörungen zusammengefasst werden. Etwa 5 % der Berliner Kinder leiden unter organisch bedingten schweren komplexen Entwicklungsverzögerungen und noch einmal circa 10 % unter isolierten motorischen, sprachlichen oder kognitiven Retardierungen, so dass insgesamt eine Behandlungserwartung bei maximal 10 – 15 % aller Kinder besteht, was in etwa den oben angegebenen Zahlen von 50 – 70.000 Kindern entspricht. Legt man die Salzgitter-Daten zugrunde, wurden dort etwa 15,8 % der Kinder mit behandlungsbedürftigen Entwicklungsretardierungen ermittelt.

Diesen Zahlen sind aber nun noch die Kinder zuzurechnen, die – aus welchen Gründen auch immer – ihre Basiskompetenzen in den Bereichen Motorik und Sprache als auch im emotionalen Bereich nicht ausentwickeln konnten und zumindest für eine befristete Zeit therapiebedürftig sind. Die Salzgitterstudie schätzt diesen Anteil auf circa 12 %. Das würde – umgerechnet auf Berliner Verhältnisse – bedeuten, dass noch einmal kumulativ circa 50 – 60.000 Kinder zu niedergelassenen Therapeuten oder anderen Therapieeinrichtungen überwiesen werden. Unter den gegebenen Berliner Bedingungen schätzen wir diese Zahl allerdings noch höher ein. Beide Subgruppen, die der als chronisch krank definierten Kinder und die mit den befristeten Therapiemaßnahmen, machen ungefähr 25 – 30 % aller Berliner Kinder bis zum Alter von 15 Jahren aus. Ein erstes Behandlungsmaximum dürfte bis zum Schuleintrittsalter erreicht werden.

Ein besonderes Problem sind in diesem Zusammenhang Kinder aus Familien in Armut, die neben der prekären finanziellen Situation auch durch den hier



Foto: imago/Sommer

häufig vorhandenen geringen Bildungshintergrund der Familien vorbelastet sind. Armut ist ohnehin für Kinder ein Gesundheitsrisiko ersten Ranges. Arme Kinder weisen häufiger Entwicklungsstörungen auf, haben mehr Karies, ein höheres Unfallrisiko und sind schlechter durchimpft. Etwa jedes vierte Kind in Berlin lebt in einer Armutsfamilie.

„Familie“ als Anregungssystem versagt zusehends

Was läuft in dieser Gesellschaft falsch, dass wir heute so viel mehr Kinder mit Entwicklungsdefiziten feststellen als erwartet? Eine einfache Antwort ist sicher nicht möglich, aber als eine Ursache darf sicher postuliert werden, dass das Wesentliche, die gesamte vorschulische Entwicklung eines Kindes begleitende Erziehungs- und Anregungs-

system unserer Gesellschaft, die Familie, Defizite zeigt und eine zunehmende „edukatorische Insuffizienz“ aufweist. Sie versagt offenbar zunehmend als ein System, das bisher in der Lage war, eine gute, zumindest aber ausreichende vorschulische motorische, sprachliche und kognitive Anregung unserer Kinder zu gewährleisten. Die Zunahme der Entwicklungsrückstände belegt zudem, dass außerfamiliäre Erziehungsinstitute wie Kindergärten und Kindertagesstätten zurzeit nicht in der Lage sind, hier kompensatorisch entgegen zu wirken.

Zu beklagen ist, dass es hierdurch zu einem anfangs schleichenden, jetzt aber exorbitanten Transfer ursprünglich und prinzipiell gesellschaftlicher pädagogischer Aufgaben, wie sie in Familie und Kindergarten zu leisten wären, in die Medizin gekommen ist.

Die Medizin sieht sich plötzlich mit der Forderung konfrontiert, subsidiär an die Stelle der Erziehungsinstanzen zu treten und die durch die gesellschaftlichen Erziehungsdefizite verursachten Entwicklungsdefizite unserer Kinder zu kompensieren. Die Folge ist eine anwachsende „Medikalisierung“ dieser grundlegenden pädagogischen Aufgaben unserer Gesellschaft.

Medizin kann Pädagogik nicht ersetzen

Es sei hier in aller Deutlichkeit konstatiert, dass die Medizin mit dieser Aufgabe überfordert ist. Keine noch so gute Therapie kann eine schlechte Sprach-erziehung auf dem Hintergrund schlechter oder nichtdeutscher Sprachvorbilder reparieren, kein noch so gutes Spiel- und Anregungsprogramm bereits vorschulisch verhaltensgestörte und entwicklungsretardierte Kinder zu geistig lebhaften, kreativen, phantasievollen und wissbegierigen Kindern umbiegen. Spätere Folgen können sein: abgebrochene Schullaufbahnen, abgebrochene Lehren, Drogenabhängigkeit und Delinquenz, das belegen zahlreiche Untersuchungen. Aber: Das Medizinsystem ist nicht die soziale Arznei, die hier heilen kann. Im Gegenteil: Wir müssen – um es salopp zu formulieren – bezüglich der vorschulischen Entwicklung und Anregung unserer Kinder wieder rein in die Pädagogik und raus aus der Medizin.

Wenn immer mehr Familien als „Entwicklungsanreger“ – sei es auf deutschem oder anders ethnischem Hintergrund – ihren Aufgaben nicht mehr gerecht, zunehmend „pädagogisch insuffizient“ werden, müssen andere gesellschaftliche Institutionen hier unterstützend wirken und zum Teil diese Aufgabe übernehmen. Diesbezüglich sind es vornehmlich die Kindergärten oder Kindertagesstätten, aber auch die Tagesmütter, die hierfür in Frage kommen. Zurzeit sind diese Einrichtungen aber für diese extrem wichtige pädagogische Aufgabe nicht gerüstet. Es fehlt an einer spezifischen Ausbildung, aber auch an einer gesellschaft-

lichen Würdigung ihrer in ihrer Bedeutung der Schule gleichzusetzenden pädagogischen Anregungsfunktion. Kindergärten, Kindertagesstätten, ja auch entsprechend qualifizierte Tagesmütter müssen gesellschaftlich und insbesondere politisch als Bildungsinstanzen begriffen werden. Nur so ist zu erwarten, dass Kindergärten und Kindertagesstätten bei politischen Entscheidungen ihrer wichtigen gesellschaftlichen Funktion gemäß berücksichtigt werden. Weiterhin sollte viel kreative Intelligenz dazu verwendet werden, die Qualität der familiären Erziehungs- und Anregungsarbeit zum Beispiel durch den geschickten Einsatz der alltäglich konsumierten Medien zu heben.

Erste Modellkitas in Schöneberg und Spandau

In sechs Berliner Kitas in den Bezirken Tempelhof/Schöneberg und Spandau wird seit Anfang 2004 probeweise ein Sprachförderprogramm und eine niederschwellige Sprach- und Motorikanregung durchgeführt. Das Sprachförderprogramm nach PD Dr. Zvi Penner/ Universität Konstanz geht demnächst in die Evaluation. Daneben läuft ein in den gleichen Kitas bereitgestelltes Motorik-Programm „Kleine kommen ganz groß raus“ von der AOK.

Durchgeführt wird das Modellprojekt von den Gesundheits- und Jugendstadträten der Bezirke Tempelhof/Schöneberg und Spandau, den entsprechenden Plan- und Leitstellen, dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst beider Bezirke, der AOK, dem Landessportbund und – als Initiator – dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Wichtig war zudem die finanzielle Unterstützung aus Spenden und Mitteln der beteiligten Bezirksämter, aber auch über ehrenamtliche Helfer.

Was ist zu tun?

1. Umdenken

Kindertagesstätten und Kindergärten müssen als wichtige Institutionen der vorschulischen Entwicklungsanregung begriffen werden. Insbesondere für die große Zahl der Kinder, die in Armut leben müssen, sind solche Einrichtungen die beinahe einzige Chance, motorisch, sprachlich und geistig angeregt zu werden. Gerade diese Kinder müssen in den Fokus unserer Aufmerksamkeit rücken. Eine entsprechende Aus- und Fortbildung der Erzieher und Erzieherinnen in den Bereichen „sprachliche, motorische und kognitive Anregung“ ist notwendig.

2. Der Zugang zu Kinderbetreuungseinrichtungen muss niederschwellig und preiswert sein. Für Familien mit Kindern nichtdeutscher Herkunft müssen besondere (sprachliche) Förder- und Integrationsangebote gemacht werden, um ihnen die Entsendung ihrer Kinder in diese Einrichtungen attraktiv werden zu lassen.

3. Schaffung von Modellprojekten in sozialen Brennpunktbezirken Berlins.

In so genannten Modellkitas sollten zunächst wissenschaftlich evaluierte Anregungsprogramme für die sprachliche und motorische Entwicklung installiert werden. Diese Programme müssen derart gestaltet sein, dass sie unproblematisch und niederschwellig in den täglichen Programmablauf integriert werden können. Die Sprachförderprogramme sollten so flexibel sein, dass sie sich dem in Berlin regional unterschiedlich hohen Anteil von Kindern nichtdeutscher Muttersprache anpassen können.

Wir müssen schnell zu Lösungen kommen. Unsere Kinder warten nicht mit dem Heranwachsen.

Verfasser:

Dr. med. Ulrich Fegeler
Niedergelassener Kinderarzt
Pichelsdorfer Str. 61, 13595 Berlin

Literatur in der Internet-Version dieses Beitrags.

Bestandene Facharztprüfungen Mai bis Juli 2004*

Allgemeinmedizin

Dr. med. Andrea Brüggenthies	25. Mai 2004
Karen Elke Faist	1. Juni 2004
Ljudmila Jäggle	25. Mai 2004
Birgit Korn	29. Juni 2004
Dr. med. Daniel Jansen	25. Mai 2004
Dr. med. Jens-Uwe Langer	1. Juni 2004
Christina Meyer-Knaudt	29. Juni 2004
Dr. (ausl.) Alla Natanson-Wernik	29. Juni 2004
Kathrin Neubert	29. Juni 2004
Dr. med. Julia Rohe	25. Mai 2004

Anästhesiologie

Sten Artz	23. Juni 2004
Dr. med. Sven Bercker	23. Juni 2004
Dr. med. Dmitri Bezinover	23. Juni 2004
Dr. med. Achim Foer	26. Mai 2004
Dr. med. Maria Genau	26. Mai 2004
Susanne Gößling	26. Mai 2004
Gabriele Jenzik	24. Mai 2004
Dr. med. Irit Kürer	23. Juni 2004
Dr. med. Alexander Schulz-Gibbins	26. Mai 2004
Dr. med. Anja Thieme	24. Juni 2004
Simone Wehen	24. Juni 2004
Susanne Weisly	24. Mai 2004

Anatomie

Dr. med. Andreas Winkelmann	13. Juli 2004
-----------------------------	---------------

Arbeitsmedizin

Annette Geißler	26. Mai 2004
Andreas Göckenjan	9. Juni 2004
Britta Stopp	9. Juni 2004
Dr. med. Damian Johannes Zydra	26. Mai 2004

Augenheilkunde

Dr. med. Hildegard Jamerson	28. Juli 2004
Jan Jerrentrup	5. Mai 2004
Stephan Killias	5. Mai 2004

Chirurgie

Dr. med. Ralf Czymek	27. April 2004
Dr. med. Robert Ehlers	27. April 2004
Michael Müller-Horvath	8. Juni 2004
Sabine Just	14. Juli 2004
Stefan Kaiser	27. April 2004
Jochen Kolouch	14. Juli 2004
Melanie Lohwasser	27. April 2004
Dr. med. Jan Proske	14. Juli 2004

Dr. med. Andrea Schellnack-Ipoumb	14. Juli 2004
Ingo Seiter	8. Juni 2004
Dr. med. Bernward Steinhorst	14. Juli 2004
Ulrich Weiße	27. April 2004
Borris Jansen-Winkeln	27. April 2004

Diagnostische Radiologie

Dr. med. Holger Arndt	24. Juni 2004
Dr. med. Lars Göhler	24. Juni 2004
Christian Wilfred Hoffmann	27. Mai 2004
Dr. med. Grit Rademacher	24. Juni 2004
Dr. med. Meike Thara	6. Juli 2004

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Sigrun Budewitz	30. Juni 2004
Antonia Gill	12. Mai 2004
Dr. med. Grit Neisser	12. Mai 2004
Dr. med. Kecia-Angelique Schleyer	30. Juni 2004
Dr. med. Christine Sedlatzek	12. Mai 2004
Dr. med. Markus Vogt	30. Juni 2004

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. med. Börries Bellmann	21. Juli 2004
Heiko Mendrik	21. Juli 2004
Mie Yamanouchi-Zegenhagen	21. Juli 2004

Haut- und Geschlechtskrankheiten

M.D./SYR Razan Hamideh	17. Dezember 2003
Matthias Kröz	5. Mai 2004

Humangenetik

Inga Zastrow	1. Juli 2004
--------------	--------------

Innere Medizin

Tansel Aksü	9. Juni 2004
Dr. med. Hermann Braun	19. Mai 2004
Matthias Fleischer	16. Juni 2004
Dr. med. Stefanie Fuhrmann	9. Juni 2004
Prof. Dr. med. Jens Jordan	19. Mai 2004
Malte Hofmann	19. Mai 2004

Simin Kiapournia 16. Juni 2004
 Dr. med. Christian Kirchof 9. Juni 2004
 Dr. med. Christoph Klein 5. Mai 2004
 Dr. med. Susanne Kleiner 16. Juni 2004
 Dr. med. Peter Kohlstrung 5. Mai 2004
 Dr. med. Matthias Kröz 5. Mai 2004
 Dr. med. Thomas Langen 9. Juni 2004
 Ulrich Melsheimer 5. Mai 2004
 Götz Mollenhauer 16. Juni 2004
 Dr. med. Markus Müller 19. Mai 2004
 Dr. med. Lars Rothermund 5. Mai 2004
 Dr. med. Henry Schütt 16. Juni 2004
 Gerit Weber 19. Mai 2004
 Ulrich Wolf 16. Juni 2004

Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Judit Andreae 30. Juni 2004
 Dr. med. Christian Hessel 30. Juni 2004
 Dr. med. Friederike Nützenadel 30. Juni 2004
 Dr. med. Anne-Katrin Pieper 23. Juni 2004

Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie

Ute Mendes 15. Juni 2004

Kinderchirurgie

Stephan Kraft 8. Juni 2004

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Nadim Al-Obaidi 26. Mai 2004

Neurologie

Dr. med. Nicola Apitz 13. Mai 2004
 Roland Nohr 13. Mai 2004

Orthopädie

Rex Lehnigk 8. Juni 2004

Stephan Simon 8. Juni 2004
 Dr. med. Ron-Sascha-Spitzer 27. April 2004

Pathologie

Dr. med. Carsten Denkert 3. Juni 2004
 Dr. med. Christiane-Manuela Gerhold 13. Mai 2004
 Dr. Dr. med. Konrad Kölbl 13. Mai 2004
 Dr. med. Ute Krüger 13. Juli 2004

Plastische Chirurgie

Dr. med. Juliane Frucht 30. Juni 2004
 Dr. med. Yvonne Poloczek 30. Juni 2004

Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Markus Müller 1. Juni 2004
 Henriette Halama 22. Juni 2004
 Dr. med. Claudia Uftring 29. Juni 2004

Psychiatrie

Roland Paesler 1. Juni 2004

Strahlentherapie

Dr. Dirk Bottke 24. Mai 2004
 Dr. Dirk Geismar 24. Mai 2004

Urologie

Dr. med. Bert-Michael Rufferet 8. Juni 2004
 Dr. med. Steffen Weikert 8. Juni 2004
 Dr. med. Björn Winkelmann 8. Juni 2004

* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert.

*Azathioprin***Myelodysplastisches Syndrom**

Bei einer 49-jährigen Patientin mit Multipler Sklerose wurde vor circa 4 Jahren eine 5-jährige Therapie mit Azathioprin (Imurek®, viele Generika) wegen einer Leukopenie abgebrochen (kumulative Dosis 45 g). Bei der akuten Krankenhausaufnahme wurde eine Panzytopenie festgestellt, eine Knochenmarkbiopsie ergab die Diagnose eines myelodysplastischen Syndroms

(MDS) mit genetischen Veränderungen – multiple Chromosomenaberrationen, darunter Azathioprin-typisch an Chromosom 7. Komplexe zytogenetische Veränderungen deuten auf eine schlechte Prognose, die Patientin verstarb vor einer geplanten allogenen Stammzelltransplantation an einer Hirnblutung. Die Autoren empfehlen eine strenge Indikationsstellung für eine langfristige Therapie mit Azathioprin.

Quelle: Dtsch. Med. Wschr. 2004; 129: 1246

Anmerkung: Die tägliche Dosis der 50 kg schweren Patientin betrug ungefähr 25 mg, ein Viertel der auch bei therapieresistenter Polyarthritiden empfohlenen Anfangsdosierung und die halbe empfohlene Dosis bei Dauertherapie (1 mg/kg KG). Nachdem die kumulative Dosis von Azathioprin zum Auftreten eines MDS beiträgt und Schäden nach Absetzen des alkylierenden Arzneistoffes anscheinend nicht repariert werden können, müssen Nutzen und Risiko einer Dauertherapie sorgfältig erwogen werden.

*Teicoplanin***Überempfindlichkeits-syndrom**

Eine mit Ceftriaxon und Clarithromycin behandelte Pneumonie erforderte bei einem 47-jährigen Psoriatiker aufgrund einer Bakteriämie durch Methicillin-resistente Staphylokokken (MRSA) einen Therapiewechsel auf Flucloxacillin und Teicoplanin (Targocid®). Mehrere Faktoren verursachten eine verspätete Diagnostik eines Teicoplanin bedingten Überempfindlichkeitsyndroms (Hautreaktionen mit Eosinophilie und systemischen Symptomen):

Eine sich verschlechternde Psoriasis überdeckte die durch den Arzneistoff verursachten Hauteffloreszenzen.

Die sich nach Absetzen von Teicoplanin entwickelnden Allgemeinsymptome wurden als persistierende MRSA-Infektion fehlgedeutet.

Ein Überempfindlichkeitsyndrom war unter Teicoplanin noch nicht beschrieben. Erst das Verschlechtern der Symptome nach erneuter Gabe von Teicoplanin und die rasche Besserung nach Absetzen wies auf die richtige Diagnose, eine maskeartige unerwünschte Arzneimittelwirkung. Diese sind schwer zu verifizieren, aber bei protrahierten Verläufen immer in differenzialtherapeutische Erwägungen einzubeziehen.

Quelle: Brit.med.J. 2004; 328: 1292

*Barbexaclon***Vertriebseinstellung**

Der Vertrieb des Antiepileptikums Barbexaclon (Maliasin®), eine 60 : 40 Verbindung von Phenobarbital und Levopropylhexedrin (indirektes Sympathomimetikum), wird eingestellt und vorhandene Vorräte abverkauft. Da die Umstellung auf ein anderes Antiepileptikum längere Zeit benötigt, sollten bereits jetzt entsprechende

Vorbereitungen getroffen werden. Bei Umstellungsschwierigkeiten einzelner Patienten kann das Präparat als Einzelimport aus dem Ausland bezogen werden, da es zum Beispiel in der Schweiz, in Österreich und Italien weiter im Handel verbleibt.

Quellen: Pharm. Ztg. 2004; 149: 1881; Brit. med. J. 2004; 328: 1273; Münch. Med. Wschr. 2004; 146: 503

Anmerkung: In den letzten 10 Jahren sind für eine Umstellung geeignete neue Antiepileptika eingeführt worden (Felbamat, Gabapentin, Lamotrigin, Levetiracetam, Oxcarbazin, Tiagabin, Topiramat, Vigabatrin), deren spezifische Kontraindikationen bei interkurrenten Diagnosen beachtet werden sollten. Ein Kommentar zum Stellenwert dieser neuen Arzneistoffe:

Bei neu diagnostizierten Patienten zeigt sich kein Unterschied in der Effektivität einer Monotherapie zwischen neuen und älteren Antiepileptika. Die bestehenden Unterschiede der einzelnen Arzneistoffe hinsichtlich unerwünschter Wirkungen und Interaktionen zeigen bisher nicht, dass neue Antiepileptika generell mit einer verbesserten Lebensqualität verbunden sind.

Anfallsfreiheit wird bei Patienten, die auf eine Monotherapie nicht ansprechen, durch eine Kombination nur unvollständig erreicht. Außerdem bleibt offen, ob eines der neuen Antiepileptika im Erreichen dieses Therapiezieles den anderen überlegen ist.

*Memantin***Nutzen/Risiko**

Nach einer französischen Fachzeitschrift macht das unterschiedliche Profil unerwünschter Wirkungen (UAW) von Memantine (Axura®, Ebixa®) im Vergleich zu Donepezil (Aricept®), nämlich weniger gastrointestinale, mehr neurologische UAW, diesen Arzneistoff in der Therapie des Morbus Alzheimer zu einer Therapiealternative, wenn Donepezil oder ein anderer Cholinesterasehemmer nicht vertragen werden oder kontraindiziert sind.

Auf folgende Schwachpunkte wird aufmerksam gemacht:

– Ein direkter Vergleich zwischen Memantine und einem Cholinesterasehemmer ist nicht publiziert.

– Schwache Evidenzlage für die Wirksamkeit von Memantine in zu wenigen klinischen Studien, deren Ergebnisse zudem noch kritisch zu bewerten sind.

– Generell wird die Extrapolation psychometrischer Tests in klinische Erfolge als „heikel“ bezeichnet.

Quelle: Prescrire internat. 2003; 12: 203

Suizidalität im Alter

Früherkennung, Ursachen und Umgang

Erfreulicherweise ermöglichen vor allem die Fortschritte der Medizin eine Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung. Diese demographische Entwicklung verlangt aber von uns auch zukünftig eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema Alterssuizidalität. Während die Suizidrate bei jungen Menschen relativ niedrig ist, steigt sie ab dem 60. Lebensjahr besonders bei Männern an. Aber auch die Suizidalität von Frauen nimmt mit dem Alter zu. So ist jede zweite Frau, die sich suizidiert älter als 60 Jahre. Dem gegenüber sind die Erkenntnisse über Einflussfaktoren und den therapeutischen Umgang mit der Alterssuizidalität bislang unvollkommen. Wichtige Risikofaktoren sind psychiatrische Erkrankungen, hier insbesondere Depressionen, aber auch chronische Schmerzen und Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens. Zusätzlich spielen psychosoziale und biologische Faktoren, die das Selbstbild – oder anders gesagt unsere Identität – mit prägen, sicherlich eine Rolle.

Von Maïke Holling-Suhl, Bodo Liese und Jürgen Staedt

Suizidprävention, das Erkennen und Verhüten von Suizidalität im Alter setzt eine verständnisvolle Beziehungsaufnahme mit Reflexion der eigenen Vorstellungen über das Altersbild voraus. Nur unter Berücksichtigung dieses Aspektes kann es gelingen, die gesellschaftlich zunehmende Toleranz gegenüber der Suizidalität im höheren Lebensalter zu hinterfragen, oder anders gesagt: die subjektive „Unfreiheit“ der Suizidentscheidung zu erfassen.

Weltweit gesehen nimmt sich statistisch gesehen alle 30 Sekunden ein Mensch das Leben. In Deutschland stirbt alle 47 Minuten ein Mensch im Rahmen eines Suizides. Die Suizidalitätsversuchsrate liegt deutlich höher, so dass statistisch gesehen etwa alle 4,7 Minuten in Deutschland jemand versucht, sich das Leben zu nehmen.

Etwa 90 % aller Suizide treten bei psychiatrischen Erkrankungen auf, wobei mehr als 50 % der Suizide im höheren Lebensalter bei Depressionen auftreten. Unabhängig von der Kultur ist in fast

allen Ländern die höchste Suizidrate in der Altersgruppe >75 Lebensjahre anzutreffen.

Verlust der emotionalen Schwingungsfähigkeit

Um Suizidalität im höheren Lebensalter präventiv zu behandeln, ist es wichtig, das klinische Erscheinungsbild der Altersdepression zu erkennen. Generell besteht Einigkeit darüber, dass Depressionen im höheren Lebensalter zu wenig erkannt und auch ungenügend behandelt werden. Der Betroffene selbst, sein Arzt und die Gesellschaft sehen Symptome einer Depression häufig noch als Zeichen normalen Alterns an. Stets sollte beachtet werden, dass auch bei begründbarer depressiver Stimmung eine Depression im Alter erfolgreich behandelt werden kann.

Das Hauptproblem der Depressionserkennung im höheren Lebensalter ist die Tatsache, dass die Betroffenen oft gerade nicht über eine depressive Verstimmung

klagen. Stattdessen ziehen sich die Betroffenen sozial zurück, wirken emotional eingemauert und klagen häufig über Symptome, wie zum Beispiel Schwindel und Schmerzen, die keiner körperlichen Erkrankung zuzuordnen sind. Im Umgang mit den betroffenen depressiven Älteren findet sich in der Regel ein Verlust der emotionalen Schwingungsfähigkeit. Diese Patienten wirken mimisch eingeengt und sprechen oft mit leiser, monotoner Stimme. Auf Nachfragen werden häufig Schlafstörungen, Gewichtsabnahme, Unruhe, Reizbarkeit und Rückzug von Hobbys berichtet. Ein erhöhtes Risiko für eine depressive Verstimmung ergibt sich bei denen im Folgenden in der Tabelle aufgelisteten Merkmalen:

- Körperliche Einschränkung
- Berentung
- Schlafstörungen
- Vormalig bestehende depressive Verstimmung
- Partnerverlust
- Morbus Parkinson
- Schlaganfälle
- Weibliches Geschlecht

In der Altersgruppe der über 85-Jährigen sind als Risikofaktoren für das Auftreten einer Depression insbesondere zu nennen Einsamkeit, Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, Gedächtnisstörungen, schlechter Gesundheitsstatus, Einschränkung der Mobilität sowie der Heimbewohnerstatus.

Zusammenfassend ist es also zunächst wichtig, auf depressive Verstimmungen im höheren Lebensalter zu achten. Wir finden in der Regel Vitalsymptome, wie Konzentrations-, Antriebs- und Gedächtnisstörungen, Appetitverlust, Schlafstörungen, Schmerzsyndrome und Schwindelgefühl. Neben dem Erkennen der Hochrisikogruppe der Altersdepressiven ist es im Rahmen der Suizidprävention notwendig, das emotionale Erleben des suizidalen Menschen zu verstehen.

Für das Verstehen ist wichtig festzustellen, was „Suizidalität“ bedeutet: die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen nimmt die Todesfolge als Ergebnis in Kauf. Psychodynamisch liegt der Suizidalität eine veränderte Bewertung

der eigenen Person in Bezug auf andere Personen zugrunde.

Passive und aktive Suizidalität

Grundsätzlich ist Suizidalität kein Ausdruck von Freiheit, sondern eine Einengung der Bewertungsmaßstäbe durch objektiv und subjektiv erlebte Not. Auslöser sind in der Regel Konflikte in Beziehungen mit anderen Bezugspersonen, Todesfälle und schwere Erkrankungen.

Bei der Beurteilung von Suizidalität unterscheiden wir die passive Suizidalität. Darunter verstehen wir als Psychiater die Sehnsucht gerade älterer Patienten nach Schmerzfreiheit und spannungsfreier Harmonie. Bei der aktiven Suizidalität handelt es sich um einen geplanten, teilweise auch in Abschiedsbriefen angekündigten Suizidversuch mit dem direkten Ziel zu versterben, wobei die Analyse von Abschiedsbriefen älterer Patienten ergeben hat, dass ihre Selbsttötung ein aktiver Schritt sein soll, da sie den Tod nicht passiv hinnehmen wollen.

Sprechen Sie das Thema an!

Im Zentrum jeglicher Suizidprävention steht das Gespräch. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass man den Gesprächstil offen und direkt hält. Dabei sollte

die Suizidalität ernsthaft einfühlsam akzeptiert und über die Gründe für die Hoffnungslosigkeit gesprochen werden. Gerade diese erste Beziehungsaufnahme wirkt schon antisuizidal, da in der Regel Suizidalität nicht bei Menschen auftritt die in stabilen, sie akzeptierenden Beziehungen leben. Ganz wichtig ist der Grundsatz, dass das Sprechen über Suizidalität keine Suizidalität induziert. Der oder die Betreffende muss seine Suizidalität nicht rechtfertigen, sondern im Gespräch soll vermittelt werden, dass die Suizidalität akzeptiert wird und wir versuchen möchten, den Stellenwert im subjektiven Erleben zu verstehen und gemeinsam zu klären.

Dazu ist es hilfreich, sich Zeit zu nehmen, zuzuhören und nachzufragen. Wichtig ist auch Trauer, Enttäuschung und Verzweiflung zunächst mit auszuhalten und nach Problemlösungsstrategien zu suchen. Hierher gehört zum Beispiel der Hinweis auf die gedankliche Einengung im Rahmen einer potenziell vorliegenden depressiven Verstimmung sowie einer möglicherweise nicht ausreichenden Schmerzbehandlung. Ganz wichtig in der Krisensituation für den Gesprächskontakt ist die emotionale Nähe, um der oder den Betroffenen das Gefühl der menschlichen Nähe zu vermitteln. In Einzelfällen können die Betroffenen

so schwer gekränkt, wütend und verzweifelt sein, dass der Suizidplan die vielleicht derzeit einzige sichtbare Lösung zu sein scheint. In diesen Fällen muss akzeptiert werden, dass etwa das Weiterleben ohne den geliebten Partner als nicht lebenswert erscheint, dass es aber vielleicht doch denkbar wäre vor der Vollendung des Todeswunsches noch einmal nach anderen Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

Am Ende des Krisengesprächs steht dann die Frage nach der Entlastung bzw. dem Bestehen von lebensüberdrüssigen Gedanken. Bei Hinweisen auf mangelnde Absprachefähigkeit mit bestehender Selbstgefährdung sollte ohne Schuldgefühle die Vorstellung bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen. Abschließend ist festzustellen, dass jeder ältere und alte Mensch bei Vorliegen der aufgezeigten Symptome ein Anrecht auf eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung hat.

Anschrift der Verfasser:
Maïke Holling-Suhl
Dr. med. Bodo Liese und
Prof. Dr. med. Jürgen Staedt
c/o Vivantes Klinikum Berlin-Spandau
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Griesingerstraße 27-33, 13589 Berlin

Foto: Loy



Günther Morack

Sammler von Möbeln und Namen

Flexibel denken hat Günter Morack schon früh gelernt. Die Tatsache, dass es in der DDR keine OP-Handschuh-Wasch-Trocknungs-Pudermaschine gab, ließ ihm gar keine andere Wahl. Moracks Mediziner besorgten sich eine Waschmaschine, ein Lüftungsgebläse vom Trabant und bauten einen Prototyp, der es schließlich bis zur Leipziger Messe schaffte. Wer so was kann, wird auch mit den Herausforderungen von Klinikprivatisierungen und Kostendämpfungsgesetzen fertig.

Morack ist seit fast 20 Jahren Chefarzt der Frauenklinik in Buch, seit drei Jahren im Verbund der Helios-Kliniken. Eigentlich kommt er aus Gardelegen, einer Kleinstadt in der Altmark. Dort war sein Vater Hauptbuchhalter in einer LPG. Als vielseitig begabter Schüler mit einem ausgeprägten Gedächtnis für Zahlen und Ereignisse erschien es Morack sinnvoll, sich der Geschichte zu widmen. Doch als es ernst wurde mit der Berufswahl, schwenkte er schnell auf Medizin um, denn was soll einer mit Geschichte groß anfangen?

Der Vater eines Freundes war Chefarzt in Gardelegen.

Der arbeitete mit Kopf, Herz und Verstand. Und mit den Händen. Das isstes, dachte sich

Morack, und begann sein Medizin-Studium an der Humboldt-Uni.

Das war noch vor dem Mauerbau, 1960.

Student Morack

überschritt regelmäßig die Sektorengrenze nach West-Berlin. In Siemensstadt gab er Nachhilfe in Latein und Mathe. Das war freiwillig und brachte Devisen. Dann gab es auch weniger angenehme West-Aufenthalte. HU-Studenten mussten regelmäßig Propaganda-Flugblätter verteilen, um die vom Imperialismus unterjochten Menschen wachzurütteln. Dabei bezogen sie dann oft „Dresche“.

Der Humboldtianer Morack begeisterte sich mehr für das, was an der Universität geschah. Zusammen mit 500 Kommilitonen erlebte er im Hörsaal eine Geburt – ein „emotionales Ereignis“. Nach sechs Jahren ist Morack promovierter Arzt mit besten Noten. Über den Kontakt zu einem Professor bekommt er 1967 im Klinikum Buch eine Stelle. Abgesehen von kurzen Hospitanzen ist er dem Krankenhaus treu geblieben. Morack wohnt sogar auf dem Klinikgelände: 160 Quadratmeter Altbau, schon in der DDR war das eine Traumwohnung. Morack konnte viele alte Möbel unterbringen – Sammlerstücke aus dem Biedermeier sind sein Hobby. Das Chefarztzimmer, in dem er Patienten empfängt, wäre die ideale Kulisse für eine Sauerbruch-Verfilmung.

Sauerbruch hätte sich allerdings nicht so zwanglos mit seinen Patienten unterhalten. Wahrscheinlich konnte er sich auch nicht die vielen Namen merken. Morack kann das „Ich habe das trainiert.“ So im Vorübergehen erkundigt er sich bei - nennen wir sie Frau Schmidt - wie die Untersuchungen laufen und schließt die Plauderei mit dem aufmunternden Satz: „Morgen kommen Sie unters Messer.“ Frau Schmidt, 82 Jahre und gut in Schuss, retourniert: „Ich freu' mich drauf.“

Morack sagt seinen Patientinnen, sie möchten doch mit allen Anliegen zu ihm kommen. Und er meint das auch so. Kommen müssen sie dann gar nicht, weil Morack jeden Abend zwischen 19 und 22 Uhr seine Runden durch die Stationen macht. Diesen zeitlichen Mehraufwand findet er „ganz normal“. In seinem Gedächtnis ruft er dann die notwendigen Daten ab: Frau Müller, Zimmer 36, Bett am Fenster, Mammakarzinom mit Metastasen, Chemo begonnen, Beruf Landschaftsgärtnerin, verheiratet, 2 Kinder. „Der persönliche Kontakt ist genauso wichtig wie die Arbeit am OP-Tisch“, sagt Morack. Jüngeren Kollegen sei das oft nicht bewusst. Einer grüßte eine Patientin mal mit „Na, Oma, wie geht's“. Solche Rückfälle in alte Medizinalratsgepflogenheiten sollte man sich im Beisein von Morack besser nicht leisten.

Fühlt sich der Patient geachtet und ernst genommen, wird er schneller gesund und kommt wieder. Ein Chefarzt muss heute um jeden Patienten werben, hat Morack gelernt. Auch darin ist er flexibel, gibt der Bild-Zeitung Interviews und tritt in Fernsehmagazinen auf. In der DDR gehörte das nicht zu seinen Aufgaben. Schwangere Frauen wurden zur Entbindung den einzelnen Krankenhäusern einfach zugeteilt – nach Postleitzahlen.

Thomas Loy

In dieser Rubrik portraituren wir in loser Folge Ärzte aus Berlin. Dabei wollen wir Kollegen vorstellen, die uns durch ein besonderes ärztliches Engagement oder durch eine ungewöhnliche Vita aufgefallen sind. Über Vorschläge unserer Leser freuen wir uns sehr. Redaktions-Tel. 40 80 6-1600

Alfred Schwarzburd und Hermann Zondek

Eine Recherche zur Vertreibung jüdischer Ärzte aus Berlin

Alles kam im Jahr 2002 ins Rollen: Über Umwege landete damals eine E-Mail aus Florida im Vivantes Klinikum Am Urban. Es fragte eine etwa 60-jährige Frau nach Einzelheiten zum Leben ihres Vaters, Dr. Alfred Schwarzburd, der um 1930 im Klinikum Am Urban gearbeitet haben sollte. Der Gynäkologie-Chef des Urban-Klinikums, Prof. Dr. med. Werner Mendling, nahm die Sache in die Hand und stieß bei seinen Recherchen auf eine erstaunliche, teils dramatische Fluchtgeschichte. Das von Mendling recherchierte Beispiel wirft einen Blick auf das dunkle Kapitel der Vertreibung jüdischer Kollegen aus Berliner Krankenhäusern in den 30er Jahren. (Die Red.)

Am 10. März 1933 wurden Alfred Schwarzburd, Hermann Zondek und andere jüdische Ärzte aus dem Klinikum Am Urban vertrieben. Alfred Schwarzburd arbeitete damals in der I. Chirurgischen Abteilung des Urban-Klinikums. Er hatte zwei Jahre zuvor bei Geheimrat Professor His an der Friedrich-Wilhelm-Universität (der heutigen Humboldt-Universität) über das Thema „Zur Frage des Einflusses des Unfalles und der Kriegsstrapazen auf die Arteriosklerose“ promoviert. Damals war Prof. Hermann Zondek einer der beiden ärztlichen Direktoren des Urban-Klinikums und leitete die Innere Abteilung*. Er war einer der berühmten Ärzte seiner Zeit, der von zahlreichen Persönlichkeiten des politischen und künstlerischen Lebens konsultiert wurde. Die Vertreibung der jüdischen Ärzte hat Hermann Zondek in einem Buch beschrieben. In „Auf festem Fuß – Erinnerungen eines jüdischen Kliniklers“ (Stuttgart 1973) schreibt er:

„Gegen 1 Uhr war ich mit der ärztlichen Krankenvsiste fertig, bei der ich vor einer beträchtlichen Anzahl von Assistenten und Hörern wie gewöhnlich Krankheitsfälle erläuterte hatte, da erschien ein Diener, um mich in das Direktoriatsgebäude zu bitten. Inzwischen hatte eine Gruppe von SA-Leuten unter Führung des Grafen Helldorf, der noch im gleichen Monat zum Polizeipräsidenten von Potsdam ernannt wurde, das Krankenhaus besetzt. Alle Zu- und Ausgänge waren versperrt. Ich wurde in mein Dienstzimmer gemeinsam mit fast allen meinen jüdischen und einigen als Sozialisten bekannten nichtjüdischen Assistenten sowie den angeblich kommunistisch gesinnten Krankenhausangestellten für etwa eine Stunde hinter Schloss und Riegel gesperrt. Mindestens ein Dutzend schwer bewaffneter SA-Leute schwirrten im Korridor herum. Im Zimmer selbst hatten ebenfalls bewaffnete SA-Männer zu unserer Bewachung Aufstellung genommen. Wir durften uns nicht vom

Platze bewegen. Die Schränke, sämtliche Schubladen des Schreibtisches, selbst mein Mantel und meine Aktentasche, alles wurde sorgfältig durchsucht. Einer der SA-Leute legte mir einen Verpflichtungsschein zur Unterschrift vor, durch den ich mein vor dem Krankenhaus stehendes Auto der Nationalen Bewegung zur Verfügung zu stellen hatte.

Dabei fuchtelte er mit seinem Revolver in einer mir deutlich wahrnehmbaren Nähe herum. Natürlich unterschrieb ich. Seine erste Dienstfahrt im Namen des neuen Geistes trat er bald darauf an. Man benutzte es dazu, um meine jüdischen Assistenten an einen Ort zu bringen, wo sie entsetzlich verprügelt wurden. Inzwischen hatte sich im Nebenraum eine Art SA-Gericht konstituiert, vor das ich geführt wurde. Mein früherer Medizinalpraktikant, Herr Kohn, saß da als einer meiner Richter (er änderte kurze Zeit darauf seinen Namen in Kondeyne und machte eine nationalsozialistische Arzt Karriere). Sehr kurz und abrupt eröffnete man mir, dass ich meiner Stelle als Direktor des Spitals entsetzt sei und dasselbe nicht mehr zu betreten habe... Am gleichen Abend gegen 21.00 Uhr bestieg ich in Begleitung meines Bruders Samuel den D-Zug nach Zürich, um Deutschland für immer zu verlassen. Noch im letzten Moment traf mein Assistent Dr. Leo Wislicki auf dem Bahnsteig ein, um sich zu verabschieden. Er erschien mit blutunterlaufenem, verbundenem Gesicht. Er gehörte zu denen, die mittags in meinem Wagen abtransportiert und dann jämmerlich verprügelt wurden.“

Nachdem Schwarzburd Berlin damals verlassen musste, arbeitete er ein oder zwei Jahre ohne behördliche Meldung

*) Die in der Gynäkologie bekannte Aschheim-Zondek'sche Reaktion geht auf seinen vier Jahre jüngeren Bruder Bernhard Zondek zurück, der von der Charité kommend Chefarzt der Gynäkologischen Abteilung in Spandau geworden war.

gen untergetaucht in der damaligen Staatlichen Frauenklinik in Dresden. Die Engländer verweigerten ihm bei der weiteren Flucht die Einreise nach Palästina, da er ohne Pass war. So schwamm er von einem Schiff aus illegal an Land, arbeitete zwei Jahre als Lastenträger und Bauarbeiter, bis er hörte, dass sein alter Chef Zondek in Jerusalem arbeitete. Er ging zu Fuß von Jaffa nach Jerusalem zu Zondek, der ihn legitimieren ließ. Schwarzburd wurde schließlich bei dessen Bruder Bernhard Zondek im Hadassa-Krankenhaus in Jerusalem Gynäkologe. Er eröffnete später eine Praxis in Petach Tikvah, war bei Arabern und Israelis sehr beliebt und half beispielsweise Benjamin Netanjahu ans Licht der Welt. Er heiratete 1936; fünf Jahre später wurde seine Tochter Liora geboren, jene, die sich 60 Jahre später mit ihrer Anfrage ans Urban-Klinikum wandte. Im Jahre 1952 starb Alfred Schwarzburd im Alter von 46 Jahren.

Verfasser:

Prof. Dr. med. Werner Mendling
Direktor der Kliniken für Gynäkologie
und Geburtsmedizin
Vivantes Klinika Am Urban und im
Friedrichshain
Dieffenbachstr. 1, 10967 Berlin
werner.mendling@vivantes.de



Foto: privat

Dieses Foto zeigt den jungen Arzt Alfred Schwarzburd. Es stammt aus Familienbeständen.