

Schaltjahr



Foto: Archiv

Dr. med. Günther Jonitz

Präsident der Ärztekammer Berlin

Wäre das Gesundheitswesen ein Patient, dann würde man als Krankenhausarzt Folgendes in Erfahrung bringen: Wer hat heute Dienst? Ist auf der Intensivstation ein Bett frei? Sind die Angehörigen erreichbar? Scherz beiseite, das soeben angebrochene Jahr hat es in sich. Das GKV-GMG verspricht viel: die Beitragssätze sollen spürbar sinken, die Qualität soll besser werden, die Souveränität der Patienten wird gesteigert und durch sinkende Lohnnebenkosten werden Arbeitsplätze geschaffen. Glauben Sie das? Kennen Sie jemanden, der das glaubt? Ich nicht. Eher im Gegenteil. Bis Mitte diesen Jahres wird sich herausstellen, dass außer jeder Menge Ärger und Bürokratie die Beiträge für die Versicherten eher gleich bleiben, die Unzufriedenheit bei Ärzten und Patienten wird nochmals zunehmen und die schönen Versprechungen werden nicht eintreten. Daneben werden früher beschlossene politische Aktionen Wirkung entfalten. DMPs sollen die Versorgung chronisch kranker Menschen verbessern. Tatsächlich wesentlich an Disease Management-Programmen ist jedoch nicht die Behandlung der Risiken unserer Patienten, sondern deren Dokumentation. Dafür gibt es Geld – für den Arzt etwas, für die Krankenkassen viel.

Im Krankenhaus werden DRGs dazu führen, dass es zu massiven Einschnitten kommen wird. Auch wenn im Jahr 2004 noch Budgetneutralität vorgegeben ist, sollte man sich nicht darauf verlassen, dass dies durch Regelungen im Kleingedruckten nicht doch zu finanziellen Einbußen führt. Mit DMPs und DRGs hat der Gesetzgeber in seiner erhabenen Weisheit genau die fehlsteuernden finanziellen Anreize festgeschrieben und potenziert, die er bei uns Ärztinnen und Ärzten immer lauthals kritisiert hat. Man wagt kaum darüber nachzudenken, was passiert, wenn sich das Versagen dieser Reform herausstellt. Es käme einer Bankrotterklärung ziemlich nahe.

Die Konsequenzen sind absehbar. Für Ärzte und Patienten heißt es „durchwursteln“ und hoffen, dass man lange genug ohne Schaden durchhält. Für die Politik bleiben zwei Szenarien: Durchhalteparolen á la „Veränderungen brauchen ihre Zeit“ („Ihre“ sollte in dem Fall groß geschrieben werden, es ist unsere Zeit und die unserer Patienten, die verbraucht wird) oder sie tritt die Flucht nach vorn an. Die rot-grüne Bundesregierung hat momentan nicht viel zu verlieren. Kommt beim Scheitern der Reformgesetze der lang intendierte und ideologisch begründete Systemwechsel? Das Gesundheitssystem der DDR wurde bei der Einführung der Schmidt'schen Reform öffentlich als Vorbild genannt.

Noch selten war unser Beruf solch schwerwiegenden Fremdeinflüssen ausgesetzt. Fatal wäre es, wenn unsere primären Tugenden in diesen Turbulenzen verloren gingen, wie die bedingungslose Zuwendung zum Patienten zur hochwertigen und humanen Behandlung und Betreuung, Objektivität, Können und Unvoreingenommenheit. Wenn unsere ärztlichen Werte auf dem Scheiterhaufen der Ökonomie und Bürokratie gelandet sind, ist auch unser Beruf selbst nicht mehr viel wert. Lassen wir uns weder verkaufen noch selbst zu medizinischen Kaufleuten werden. Die Zeiten werden mittelfristig wieder besser, so oder so. Spätestens durch Angebot und Nachfrage regelt sich unser Gesundheitswesen wieder in Richtung auf „gute Behandlung“ und nicht mehr auf „niedrige Kosten“. Umbau und Abbau finden parallel statt. Der Abbau liegt momentan in Führung. Das wird nicht so bleiben, aber es dauert. Bleiben Sie Ihren ärztlichen Werten treu. Gute Ärztinnen und Ärzte werden mehr denn je gebraucht.

Ihr



BERLINER ÄRZTE

NR 1/2004



TITELTHEMA

Kaum zu schaffen, nicht durchdacht

Berlins niedergelassene Ärzte stöhnen auf: die Disease-Management-Programme (DMPs), eigentlich als Verbesserung von Behandlungsabläufen gedacht, entpuppen sich in der Praxis als bürokratischer Zeitfresser. Ärzte kämpfen mit Erhebungsbögen, die alles Mögliche abfragen aber Wichtiges vergessen. Einhellige Meinung: Der Frust ist größer als die Effekte für die Patienten.

Von Daniel Rühmkorf14

MEINUNG

Schaltjahr

Von Günther Jonitz3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

Mitteilungen aus dem Bundesinstitut für Risikobewertung

11

Leserbriefe12

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Beiträge zurück auf Niveau von 2002

Bericht von der Delegiertenversammlung am 12. November 2003

Von Sybille Golkowski21

Handlungsbedarf selbst bei Standardimpfungen

Aktuelle Querschnittsdaten von Kindern aus Berlin-Mitte zeigen
Impflücken

Von Carola Börner, Matthias Brockstedt und Jeffrey Butler24

100 Jahre Kaiserin-Friedrich-Stiftung

Gerade jetzt strich der Senat seine Zuwendungen

Von Jürgen Hammerstein27

PERSONALIEN.....

Zum 70sten von Ekkehard Vaubel28

Harald Dutz wird 9028

Zum Tode von Günter Stüttgen29

Bestandene Facharztprüfungen Sept. bis Nov. 200330

FEUILLETON.....

Portraits vom Kranken

Der Fotograf muss Arzt sein, denken Betrachter der schwarz/weiß-Fotos spontan, die derzeit im Medizinhistorischen Museum hängen. Und in der Tat, er ist es auch. Dr. Miguel Ribeiro, portugiesischer Internist und Tropenmediziner portraitierte afrikanische Patienten mit seiner Kamera.

Von Rosemarie Stein33

Impressum38

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Zentralklinik Emil von Behring Chefarzt der neu eingerichteten Abteilung für Plastische Chirurgie/Handchirurgie ist seit Dezember PD Dr. med. Jürgen Hußmann, der zuvor an der Parkklinik Weißensee tätig war.

Die Abteilung Chirurgische Orthopädie steht derzeit unter der kommissarischen Leitung von Dr. med. Jan Mattusseck.

Dr. med. Annegret Grassot, Chefärztin der Radiologie an der Lungenklinik Heckeshorn, hat Berlin Ende Dezember in Richtung Braunschweig den Rücken gekehrt. Die Abteilung wird ab Januar 2004 kommissarisch von Oberarzt Dr. med. Hubertus Grieße geführt. Es ist geplant, nach Ausscheiden des Chefarztes der Radiologie am Standort Behring, Dr. med. Dietrich Banzer, im Herbst 2004 beide Abteilungen gemeinsam unter eine neue Leitung zu stellen.

Dr. med. Friedrich da Fonseca-Wollheim, Leiter des Instituts für Labormedizin am Standort Behring, ist Ende November in den Ruhestand gegangen. Kommissarisch wird die Abteilung dort derzeit von Dr. med. Hans Schreiner geführt. Langfristig ist eine organisatorische Zusammenlegung der Labormedizin an beiden Standorten (Behring und Heckeshorn) geplant.

DRK Klinikum Westend Seit 1. November leitet Dr. med. Wilhelm Zuschneid, vormals tätig am Krankenhaus Bethel, das Zentrum für Schilddrüsenchirurgie in den DRK-Kliniken Westend. Kontakt und Information über das Sekretariat, Tel. 3035-4595.

Bei dieser kleinen Rubrik ist die Redaktion BERLINER ÄRZTE auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

Tel. 40 80 6-1600/ -1601, Fax: -1699.
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.golkowski@aekb.de

Universitätsmedizin Berlin

Fakultätsrat gewählt

An der Charité Universitätsmedizin Berlin formieren sich die Gremien. Ende November wurde der neue Fakultätsrat gewählt, dem 25 Mitglieder angehören.

13 Professoren

Prof. Heinz Johannes Buhr, Prof. Bernd Dörken, Prof. Roland Felix, Prof. Cornelius Frömmel, Prof. Manfred Gross, Prof. Uwe Heineemann, Prof. Robert Nitsch, Prof. Martin Paul, Prof. Axel Pries, Prof. Ingrid Reisinger, Prof. Wolfgang Sterry, Prof. Rolf Winau und Prof. Martin Zeitz.

4 Akademische Mitarbeiter

Dr. Hans Barthelmes, PD Dr. Axel Dignaß, Prof. Gabriele Kaczmarczyk, Dr. Anette Simonis.

Außerdem sitzen im Fakultätsrat noch **4 sonstige Mitarbeiter und 4 Studierende**.

Die Suche nach einem geeigneten Vorstands-Trio ist noch immer nicht abgeschlossen. Nachdem es im Vorfeld um die Besetzung der einflussreichen Positionen viel politisches Geringel gegeben hatte, wurde nun von der eigens eingesetzten Findungskommission die Kienbaum-Personalberatung eingeschaltet. Prof. Ingrid Nümann-Seidewinkel, die Interims-Vorsitzende der Charité, signalisierte im Dezember schon einmal presseöffentlich, sie stünde nur noch bis Ende Januar 2004 zur Verfügung. Die Zeit drängt also.

Gäste aus Asien



Kammer empfangt Delegation aus Tokio

Eine Delegation japanischer Ärzte und Manager aus dem Gesundheitswesen stattete der Ärztekammer Berlin am 17. November einen Besuch ab. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz und Juristin Martina Jaklin informierten die Gäste über den Umgang der Ärztekammer

mit Patientenbeschwerden und Behandlungsfehlervorwürfen. Zudem interessierten die Mediziner sich für das deutsche Haftungsrecht. Auch die Fehlervermeidung in Kliniken und Gesundheitseinrichtungen und deren prospektive Entwicklung wurde angesprochen.

Alles noch offen

AiP-Abschaffung – der aktuelle Stand

Die endgültige Entscheidung der Politik über die AiP-Abschaffung steht noch immer aus. Nach Plänen des Kabinetts soll sie zum 1. Oktober 2004 kommen. Eine entsprechende Änderung der Bundesärzteordnung liegt nun als Gesetzesentwurf vor. In erster vorgezogener Lesung hat sich bereits der Bundesrat damit befasst; leider vor Redaktionsschluss dieser Zeitschrift am 19. Dezember 2003. Wir werden jedoch in unseren Internet-Seiten aktuell berichten (www.aerztekammer-berlin.de, Kapitel „Aktuelles“). Das weitere Timing sieht folgendermaßen aus: Zwischen Februar und April 2004 werden im Bundestag Anhörungen stattfinden. Etwa im Juni 2004 ist mit einer Entscheidung im Deutschen Bundestag zu rechnen. Leider ist die umstrittene Stichtagsregelung weiterhin im Gesetzesentwurf enthalten. Den Einwänden der Bundesärzte-

kammer wurde nicht gefolgt. Das heißt: Kommt die vorhandene Version durch, werden Ärzte, die am 1. Oktober 2004 bereits im AiP sind, dieses zu Ende führen müssen. Die Abschaffung gilt nur für alle, die erst nach dem 1. Oktober 2004 eine Stelle antreten. Finanzielle Verbesserungen der Gehälter all derer, die ihre AiP-Zeit noch beenden müssen, könnten nur durch Verhandlungen der Tarifparteien erstritten werden.

Die Ärztekammer Berlin wird derzeit mit Fragen junger Ärzte bestürmt, was angesichts dieser Situation zu raten sei: Examen machen und dann mit dem Antritt einer Stelle bis zum 1. Oktober warten oder lieber doch gleich ins AiP gehen, auf die Gefahr hin, dass man auch über den 1. Oktober 2004 hinaus mit einer entsprechend schlechteren Bezahlung zu rechnen hat?

Die Ärztekammer Berlin sieht angesichts der unsicheren Entscheidungslage bewusst davon ab, jungen Ärzten hier Ratschläge zu geben. Jeder muss individuell eine Nutzen/Risiko-Abschätzung für sich vornehmen und allein entscheiden. Folgende Fakten sind bei der Entscheidung ins Kalkül zu ziehen:

- Auch wenn der 1.10.2004 als Stichtag im Gesetzesentwurf angegeben ist, bleibt noch unklar, ob das Gesetz überhaupt durchkommt und zu wann es verabschiedet wird. Hierüber gibt es erst im Sommer 2004 Klarheit.
- Die Unterbrechung der Weiterbildung zum Facharzt bis zum Stichtag kann sich im Lebenslauf negativ auswirken. Sie bedeutet in jedem Fall eine Zeitverzögerung in der Facharztweiterbildung.
- Die finanzielle Situation eines Assistenzarztes ist ohne Zweifel attraktiver als die eines AiP.
- Die Arbeitsinhalte werden sich nicht unterscheiden.
- Bei der finanziellen Situation der Krankenhäuser ist zu befürchten, dass die größere Zahl von preiswerten AiP-Stellen durch eine kleinere Zahl teurerer Assistenzarztstellen ersetzt wird. Der Stellenmarkt kann dadurch etwas schrumpfen.





Riesen-Nachfrage

Veranstaltung „Wie werde ich Facharzt?“

Rund 200 Medizinstudenten und Ärzte im Praktikum strömten am 2. Dezember in die Ärztekammer Berlin. Auf einer großen Podiumsveranstaltung informierte die Kammer über den Weg zum Facharzt. Neben der alten und künftigen Weiterbildungsordnung standen auch die neuesten Entwicklungen zum Arbeitszeitgesetz auf dem Programm. Zudem wurde aufgezeigt, in welche Richtung sich der Arztberuf künftig entwickeln wird.

Die jungen Kollegen hatten jede Menge Fragen. Besonders interessierten sie sich für den künftigen Umgang mit Bereit-

schaftsdiensten, mit Teilzeitarbeit und die Handhabung von Weiterbildungsabschnitten im Ausland. Auf dem Podium standen ihnen Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz, die Vorstandsmitglieder Dr. Rudolf Fitzner und Dr. Werner Wyrwich sowie aus den Weiterbildungsausschüssen Dr. Klaus Thierse und Dr. Volker Pickerodt zur Verfügung.

Im Anschluss nutzten viele Teilnehmer die Möglichkeit, sich von den Sachbearbeitern des Referats Weiterbildung individuell zu einzelnen Fächern beraten zu lassen (Foto oben).



Bereitschaftsdienst

KV Berlin sucht Ärzte für neuen Leichenschauendienst

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin plant im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) die Einführung eines separaten Leichenschauendienstes. Ärzte, die an dem Dienst teilnehmen, sollen künftig alle Leichenschauen durchführen, die in

der Leitstelle des ÄBD angefordert werden. Durch die Einführung des neuen Dienstes soll der fahrende Hausbesuchsdienst entlastet werden, der diese Aufgabe bislang mit übernommen hat. Vorgesehen ist, dass die Leit-

Sturm im Wasserglas

Krankenhausplan erneut in den Schlagzeilen

Im Frühjahr 2003 schienen die Krankenkassen die Verlierer bei der Fortschreibung des Krankenhausplans gewesen zu sein. Mit ihrer Forderung nach Schließung von circa 4500 Betten bei sinkender Verweildauer hatten sie sich nicht durchsetzen können. Im November konterten sie deshalb mit einem Rechtsgutachten, das eigentlich die Forderung nach einer bereits jetzt einsetzenden Leistungsplanung unterstützen sollte, im Sinne von Mindestmengenregelungen. Zwar ist der Krankenhausplan weit entfernt von einer Leistungsplanung, juristisch aber fanden die Gutachter noch Brisantes. Die Gesundheitsverwaltung hatte versucht, den beargwöhnten Verzicht auf die Ausweisung der Subdisziplinen Kardiologie, Gastroenterologie und Viszeralchirurgie mit einem Verweis auf die Krankenhausstatistikverordnung zu rechtfertigen. Die verflachte Planungstiefe verstößt jedoch laut Gutachten gegen § 4 Abs. 2 des Landeskrankenhausgesetzes, das eine Schwerpunktplanung vorschreibt. Zudem sahen sich die Kassen nicht ordnungsgemäß im Sinne eines einvernehmlichen Verfahrens beteiligt und drohten dem Senat lautstark mit Klage.

Die Berliner Tagespresse witterte den Skandal und berichtete ausführlich von der politischen Bühne. Im Gesundheitsausschuss räumte der zuständige Staatssekretär den planerischen Nachholbedarf bei den Subdisziplinen ein und tat ganz nebenbei kund, man könne womöglich auf die Hälfte aller Berliner kardiologischen Abteilungen verzichten, was vorherige Bekenntnisse zum Erhalt der im Plan vorgesehenen Strukturen mal eben ins Gegenteil verkehrte. Rechtswidrig oder nicht, schätzten allerdings Beobachter die Auswirkungen eines Gerichtsverfahrens angesichts der DRG-Einführung spätestens zum 1.1.2005 als sehr begrenzt ein.

Sich schlagen, sich vertragen: Man verständigte sich bei den Subdisziplinen schließlich darauf, den noch nicht versandten Feststellungsbescheiden einen Vermerk hinzuzufügen, dass die entsprechenden Leistungsstrukturen gemäß § 109 (1) SGB V durch die Vertragsparteien ergänzend vereinbart werden sollen. Fazit: Die Krankenkassen haben ihren Punktsieg, aber der Krankenhausplan hat es gut überstanden – wenigstens bis zur nächsten Runde.

Nicolas Schönfeld

Ärzte, die Interesse an einer Teilnahme an diesem neuen Dienst haben, wenden sich bitte an die:

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG BERLIN

Tel. (030) 31 00 3-267/-268/-477
Fax: (030) 31 00 3 - 337
E-Mail: volker.wiggers
@kvberlin.de

Kampagne

„Gewalt gegen Frauen macht körperlich und seelisch krank“

Frauen, die Opfer von Gewalt wurden, können in Berlin künftig auf eine gezieltere Gesundheitsversorgung hoffen. Mit einer Pressekonferenz am 24. November wurde die Kampagne „Gewalt gegen Frauen macht körperlich und seelisch krank“ auf den Weg gebracht. Initiatoren sind das Netzwerk Frauengesundheit, die Senatsverwaltungen für Wirtschaft und für Gesundheit, die Ärztekammer Berlin und die AOK Berlin.

Jede fünfte Frau wird schätzungsweise einmal in ihrem Leben Opfer von Gewalt. Über das tatsächliche Ausmaß lassen sich allerdings keine gesicherten Angaben machen, auch nicht mit Hilfe der Polizeilichen Kriminalstatistik. Gewalt gegen Frauen ist ein weitverbreitetes

gesellschaftliches Phänomen, unabhängig von Bildungsstand, Einkommen, Nationalität, Religion, Alter oder ethnischer Zugehörigkeit.

Berlins Ärztekammerpräsident, Dr. med. Günther Jonitz, forderte deshalb: „Wir dürfen diese Tatsachen nicht zum Tabu erklären. Denn die Frage ist doch im Kern die nach einer friedlichen Konfliktbewältigung. Deshalb müssen wir dieses Thema zum allgemeinen Gesprächsgegenstand machen.“ Adäquate Hilfe für die Opfer ist häufig davon abhängig, dass Gewalt auch wirklich als die Ursache von Gesundheitsproblemen verstanden wird. Meist schweigen die Opfer aus Angst oder Scham. Und das Personal im Gesundheitswesen schreckt

häufig vor einem Einmischen in die Privatsphäre zurück. Trotzdem: Ärzte und Schwestern müssen wissen, dass sie fast immer die Ersten sind, mit denen die Gewaltopfer in Kontakt kommen. Jonitz hob hervor, dass die Ärztekammer Berlin ihre Mitglieder schon seit längerer Zeit durch Fortbildungen und Beiträge in ihrer Zeitschrift für das Thema sensibilisiert.

Die Kampagne arbeitet mit Faltblättern, Notfall-Karte und Plakaten. Niedergelassene Ärzte können entsprechende Materialien in ihrem Wartezimmer auslegen. Zum Mitnehmen werden Plakate und Flyer anlässlich der Quartalsabgabe (2. bis 8. Januar 2004) bei der KV Berlin, Masurenallee 6 a ausgelegt.

u.w.

Ehrung



Dorothea Hagemann

...wurde mit der Kaspar-Roos-Medaille des NAV-Virchowbundes für ihr berufspolitisches Engagement ausgezeichnet.

Die 68-Jährige stieg in den 70er Jahren in die ärztliche Berufspolitik ein. Sie ist langjähriges Mitglied der Vertreterversammlung der KV Berlin und war dort in der Vergangenheit Schatzmeisterin, stellvertretende Vorsitzende und Mitglied des Prüfungsausschusses. Für die Liste Allianz ist Dorothea Hagemann Mitglied der Delegiertenversammlung in der Ärztekammer Berlin.

Ärztliche Stelle Strahlenschutz



Unregelmäßigkeiten bei Konstanzprüfungen

Die ärztliche Stelle Strahlenschutz und Qualitätssicherung Berlin (ÄSQSB) in der Ärztekammer Berlin hat in den letzten Monaten leider in mehreren Fällen feststellen müssen, dass Betreiber röntgendiagnostischer Anlagen die Konstanzprüfungen nicht regelmäßig durchführen. Bei Überprüfung eingereicherter Unterlagen zur Konstanzprüfung fiel auf, dass ganz offensichtlich etliche Betreiber die Prüfkörperaufnahmen und die Sensitometerstreifen nicht in den vorgeschriebenen zeitlichen Abständen, sondern jeweils einmalig für einen Zeitraum von mehreren Monaten anfertigen. Davon waren sowohl teilradiologische wie auch fachradiologische Betreiber betroffen.

Die ÄSQSB weist darauf hin, dass diese Vorgehensweise gegen eine gesetzliche Vorgabe verstößt und somit keinesfalls als ein „Kavaliersdelikt“ einzustufen ist. Im Zweifelsfall lassen

sich Manipulationen durch gutachterliche densitometrische Analysen nachweisen, was allerdings relativ teuer ist und gegebenenfalls dem Betreiber der Röntgeneinrichtung in Rechnung gestellt werden müsste.

Gemäß RöV § 16 Abs. 3 besteht eine gesetzliche Verpflichtung der Betreiber zur Konstanzprüfung in regelmäßigen Abständen (mindestens monatlich), und zwar in Form von Prüfkörperaufnahmen und einer Erstellung von Sensitometerstreifen.

Die ÄSQSB bittet dringend alle Betreiber röntgendiagnostischer Anlagen und auch die Strahlenschutzverantwortlichen/-beauftragten, die vorgeschriebenen Konstanzprüfungen in Zukunft zeit- und regelgerecht durchzuführen, um den sonst vorprogrammierten Ärger beziehungsweise berufsrechtliche Konsequenzen zu vermeiden.

Medien

Hausärzte als Presseansprechpartner gesucht

Die Ärztekammer Berlin möchte ihren Pool von Allgemeinmedizinern, die für Presseanfragen zur Verfügung stehen, erweitern. Wir suchen deshalb Hausärzte, die wir bei aktuellen Anlässen und Nachfragen kurzfristig als Medienansprechpartner vermitteln können. Aus Erfahrung sind dabei Praxen besonders gut geeignet, die sich in den citynahen Bezirken Mitte, Prenzlauer Berg, Schöneberg, Kreuzberg/Friedrichshain, Wedding und Steglitz befinden, da bei Direktinterviews kurze Anfahrtswege bevorzugt werden.

Allgemeinmediziner aus unserem Pool haben die Chance, direkt mit den Medien in Kontakt zu kommen und ihren Standpunkt dort darzustellen. Interessenten melden sich bitte in der Pressestelle der Ärztekammer Berlin, Tel. 40 80 6-1600/ -1601.

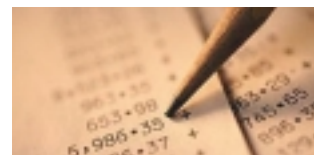


Beihilfestellen

Keine abgesenkten Privatrechnungen für Beamte

Die Idee einer pauschalen Absenkung von Privatrechnungen für Beamte des Landes Berlin ist vorerst vom Tisch. Wie berichtet, hatte Innensenator Körting im Sommer an alle Ärzte appelliert, in Privatrechnungen für Beamte abgesenkte Gebührensätze zu verwenden. Um Geld zu sparen, wollte Körting seinen Beamten nämlich künftig statt des 2,3-fachen Satzes nur noch den 1,8-fachen und statt des 1,8-fachen Satzes nur noch den 1,4-fachen über die Beihilfestellen erstatten. Grund: die schwierige Haushaltslage des Landes Berlin. Die Innenverwaltung hatte für ihre Staatsdiener ein entsprechendes Schreiben formuliert, das sie ihren Ärzten vorlegen sollten. Es enthielt die Bitte, doch künftig von vornherein nur noch die abgesenkten Sätze zu berechnen.

Nach einer internen Expertenanhörung hat die Innenverwaltung nun von ihrer Idee wieder Abstand genommen. Statt eines Alleingangs des Landes Berlin hofft man nun, das Thema über die bevorstehende GOÄ-Novelle gleich bundesweit regeln zu können. Die Kammer hatte im Sommer gegen Körtings Vorstoß heftig protestiert und Präsident und Vizepräsident führten Gespräche mit dem Senator. Die Kammer appellierte an die Ärzte, sich beim Ausstellen von GOÄ-Rechnungen am Aufwand und nicht an den Erstattungsmöglichkeiten der Beihilfestellen zu orientieren.



Fortbildungsveranstaltung der Bundesinstitute

Über die Jahre ist sie zu einer Art Institution geworden: Die Fortbildungsveranstaltung für Ärzte aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, die auch im nächsten Jahr wieder gemeinsam vom Bundesinstitut für Risikobewertung, dem Robert-Koch-Institut und dem Umweltbundesamt angeboten wird.

Vorrangig richtet sich die von der Bundesärztekammer als Fortbildungsveranstaltung anerkannte dreitägige Veranstaltung zwar an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter sowie an die Hygienebeauftragten der Krankenhäuser, längst nehmen darüber hinaus aber auch Kollegen teil, die in Praxen, Krankenhäusern oder Laboratorien in und um Berlin arbeiten.

Termin für die nächste Fortbildungsveranstaltung ist der 24. – 26. März 2004; Veranstaltungsort ist das Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin-Marienfelde, Diederdsdorfer Weg 1. Neben den drei Berliner Einrichtungen beteiligen sich im nächsten Jahr eine Reihe weiterer Bundesinstitutionen, Universitäten und Kliniken. Das Programm umfasst Themen aus dem gesundheitlichen Verbraucherschutz, Infektionsschutz, der Gesundheitsförderung und Umweltmedizin.

Das Programm:

Mittwoch, 24.3.2004, 10.00 bis 17.30 Uhr

Verbraucherschutz

- Fruchtbarkeitsschädigende Wirkung von Stoffen am Beispiel des DEHP
Toxikologische Aspekte
Expositionspfad Lebensmittel
Expositionspfad Innenraum
Themenbezogene Datenbankrecherche
Diskussion
- Farben in der Kosmetik – Toxikologie und Regulation
- Arzneimittel zur Nahrungsergänzung?
- Desinfektionsmittel im Haushalt
- Campylobacteriose durch den Verzehr von Hähnchenfleisch – Eine quantitative Risikoabschätzung
- Hygieneprobleme bei der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern
aus epidemiologischer Sicht

aus lebensmittelhygienischer Sicht am Beispiel von Milchpulver und Tee
aus krankenhaushygienischer Sicht
aus der Sicht von Fachgesellschaften
Diskussion

Donnerstag, 25.3.2004, 8.30 bis 17.15 Uhr

Infektionsschutz/Gesundheitsförderung

- Aktuelle Entwicklungen in Infektionsschutz und Bioterrorismus-Prävention
- Erfahrungen mit dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Erfassung von Ausbrüchen
- Konzept zur Aufklärung von Lebensmittelinfektionen am Beispiel von *S. agona*
- Legionellose-Surveillance und technische Prävention
- Tuberkulosekontrolle in Deutschland
- Erfassung von Erregern mit besonderen Resistenzen
- Neue Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

Freitag, 26.3.2004, 8.30 bis 15.15 Uhr

Infektionsschutz/Gesundheitsförderung

- Nutzen der molekularen Erregerdiagnostik zur Aufklärung schwerer Infektionen
- Community acquired MRSA auch in Deutschland?
- Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten
- Unerwünschte Wirkungen von Impfstoffen

Umweltmedizin

- Vektorübertragene Krankheiten durch Klimaveränderung
- Westnilfieber in Deutschland?
- Elektromog, Handys, Solarien etc. – Gesundheitsrisiken durch Strahlung?

Die Teilnahme ist kostenlos; eine Anmeldung ist erforderlich. Das Anmeldeformular, eine Übersicht über die teilnehmenden Institutionen sowie das vollständige Programm finden Sie im Internet unter www.bfr.bund.de (Menüpunkt „Veranstaltungen“).

Anfragen der Arbeitsämter
BERLINER ÄRZTE 9/2003

In BERLINER ÄRZTE 9/2003 unterrichten Sie über eine geänderte Vorgehensweise der Arbeitsämter im Zusammenhang mit der Einschaltung der ärztlichen Dienste.

Sie teilen unter anderem mit, dass zunehmend Patienten die Aushändigung von relevanten Befundunterlagen erbitten, beziehungsweise die Übersendung an den ärztlichen Dienst des Arbeitsamtes erbitten und Sie weisen auf die Wichtigkeit einer raschen Erledigung durch die Ärztin bzw. den Arzt hin.

Aus meiner Sicht sind hierzu einige Anmerkungen erforderlich:

1. Neben den beschriebenen Anfragen der Arbeitsämter erreicht eine durchschnittliche (Fach-)Arztpraxis jede Woche eine große Zahl von Anfragen der Krankenkassenverbände, der Bundesversicherungsanstalt, der Versorgungsämter, der Sozialgerichte und auch von privaten Lebens- oder Rentenversicherungen.

All diese Anfragen müssen neben dem „normalen“ Praxisbetrieb beantwortet werden und für die allermeisten dieser Anfragen gilt (zumindest subjektiv für die anfragende Stelle), dass es sich um dringliche Vorgänge handelt, die im Interesse der Patienten möglichst umgehend zu beantworten sind. Häufig sind allerdings die Laufzeiten innerhalb dieser anfragenden Stellen schon sehr lange, so dass nicht selten zwischen dem Anfragedatum und dem Eingang in der Praxis mehr als zwei Wochen vergangen sind.

Es ist zwar verständlich aber nicht realisierbar, dass nun der niedergelassene (Fach-)Arzt nach Möglichkeit alle Zeitverluste wieder wettmachen soll.

2. Zumindest in der psychiatrischen Praxis sind die Befundberichte von Krankenhäusern oder anderen Vorbehandlern aus Gründen der Schweigepflicht (weil sie oft auch Informationen über Dritte enthalten) nicht zur Weitergabe verfügbar. Darüber hinaus sind sie auch nicht zur Weitergabe geeignet, wenn sie zu völlig anderen Zwecken erstellt wurden als zur Beurteilung

der Vermittelbarkeit von Patienten durch das Arbeitsamt. Der Datenschutz verbietet nach meiner Kenntnis das Sammeln von Daten, die für einen anderen Zweck erstellt wurden als für den jetzt geplanten.

3. Auch in der Vergangenheit haben nicht selten die Arbeitsämter schon Anfragen mit Bitten um Befundberichte verschickt. Dabei hat die Unsitte zugenommen, dass auf dem Anforderungsformular handschriftliche Zusätze gemacht werden, die weit über die Bitte einer Befundübermittlung hinausgehen: Zum Beispiel: „... ist der Patient belastbar für eine Umschulungsmaßnahme“ oder „...ist mit einer Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt realistischere Weise zu rechnen oder sollte nicht besser ein Rentenantrag gestellt werden“.

Es kann nicht angehen, dass auf diese Weise die begutachtenden Kolleginnen/Kollegen in den Arbeitsämtern ihre Aufgabe auf die behandelnden (Fach-)Ärzte verlagern.

Dr. med. Roland Urban, 10551 Berlin

Antwort der BfA:

Ihre Belastungen hinsichtlich der Flut der Berichte und Bescheinigungen, um die bei Ihnen angefragt wird, ist uns aus der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen bekannt.

In der Regel wird jedoch die Beantwortung unserer Anfragen von den behandelnden Ärzten innerhalb von 7 – 21 Tagen erledigt. In den meisten Fällen erhalten wir eine – wenn manchmal auch kurze – gute fachgerechte Information. Zum Teil erreichen uns nur Fotokopien mit den relevanten Informationen.

Über diese gute Zusammenarbeit sind wir dankbar. Obwohl „hausgemachte“ Laufzeitenverlängerungen manchmal nicht zu vermeiden sind (im Landesarbeitsamt Berlin/Brandenburg werden jährlich über 47.000 Gutachten erstellt), erwarten wir nicht von den behandelnden Ärzten diese wettzumachen. Die Laufzeiten werden bei uns bei der Prüfung kleinteiligst aufgesplittet und die „hausgemachten“ Laufzeiten werden besonders kritisch betrachtet. Wir wünschen uns natürlich kurze Antwortzeiten, haben aber auch Verständnis für die Probleme der behandelnden Ärzte.

Sofern Sie Befundberichte von Krankenhäusern oder Vorbehandlern nicht weitergeben wollen oder dürfen, reicht die Weitergabe des ausgefüllten Befundberichtes an unsere ärztlichen Dienste aus.

Die zusätzlichen Fragen auf den Formularen der Befundberichte stellen in der Tat eine Unsitte dar, sofern sie Äußerungen erwarten, die nicht Sache der behandelnden Ärzte, sondern des Gutachters sind. Dies sollte meinen Ärzten in Berlin/Brandenburg bekannt sein. Anlässlich Ihres Schreibens werde ich auf diese Problematik erneut hinweisen und zum Abstellen dieser Praxis auffordern.

Sofern im Einzelfall eine gutachterliche Stellungnahme aus Sicht des behandelnden Arztes gewünscht wird und diese vom behandelnden Arzt auch geleistet wird, ist sie auch von uns zu liquidieren (Gebühr nach GOÄ-Ziffer 80, 17,49 € zuzüglich Schreibgebühr 3,50 €).

Dr. Marion Mc Cullough
Leitende Ärztin Landesarbeitsamt Berlin/Brandenburg

Zertifikat für Kinderchirurgie
BERLINER ÄRZTE 11/2003

Ich sehe mich – erstmals – genötigt, mich via Leserbrief zum aktuellen Heft BERLINER ÄRZTE zu äußern.

1. Lob zur guten Titelgestaltung!
2. Zum Bericht der Kinderchirurgie im Virchow:

Ich finde es fast unerträglich, dass in den heutigen Zeiten der teils extremen Arbeitsausbeutung der Klinikärzte und entsprechender höchstrichterlicher Urteile zum Arbeitszeitgesetz immer noch fast jauchzend berichtet wird, Zitat: „Ich habe schon 20 Stunden am Stück mit Frauen im OP gestanden.“ Ich verstehe und begrüße das Lob an die ärztlichen Kolleginnen ausdrücklich. Aber ich hoffe sehr, dass den Patienten jener 20-Stunden-Session nicht durch übermüdete Ärzte grob fahrlässig Schaden zugefügt wurde. Kein LKW-Fahrer darf auch nur annähernd so lange am Steuer sitzen. Und Ärzte sollten gefälligst nicht ständig bis zur Selbstaussbeutung die Helden spielen. Ich betone, dass ich kein Minutenkrämer bin und selbst durchschnittlich 40 – 50 Stunden pro Woche in der Klinik arbeite (zzgl. 2 – 3 Bereitschaftsdienste pro Monat) – das auch wegen des guten Arbeitsklimas und der Liebe zum Arztberuf. Und dass ähnliche Anstrengungen wie oben geschildert in Katastrophenfällen erforderlich werden können.

Aber die Aktionen wie oben genannt und das weitere Zitat: „Kürzlich hatte Kluwe eine 100-Stunden-Woche“ sprechen eher für gravierende dauerhafte Fehlorganisation. Wehe, wenn dem Sachverhalt das LaGetSi mal nachgeht!!! Oder Juristen eine Klage wegen

Behandlungsfehlern einleiten!!! Dann heißt es – auch für menschlich und fachlich exzellente Personen wie Herrn Prof. Mau – Sachen packen und schlimmstenfalls in den Knast.

3. Nachtrag zum vergangenen Heft:

Da wurde von Herrn Jonitz auf die besondere Bedeutung der Beurteilung von statistischen Aussagen für das ärztliche Handeln hingewiesen. Dabei wurde vermerkt, dass das Buch des genannten Autors (kann mich seines Namens nicht erinnern; Buch in Deutschland noch gar nicht erhältlich) in den USA häufiger verkauft sei als zum Beispiel Harry Potter. Das lässt sich nicht nachvollziehen: Harry Potter liegt bei Abfrage bei „Amazon.com“ unter den TOP 100, das besprochene Buch circa auf Platz 40.000. Bitte ein wenig mehr Sorgfalt für die Zukunft!

Burkhard Muche, 10827 Berlin

Titelthema „Allhat-Studie“
BERLINER ÄRZTE 10/2003

Ich begrüße diese Initiative, eine wesentliche Studie so umfangreich zu diskutieren; auch die meines Erachtens zunehmend wichtiger werdenden Aspekte wie Öffentlichkeitsarbeit von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und Verflechtungen von Ökonomie und Medizin. Bitte weiter so!

Prof. Dr. Martina Dören, 12200 Berlin

Was in den USA bereits seit Anfang der 90er Jahre etabliert ist, soll jetzt auch die deutsche Patientenversorgung verändern. Die Rede ist von Disease-Management-Programmen (DMPs), die verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungsprozesse beinhalten. Diese Prozesse müssen aufgrund medizinischer Evidenz festgelegt, qualitätsgesichert, kontrolliert und schließlich evaluiert werden. Ursprünglich konzipiert, um kurzfristig Kosten zu sparen, wird jetzt vor allem darauf gesetzt, dass die DMPs helfen, Komplikationen und Spätfolgen zu vermeiden.

80 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen werden durch die Behandlung von 15 Prozent der Patienten verursacht. Die kostenintensiven Patienten sind zumeist chronisch Kranke, deren Anteil im Rahmen des medizinischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung weiter wachsen wird. Durch strukturierte Behandlungen soll die Qualität gesichert und dadurch Doppeluntersuchungen, Krankenhauseinweisungen und Komplikationen („Diabetischer Fuß“ etc.) vermieden werden. Einige Berliner Ärzte, die an den bisher bestehenden DMPs für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs beteiligt sind, sprachen mit BERLINER ÄRZTE über ihre Erfahrungen.



KAUM ZU SCHAFFEN,



DER ÄRGER MIT DEN BÜROKRATISCHEN DMPs

Von Daniel Rühmkorf

Foto: Thomas Röse

NICHT DURCHDACHT

Was ist ein Disease-Management-Programm?

Das Disease-Management-Programm (DMP) ist ein Organisationsansatz von medizinischer Versorgung, bei dem die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert und auf der Grundlage medizinischer Evidenz optimiert werden. Ziel ist dabei, die Behandlung der Erkrankung zu verbessern und die durch die Krankheit bedingten Beeinträchtigungen und Folgeerkrankungen zu reduzieren.

WESSENTLICHE ANFORDERUNGEN AN DIE INHALTE DER DMP SIND:

- Einschreibung der Versicherten
- Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien
- Dokumentation der Befunde, therapeutischen Maßnahmen und Behandlungsergebnisse
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Evaluation der DMP

Quelle: Bundesversicherungsanstalt 2003

Was auf den ersten Blick vernünftig klingt, ist in der ärztlichen Praxis erst einmal zuzätzlich Aufwand. In Berlin gibt es viele Ärzte, die zwar vom Nutzen der Leitlinien und evidenzbasierter Medizin generell überzeugt sind. Doch der tägliche Ärger mit der Dokumentation nimmt vielen von ihnen die Motivation, für die DMPs Patienten zu werben.

Vittoria Braun, Allgemeinärztin aus Köpenick, fehlt es schlicht an der notwendigen Zeit, um all ihre Patienten in das DMP Diabetes einzuschreiben. „Die DMP kann ich gar nicht im Tagesgeschäft erledigen. Wo soll ich denn während der Sprechzeiten mindestens 20 Minuten für die Dokumentation hernehmen?“ 20-30 ihrer Diabetiker möchte Braun pro Quartal aufnehmen, aber mit dem Ersterhebungsbogen zu arbeiten sei „keine Freude“. Viele inhaltliche Fehler machten die aufwändige Dokumentation zu

einer reinen Fleißarbeit.

Eberhard Lott, der mit seiner Frau eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Charlottenburg betreibt, hat im Prinzip nichts gegen die Behandlungsprogramme. Schon heute seien 40 Prozent seiner Patienten chronisch krank. Um diese zu betreuen seien Leitlinien erforderlich. Was jedoch im DMP Diabetes abgefordert würde, hätte mit evidenzbasierter Medizin weniger zu tun als mit Bürokratie. Lott gibt zu bedenken, dass die beklagte Schnittstellenproblematik, also die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten sowie Niedergelassenen und Krankenhäusern, allein durch Dokumentationsarbeiten nicht verbessert würde.

Der Berliner Berufsverband der Allgemeinärzte (BDA) konnte seinen Mitgliedern bisher nicht empfehlen, sich an dem Programm zu beteiligen. Ihr Vorsitzender, Wolfgang Kreischer, ist zwar

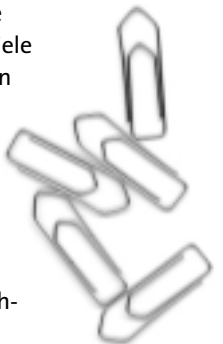
dem DMP beigetreten, will aber den bisherigen Aufwand nicht länger mitmachen. „Was in den Dokumentationsbögen alles abgefragt wird, ist völliger Quatsch“. Er habe eine Rücklaufquote von 120 Prozent gehabt. Das bedeute, einige der Bögen sind ihm mehrmals wieder auf den Schreibtisch geflattert, weil sie nicht komplett und fehlerfrei ausgefüllt waren. Nachdem er 30 Patienten eingeschrieben habe, sei nun erstmal Schluss.

Fehleranfällige Dokumentation

Der Dokumentationsbogen ist das Hauptärgernis und treibt viele Ärzte zur Verzweiflung. Sie sehen darin eine zeitaufwändige Beschäftigung, deren Qualitätssichernder Aspekt ihnen schleierhaft ist. Der Bogen umfasst neben den Patientenstammdaten Angaben zu Diagnosestellung und Medikation, Anamnese, relevanten Ereignissen der vergangenen 12 Monate, aktuellen Befunden, Laborparametern und apparativer Diagnostik, aktueller Hochdruck- und Fettstoffwechselmedikation, Behandlungsplan und Schulung zu den vereinbarten Zielen.

Ärzte als „Ausfüllhilfe“ zu schade

Vittoria Braun sieht noch vielfach logische Brüche im Dokumentationsbogen. Diese zerstörten die gewünschte Motivation von Ärzten und Patienten. So ist ihr nicht einsichtig, warum es einen Test auf Albuminurie nur dann geben sollte, wenn bereits eine Retinopathie vorliege. Auch die Frage nach Co-Faktoren, ob der Patient rauche, sei ohne Angabe der konsumierten Menge nicht ausreichend beantwortet. Nirgendwo sei der Zeitpunkt der Befunderhebung vermerkt. Ebenso unklar sei, wann die vereinbarten Gesundheitsziele erreicht sein müssen. Zu den Zielen, die zwischen Arzt und Patient vereinbart werden, gehören Senkung des Blutdrucks und des HbA_{1c}, es fehlt aber die Gewichtsabnahme. Angesichts der vielen übergewich-



tigen Patienten ist das nicht nachvollziehbar. Stattdessen müssen die beteiligten Ärzte nicht nur Größe und Gewicht eintragen, sondern auch den Body-Mass-Index (BMI), der sich aus den beiden Werten errechnen ließe, selbst ermitteln. Diese Beispiele unterstreichen, so Braun, die Notwendigkeit, die „Anwender“ der Bögen an der Entwicklung zu beteiligen. Denn als „Ausfällhilfe“ ist sich die Allgemeinmedizinerin zu schade: „Ich möchte mir nicht Bürokratie aufdrücken lassen, bei deren Bewältigung Lebenszeit verloren geht!“

Almut Risch arbeitet im Haus der Gesundheit am Alexanderplatz. Als Internistin betreibt sie eine diabetologische Schwerpunktpraxis mit etwa 800 Diabetes-Patienten pro Quartal. Auch sie kann sich über die Bögen nur aufregen. „Das ganze Programm ist ein Heidenaufwand“, ärgert sich Risch. Es fehle an einem EDV-Programm und an einem gut strukturierten Erhebungsbogen. Die Vorbereitung auf das DMP sei unzureichend gewesen. Auch bei ihr kamen die ersten Bögen von der Datenstelle* wieder zurück: Durch die anfänglichen Fehlerquoten von 80 Prozent hätte ihre Bereit-

„Die Kassen sind an einer wirklichen Qualitätsverbesserung nicht interessiert, sondern wollen über die DMP einen großen Teil des Kuchens des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) einstreichen“.

Dr. med. Eberhard Lott,
Allgemeinmediziner aus
Charlottenburg.



Foto: Kühnke

schaft zur Mitarbeit an den eigentlich sinnvollen Programmen stark nachgelassen. Besondere Krankheitsverläufe bilde das DMP überhaupt nicht ab: Wenn Risch Diabetiker in das DMP aufnehmen möchte, die rein diätetisch ihren Blutzuckerwert kontrollieren, muss sie „alte“ Werte eintragen, die vor der Betreuung des Patienten bestanden, denn ohne pathologischen Wert oder ein dokumentiertes blutzuckersenkendes Mittel erfolgt keine Einschreibung.

Fehlerquote von 40 Prozent

Die handschriftliche Dokumentation ist enorm zeitaufwändig und weist nicht nur in Berlin hohe Fehlerraten auf. Das verhindert die zeitnahe Evaluation, die den beteiligten Ärzten und Patienten Aufschluss über den Erfolg ihrer Behandlung geben soll. Wenn der Bogen fehlerhaft ist, kommen die Bögen postwendend zurück und müssen von den Ärzten nachgebessert werden. „Wenn Patienten nur deshalb in der Praxis erscheinen sollen, um den korrigierten Bogen zu unterschreiben, dann fehlt dafür allen Beteiligten das Verständnis“, kommentiert Wolfgang Kreischer. Nach Auskunft der Datenstelle für das DMP Diabetes wird durch die fehlerhaften Bögen die Auswertung verzögert. Frühestens am Jahresende werde die Datenstelle die Ergebnisse des 3. Quartals 2003 veröffentlichen.

Im Laufe des Jahres 2003 versuchte die KV, die Ärzte mit Informationsveranstaltungen und Schulungen auf das Programm vorzubereiten. Des weiteren können auf der Homepage der KV und im DMP Manual, das die beteiligten Ärzte erhalten, alle Einzelheiten zum korrekten Ausfüllen nachgelesen werden. Bei einer Fehlerquote von 40 Prozent scheinen diese Bemühungen aber nicht den nötigen Erfolg zu zeigen.

*) Die Datenstelle wird von KV und Kassen gemeinsam finanziert. Derzeit wird sie von der Firma Data-Expert betrieben. Für Anfang 2004 ist eine offizielle Neuausschreibung geplant.

DMP Diabetes mellitus 2

In Berlin leben nach Angaben der hiesigen Kassenärztlichen Vereinigung 200.000 Diabetiker. Für sie läuft seit August 2003 das DMP Diabetes mellitus Typ 2, das zwischen Kassen und KV vereinbart wurde. An diesem Programm können sich Hausärzte und diabetologische Schwerpunktpraxen beteiligen. Ende November 2003 waren über 1000 der 2500 Hausärzte in DMP Diabetes eingeschrieben, 10.000 der in Berlin lebenden Diabetiker haben den Behandlungsvertrag bereits unterschrieben. Teilnahmeberechtigt als „koordinierender Arzt für den hausärztlichen Versorgungssektor“ sind Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und einmal jährlich an einer Diabetes-spezifischen Fortbildung, z. B. einem Qualitätszirkel, teilnehmen.

DMP Brustkrebs

Am DMP Brustkrebs sind in Berlin fünf Kliniken beteiligt, in denen „Brustzentren“ errichtet wurden. Mit zwei weiteren Häusern wird zur Zeit noch verhandelt. In diesen Brustzentren sollen dann künftig 1500 Brustkrebs-Patientinnen jährlich behandelt werden. Dieses DMP läuft in „Eigenregie“ von Kassen, Kliniken und niedergelassenen Gynäkologen, die sich als koordinierende Ärzte einschreiben können. Die KV ist hier bislang nicht mit im Boot.

Insider halten das Programm in seiner jetzigen Form noch für unbefriedigend. So werden zum Beispiel keine Daten der gesetzlichen Früherkennung und auch nicht zum Verlauf der Nachuntersuchungen nach der Therapie des Mammakarzinoms erfasst. Für die strukturierten Behandlungspfade fehlen noch wesentliche Anteile der ambulanten Betreuung. Ebenfalls schwierig: Die bisherigen Qualitätssicherungsprogramme für Brustkrebspatientinnen werden trotz DMP weitergeführt, was einen doppelten Dokumentationsaufwand für die beteiligten Kliniken bedeutet.

Noch fehlt dem Programm die Akkreditierung durch das Bundesversicherungsamt. Trotzdem wurde im DMP Brustkrebs schon damit begonnen, Patientinnen einzuschreiben und entsprechend der Leitlinie zu arbeiten. Durch das DMP Brustkrebs wird das Angebot an Berliner Kliniken, die Brustoperationen durchführen, von 18 auf 7 Kliniken schrumpfen, da nur noch solche Kliniken zum DMP zugelassen werden, die unter anderem eine Mindestmenge von 150 Brustoperationen jährlich durchführen.

Nichts wünschen sich die DMP-Ärzte mehr als eine funktionierende Praxis-EDV, die auch die Diabetes-Dokumentation bewältigt. Denn bisher sei das Prozedere noch viel zu kompliziert, klagt Eberhard Lott. Wenn es möglich wäre, die Daten auf dem Computer aufzunehmen, könnte auch ein dazu passendes Programm gleich den Plausibilitätstest machen. Dann würden Fehler schon in

der Praxis erkannt und korrigiert. Michael Janßen, Allgemeinarzt aus Neukölln, hat es da besser. Sein Software-Haus hat mit dem letzten Update die Dokumentationsbögen für das DMP Diabetes gleich mitgeliefert. So kann er nicht nur Daten aus der elektronischen Patientenakte übernehmen, sondern wird vor dem Ausdruck des Formulars auf Fehler hingewiesen. Eine Wiedereinbestellung eines Patienten für eine Unterschrift

kommt bei ihm nicht mehr vor. Und so ist Janßen von allen befragten Ärzten am überzeugtesten von den DMPs: „Das Zeitalter der strukturierten Behandlungsprogramme hat begonnen.“ Denn es sei grundsätzlich wünschenswert, Leitlinien an die Hand zu bekommen. Allerdings müsse dem Arzt immer die Möglichkeit gelassen werden, seine Patienten abweichend von der Leitlinie zu behandeln, wenn er seine Therapie begründen könne.



„Ich habe gute Erfahrungen mit computergestützten Dokumentationsbögen. Das Programm, das ich jetzt nutze, weist mich automatisch auf Fehler hin. Zurückgeschickte Bögen gibt es jetzt nicht mehr.“

Michael Janßen,
niedergelassener
Allgemeinmediziner aus
Neukölln.

Auswahl der Patienten

Patienten müssen für das DMP geeignet sein, denn Bestandteil des Behandlungsvertrags ist die Selbstverpflichtung, aktiv bei der Behandlung ihrer Krankheit mitzuwirken. Wie das aussehen sollte, beschreibt Braun: „Am Ende eines partnerschaftlichen Gesprächs zwischen Arzt und Patient kann die Selbstverpflichtung des Patienten auf bestimmte Therapieziele, die Teil des DMP-Vertrages sind, stehen. Der Patient kann dabei am besten einschätzen, welche Gesundheitsziele er aus eigener Kraft und mit Hilfe seines Hausarztes erreichen will.“ Der Patient handele eigenverantwortlich; wer ihm die Gesundheitsziele vorschreibe, werde nicht den erwarteten Behandlungserfolg haben.

Kopplung der DMP an den Morbi-RSA

Eberhard Lott sieht sich in die Rolle des Geldeintreibers für die Krankenversicherungen gedrängt. Während die Ärzte die ärztliche Kunst herausstellten, erwarteten die Kassen vor allem wirtschaftliches Handeln. „Die Kassen sind an einer wirklichen Qualitätsverbesserung nicht interessiert, sondern wollen über die DMP einen großen Teil des Kuchens des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) einstreichen“, mutmaßt Lott. Der Berliner Staatssekretär für Gesundheit, Hermann Schultesasse, befürchtet, dass durch die Kopplung der DMP an den Morbi-RSA Manipulationsmöglichkeiten entstehen. Deshalb sei ein hohes Kontrollaufkommen notwendig. Das wiederum erhöhe den Verwaltungsaufwand bei allen Beteiligten. Der eigentliche Sinn der DMP, die Qualität der Versorgung zu erhöhen, werde dadurch gefährdet, so Schultesasse.

Vom „Payer zum Player“

Die Kassen haben ein Interesse daran, über die Programme Einblick in das ärztliche Leistungsgeschehen zu nehmen und dieses als Vertragspartner mit zu beeinflussen. Wie viele seiner Kollegen befürchtet Eberhard Lott, dass die Kas-



„20 Minuten Dokumentation pro Patient ist im Tagesgeschäft nicht zu schaffen“.

Prof. Dr. med. Vittoria Braun,
Ärztammer Vorstandsmitglied,
Lehrstuhlinhaberin an der Charité
und niedergelassene Hausärztin
aus Köpenick.

sen ab 2004 in die Lage versetzt werden, sich ihre Partner unter den Ärzten selbst auszusuchen. Wer nicht dem DMP beitrete, werde dann vielleicht ausgeschlossen. Die Konsequenz daraus seien eingeschriebene Ärzte, die aber erst einmal abwarten, ob nicht das ganze Projekt noch gegen die Wand fährt. Auch der Präsident der Ärztekammer Berlin, Günther Jonitz, sieht Widerstände: „Ärzte und Patienten möchten ihre Kompetenzen nicht an Institutionen abgeben, die ihre medizinische und administrative Kompetenz und ihre ethische Mitverantwortung für die Patienten nur unzureichend unter Beweis gestellt haben.“ Die bisherigen Teilnehmerzahlen sind dementsprechend gering. Nur 40 Prozent der Hausärzte und fünf Prozent der Diabetiker in Berlin machen mit.

Wolfgang Kreischer rechnet ab dem 1. Januar 2004 mit einer massiven Nachfrage der Versicherten. Da Patienten von

der Praxisgebühr durch die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen befreit würden, werde das Interesse der Versicherten steigen.

Aber schon jetzt machen die Kassen bei ihren Versicherten Druck. Zu Almut Risch kommen Patienten, die schriftlich und telefonisch von ihrer Krankenkasse gedrängt werden, in den DMP-Diabetes-Vertrag einzusteigen. Und selbst nach massiver „Aufklärungsarbeit“ seien viele ihrer Patienten verwirrt. Viele denken, sie müssten jetzt den Arzt wechseln, um am Programm teilzunehmen. Da kann Risch sie beruhigen: „Ich behandle Sie genauso weiter wie bisher.“

Seinen Patienten, so berichtet Lott, ist das neue Programm noch fremd, obwohl sie von der Kasse angeschrieben worden seien. „Ich werde doch schon bei Ihnen mit meinem Zucker behandelt, was will die Kasse schon wieder von mir?“ Lott findet diese Verunsicherung der Patienten entsetzlich.

Ohne Teilnahme am DMP droht eine schlechtere Patientenversorgung

Ärgerlich findet es Lott, dass die vorherigen Bestrebungen, eine hohe Qualität der Diabetikerversorgung zu erzielen, einfach mit dem neuen DMP vom Tisch gefegt wurden. Die Kassen haben seit dem 1. April 2003 die Diabetes-Strukturverträge mit der KV aufgekündigt, die wesentliche Behandlungs- und Betreuungsleistungen für Diabetiker festgeschrieben. Diese Leistungen werden seitdem ausschließlich im DMP finanziert. Der Vorsitzende der KV Berlin, Manfred Richter-Reichhelm, protestiert deshalb gegen die Zusage von Kassen und Regierung, dass sich Patienten, die nicht am DMP Diabetes teilnehmen, auf eine ebenso gute Versorgung verlassen könnten. Deren ehemalige Finanzierung ist ersatzlos gestrichen. Für Risch und ihre





„Besondere Krankheitsverläufe bildet das DMP nicht ab. Bei Diabetikern, die schon seit einiger Zeit diätisch ihren Blutzucker kontrollieren, muss ich alte, schon längst nicht mehr aktuelle Werte eintragen. Denn ohne pathologischen Wert erfolgt keine Einschreibung.“

Dr. med. Almut Risch

Schwerpunktpraxis ist die jetzige Regelung unhaltbar. Sie will nicht, dass die Patienten die Schulungen aus eigener Tasche zahlen müssen. Darum fordert sie von den Kassen, die im alten Vertrag vereinbarten Leistungen weiter zu finanzieren.

Ausblick

Die bestehenden DMPs machen deutlich, dass Anspruch und Wirklichkeit der strukturierten Behandlungsprogramme weit auseinander klaffen. Die intendierten Ziele drohen in dem Ärger der Beteiligten in Vergessenheit zu geraten. Um einen praktischen Nutzen zu haben, muss die Handhabung der Programme vereinfacht werden. In drei wesentlichen Punkten sollten die Dokumentationsbögen geändert werden:

Die zu erhebenden Daten sind zu umfangreich, deshalb müsste der Katalog überarbeitet werden. Kreischer schlägt dazu vor, den Ersterfassungsbogen auf höchstens fünf Fragen zu kürzen, damit die Dokumentation schnell erfolgen kann.

Das Unterschriftenverfahren sollte dahingehend geregelt werden, dass die Signatur des Patienten nur noch einmal erforderlich ist. Insbesondere bei hohen Fehlerquoten ist es für Arzt und Patient mühsam, die Unterschrift wiederholen zu müssen. Dagegen bestehen datenschutzrechtliche Bedenken.

Zukünftig sollten die Bögen elektronisch ausgefüllt werden können und mit den Angaben der elektronischen Patientenakte verknüpft werden. Die ersten Anbieter von Praxissoftware haben hier bereits reagiert. Einfachere Bögen wären dabei eine große Hilfe.

Für beide DMPs (Diabetes und Brustkrebs) sollen Anfang 2004 überarbeitete Dokumentationsbögen vorliegen, in der die bisherigen Erfahrungen einfließen. Als größter Hemmschuh erweist sich, dass die Bundesversicherungsanstalt (BVA), die für die Genehmigung der DMPs zuständig ist, die elektronische Übermittlung der Datensätze nicht erlaubt.

Neue DMPs sind bereits in Vorbereitung. Noch dieses Jahr rechnet das Bundes-

gesundheitsministerium mit der Einführung von DMPs für Diabetes mellitus Typ 1, Hypertonie und Atemwegserkrankungen.

Dr. med. Daniel Rühmkorf

Unser Autor ist freier Medizinjournalist. Er arbeitet unter anderem für das Deutsche Ärzteblatt und die Ärztezeitung.



Foto: Thomas Röse

Der Kabarettist **Arnulf Rating** gastiert mit seinem neuem Programm **ALLES PRIMA** vom 25.12.2003 bis zum 08.01.2004 im Kabarett-Theater Die Wühlmäuse (Charlottenburg). Karten gibt es unter **030/30 6730 11** oder an allen Vorverkaufsstellen.

Beiträge zurück auf Niveau von 2002

Bericht von der Delegiertenversammlung am 12. November 2003

In dieser Delegiertenversammlung drehte sich alles ums Geld. Klassisch für die große Herbstsitzung des Parlaments standen die Verabschiedung des Wirtschaftsplans 2004 und der Jahresabschluss 2002 auf der Agenda. Das Resümee: die Kammer muss einerseits Aufgabenausweitungen verkraften, andererseits sinken die Beitragseinnahmen. Vor diesem Hintergrund konnte man die zeitbefristete Beitragssenkung aus 2003 um 0,5 Promille nicht verlängern und kehrte zurück zu den Beitragssätzen von 2002.

Von Sybille Golkowski

Die Jahre der Prosperität sind vorbei. Dieser bundesweite Trend macht auch vor den Ärzten nicht halt. Und das wiederum wirkt sich auf die Beitragseinnahmen der Kammer aus; wie ein Blick in den Jahresabschluss 2002 zeigt. Etwa 400.000 € Mindereinnahmen musste die Kammer hier verkraften. Gleichzeitig wuchsen die Aufwendungen um 624.000 €; so die nüchterne Bilanz von Ralf Spannenknecht. Der Wirtschaftsprüfer vom Revisionsverband ärztlicher Organisationen e.V. erläuterte den Delegierten den Jahresabschluss 2002, der von den Prüfern mit einem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk versehen worden ist. Bei den Mehraufwendungen schlagen einerseits neue Aufgaben zu Buche, andererseits wirken sich Rückbaumaßnahmen am alten Standort der Kammer und leichte Personalkostensteigerungen aus.

So hat die Kammer im Zuge der gesetzlich für Kliniken geforderten externen Qualitätssicherung gemeinsam mit Kassen und Krankenhausgesellschaft ein koordinierendes Qualitätsbüro eingerichtet. Das Büro trägt sich künftig durch Gebühreneinnahmen selbst. Doch die Aufbaukosten in 2002 musste die Kammer erst einmal vorschießen. Bei den Personalkosten schlug eine von der DV beschlossene zusätzliche Juristenstelle in der Berufsaufsicht sowie eine weitere Azubi-Stelle zu Buche. Mit 215.000 € bildete die Kammer Rückstel-

lungen für Rückbaumaßnahmen in der Reinickendorfer Flottenstraße. Und allein 60.000 € waren für Neuinvestitionen im EDV-Bereich nötig: Die Kammer hat ein in- und externes E-Mail-Netz installiert und musste zum Schutz ihrer sensiblen Mitgliederdaten vor Hackern eine „Firewall“ vorschalten. Um die Mindereinnahmen auszugleichen wurde 2002 in die Spardose gegriffen und 372.655 € aus der Betriebsmittelrücklage entnommen. „Das war noch moderat, wir hatten sogar mit mehr gerechnet“, fügte der kaufmännische Leiter der Kammer, Christian Beierer, hinzu. Die Delegiertenversammlung folgte schließlich dem Votum der Haushaltskommission, nahm den Jahresabschluss einstimmig zur Kenntnis und entlastete den Vorstand.

Neubau teurer als geplant

Die Erfahrungen aus 2002 haben Auswirkungen auch auf den kommenden Wirtschaftsplan 2004, der ebenfalls mit großer Mehrheit beschlossen wurde. Im Rahmen dieses Tagesordnungspunktes wurden die Kosten des Neubaus in der Friedrichstraße 16 in eine Gesamtschau genommen. Das neue Haus der Kammer ist jetzt fertig und seit Sommer bezogen. Das Gebäude hat einschließlich Grundstück 13 Millionen € gekostet. 11,25 Millionen € waren ursprünglich angesetzt.



Die Kostenüberschreitung um 1,75 Millionen hat verschiedene Ursachen, so Schatzmeister Dr. Rudolf Fitzner (Liste Allianz). Allein die Hälfte dieser Summe seien nicht planbare erhöhte Bauablaufkosten. Zum Beispiel gab es während der Rohbauphase Probleme mit den Tragwerksplanern. Dies führte zu Bauverzögerungen und Stillstand bei verschiedenen Gewerken; man musste schließlich einen neuen Statiker beauftragen. Die Kammer prozessiert zur Zeit gegen den ersten Tragwerksplaner und kann bei Erfolg damit rechnen, von ihm 573.000 € Schadenersatz zurückzubekommen. Erhebliche weitere Erschwerisse verursachte die Pleite des Konzerns Babcock-Borsig, zu dem auch die Firma Krantz TKT gehörte, an die die Kammer ursprünglich den gesamten Ausbau der Haustechnik vergeben hatte. Durch die Pleite musste neu ausgeschrieben werden – auch hier gab es deshalb Bauverzögerungen. Zusätzlich überraschten die Behörden während des Baus mit neuen Auflagen zu Regenrückhaltung und Fluchttürsteuerung. Auch dadurch wurde der Bau etwas teurer als geplant.

Ob man solche Mehrkosten nicht im Vorhinein habe einkalkulieren können, fragte Dr. Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) in der folgenden Diskussion. Leider nein, kommentierte Projektsteuerer Gernhard Seidler von der Firma CONGENA, die den Bau betreut hatte. Kostensteigerungen durch

Firmenpleiten seien im vorhinein nicht kalkulierbar und auch Bauverzögerungen und jahreszeitlich bedingte Mehrkosten könne man schlecht im Vorfeld schon kennen. Seidler bestätigte den Delegierten aber, dass bei schlüsselfertigen öffentlichen Großbauten Kostensteigerungen von 15 – 20 % völlig normal seien. „Mit einer Kostenüberschreitung von 13 % stehen wir sehr gut da. Das ist ein unterdurchschnittlicher Wert“, kommentierte Seidler. Die Mehrkosten werde die Kammer über langlaufende Kredite finanzieren und damit den Empfehlungen der Haushaltskommission folgen, kündigte Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz (Marburger Bund) auf eine Rückfrage von Dr. Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) an.

Wirtschaftsplan 2004

Im Anschluss an die Bau-Diskussion stellte Kammerbetriebswirt Christian Beierer den Wirtschaftsplan 2004 vor. Er hat ein Volumen von 9,8 Millionen Euro, davon werden voraussichtlich 6,6 Millionen Euro aus Beiträgen finanziert und 1,7 Millionen Euro über Gebühren u.ä. sowie durch eine Entnahme aus der Rücklage in Höhe von 1,5 Millionen Euro. Mehrausgaben sind an verschiedenen Punkten zu erwarten. Die wichtigsten seien beispielhaft aufgeführt: So schlägt die im vergangenen Jahr neu eingerichtete überbetriebliche Arzthelferinnenausbildung noch einmal mit zusätzlichen 82.500 € zu Buche. Bei den Personalkosten ist eine Steigerung von 197.800 € zu erwarten. Der Grund: Die Kammer stockt ihr Referat Weiterbildung um eine zusätzliche Arztstelle auf, die Mehraufgaben im Zuge der neuen Weiterbildungsordnung machen das erforderlich.

Hinzu kommen außerdem zwei halbe Stellen für die Koordination zur Ärzteversorgung und das Aufgabengebiet Honorar- und Patientenangelegenheiten. Allerdings wird die Kammer an anderer Stelle auch Personalkosten einsparen. Zum Beispiel holte sie die Erstellung des Fortbildungskalenders BERLINER ÄRZTE wieder ins Haus zurück, die jahrelang gegen Zahlung

eines Stellenanteils in die Kaiserin-Friedrich-Stiftung ausgelagert war.

Eine gute Million Euro Mehrkosten entstehen durch die Neubau-Umlage der Bundesärztekammer, die gerade mit der KBV am Charlottenburger Salzufer ein gemeinsames Bürogebäude hochzieht. Im Sommer 2004 wollen die Bundeskörperschaften nach Berlin umziehen. Davon sind alle Kammern der Bundesrepublik im Verhältnis ihrer Mitgliederzahlen betroffen. Ein Kostenanstieg ist auch beim Titel Vorstand (21.300 €) und bei der Aufwandsentschädigung von Ausschussmitgliedern (28.100 €) zu verzeichnen. Große Einsparungen kann

die Kammer bei ihren Raumkosten realisieren (./ 176.000 €), da durch den Neubau die Mietbelastung in der Reinickendorfer Flottenstraße entfällt.

Beitragssenkung kann nicht gehalten werden

Da jedoch die Einsparungen die Minder-einnahmen und Mehrausgaben nicht auffangen können, ist eine Fortführung der für 2003 einmalig beschlossenen Beitragssenkung nicht möglich, erläuterte Schatzmeister Fitzner. Seinerzeit hatte man die Beiträge um 0,05 % gemindert, um im Jahr 2001 erzielte

Neu im Vorstand

Im Vorstand gibt es einen Wechsel. Der Unfallchirurg **Dr. Werner Wyrwich (Marburger Bund)** ist neu in das Gremium nachgewählt worden. Er übernimmt den Platz von **Dr. Astrid König (Marburger Bund)**, die aus familiären Gründen in die Niederlande gezogen ist. Wyrwich erzielte bei der Wahl in der Delegiertenversammlung mit 25 : 12 Stimmen eine komfortable Mehrheit vor der von der Fraktion Gesundheit aufgestellten Gegenkandidatin **Dr. Madeleine-Simone Kastner**.



Zur Person: Dr. Werner Wyrwich ist Oberarzt an der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Campus Benjamin Franklin/Charité Universitätsmedizin Berlin. Ursprünglich kommt er aus Bayern, wo er an der Ludwig-Maximilians-Universität München seine Facharztweiterbildung absolvierte. Ein Forschungsaufenthalt 1990/1991 an der Harvard Medical School in Boston unterbrach diese Tätigkeit kurz. Vor seinem Wechsel nach Berlin war Werner Wyrwich im Leopoldina-Krankenhaus Schweinfurt als Oberarzt tätig. Über viele Jahre schulte er als Dozent Pflege- und Rettungskräfte. Daneben absolvierte er 2002 seinen „Master of Business Administration“ (MBA). Seit Januar 2003 ist Werner Wyrwich für den Marburger Bund Mitglied des Berliner Kammerparlaments.

Neu in der Haushaltskommission

Tilman Muehlenberg (Marburger Bund) ist neues Mitglied der Haushaltskommission der Ärztekammer Berlin. Er wechselte für **Dr. Werner Wyrwich** in das Gremium ein, der wegen seiner Wahl in den Vorstand ausscheiden musste. Die Satzung der Ärztekammer Berlin erlaubt es nicht, dass Vorstandsmitglieder gleichzeitig in der Haushaltskommission sitzen, die ja die geschäftsführende Arbeit des Vorstands kontrolliert.

Neu in der Delegiertenversammlung

Hubertus Burbach (Marburger Bund) ist im Austausch für **Dr. Astrid König** neu in die Delegiertenversammlung nachgerückt. Der Internist arbeitet als Oberarzt der I. Inneren Abteilung am Vivantes Klinikum Spandau.

Überschüsse an die Kammermitglieder weiterzugeben. Bereits damals hatte man betont, dass es sich um eine einmalige Senkung handelte. Um den Haushalt auszufinanzieren, müssen die Beiträge nun wieder auf das Niveau von 2002 angehoben werden, so der Schatzmeister weiter. An dieser Stelle sparten Dr. Volker Pickerodt und Dr. Andreas Grüneisen von der Fraktion Gesundheit nicht mit Kritik. „Es ist unsäglich, dass die Kammer in diesen Zeiten die Beiträge wieder hoch setzt“, ärgerte sich Grüneisen. Auch seine Fraktionskollegen Dr. Cora Jacoby und Dr. Wolfgang Albers hielten die Beitragserhöhung für das falsche Signal. In vielen Kliniken müssten Kollegen durch die Anbindung an den BAT Land Berlin Gehaltseinbußen in Höhe von 12 % in Kauf nehmen.

In der Tat liege in dieser Entwicklung eine große Haushaltsunsicherheit, bestätigte Kammerbetriebswirt Beierer. Paradoxerweise verbiete jedoch gerade dies weitere Beitragssenkungen. In der Vergangenheit habe man schon zweimal die Beiträge gesenkt. Es zeige sich jetzt, dass vor allem die jüngste Senkung bei weiter steigendem Aufwandszuwachs (Stichworte: Fortbildungspflicht für niedergelassene Ärzte, Ausweitung der Aufgaben in der Ärztlichen Stelle Strahlenschutz und Qualitätssicherung Berlin, Anstieg der Patientenbeschwerden und Einführung einer neuen

Weiterbildungsordnung) nicht durchzuhalten sei. Dem folgte schließlich die Mehrheit des Parlaments. Der von der Fraktion Gesundheit eingebrachte Vorschlag, die Beiträge auf dem tiefen Niveau von 2003 zu halten, scheiterte in geheimer Abstimmung mit 9 Ja-, 25 Nein-Stimmen und 3 Enthaltungen.

Kurz vor Ende der Sitzung wurde noch mit großer Mehrheit die neue Fortbildungsordnung verabschiedet. Sie tritt nach Veröffentlichung im Amtsblatt in Kraft. Im untenstehenden Kasten informieren wir schon einmal über die wichtigsten Details. *SyGo*

Die neue Fortbildungsordnung – Das Wichtigste in Kürze

- Die neue Fortbildungsordnung der Kammer betont den fachlichen „Blick über den Tellerrand“. Ärzte sollen sich bewusst nicht nur in ihrem eigenen Fach, sondern auch interdisziplinär fortbilden. Gewünscht ist zudem ein Ausbau kommunikativer Fähigkeiten und sozialer Kompetenzen sowie regelmäßiges Auffrischen der Kenntnisse über die sozialrechtlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns.
- Ärzte sollen bei der Auswahl ihrer Fortbildung darauf achten, möglichst interessenunabhängige Veranstaltungen zu besuchen.
- Neben dem schon bekannten Fortbildungszertifikat (in 3 Jahren 150 Fortbildungspunkte) gibt es jetzt noch eine erweiterte Version (in 5 Jahren 250 Punkte). Die Kammer reagiert damit auf die gesetzlich neu geforderte Verpflichtung für niedergelassene Ärzte, alle fünf Jahre einen Fortbildungsnachweis zu erbringen.
- Für die Organisation der kammereigenen Fortbildung ist künftig das neue vergrößerte Referat „Fortbildung“ der Ärztekammer Berlin zuständig. Es wird von einem Fortbildungsausschuss unterstützt, der den Namen „Ernst-von-Bergmann-Akademie“ trägt. Er erarbeitet das Jahresprogramm als Beschlussempfehlung für den Vorstand aus. Die frühere kammerferne Akademiekonstruktion mit eigenem Kuratorium wird dadurch abgelöst.
- Die Fortbildungszertifizierung ist nun Regelaufgabe der Kammer. Auch sie wird im Fortbildungsreferat organisiert, dem bei dieser Aufgabe mehrere Zertifizierungsbeiräte zur Seite stehen.

Wir veröffentlichen die Fortbildungsordnung im Volltext, sobald sie durch Abdruck im Amtsblatt in Kraft getreten ist.

Handlungsbedarf selbst bei Standardimpfungen

Aktuelle Querschnittsdaten von Kindern aus Berlin-Mitte zeigen Impflücken

Impfungen gehören zu den effektivsten und kostengünstigsten evidenzbasierten Präventionsmaßnahmen überhaupt. Viele früher gefürchtete Infektionskrankheiten sind heute stark zurückgedrängt worden oder sogar fast verschwunden. Dennoch können die in Deutschland und auch in Berlin erreichten Impfraten im internationalen Vergleich nicht zufriedenstellen. Vor dem Hintergrund zunehmender Migration, dem Zerfall ganzer Gesundheitssysteme in Osteuropa und der Globalisierung von Infektionskrankheiten (SARS, Influenza) sind objektive Daten zur Situation in der Berliner Bevölkerung von besonderer Bedeutung. Nur so ist eine Schwachstellenanalyse und gezielte fächerübergreifende gesundheitspolitische Anstrengung möglich.

Niedergelassene Ärzte sollten es sich zur Gewohnheit machen, ihre Patienten nach dem Impfbuch zu fragen und bestehende Impflücken gemäß STIKO-Empfehlungen zu schließen. Schutzimpfungen unterliegen nicht der Budgetierung.

Von Carola Börner, Matthias Brockstedt, Jeffrey Butler

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) des Bezirksamtes Mitte von Berlin hat als erste Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Berlin neben der flächendeckenden Erfassung aller Schulanfänger seit 2001 den aktuellen Durchimpfungsgrad nahezu aller Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren des Bezirks Mitte (Wedding, Tiergarten und Mitte-Alt) erhoben. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse berücksichtigen den sozialen Status der Familien sowie deren kulturelle Herkunft und erlauben auch eine Aussage bezüglich der Ausgangssituation als ehemals Ost- oder Westberliner Bürger.

Die bereits bei der Einschulungsuntersuchung der 5- bis 6-Jährigen 2001 festgestellten Schwachstellen werden sich infolge der Einführung der 5fach und 6fach-Impfstoffe im Säuglingsalter und deren konsequenter Anwendung wohl in den kommenden Jahren teilweise beheben lassen. Aber die hier erstmalig im Querschnitt aufgezeigten Defizite bei den jetzt 15- bis 18-Jährigen des Bezirks Mitte stellen eher die Situation für die erwachsene Bevölkerung der Stadt dar (BA Mitte 2003).

Dies ist umso alarmierender, als sich das hier zu Tage tretende geringe Gesundheitsbewusstsein und die oft sichtbare Nachlässigkeit bei der Aufrechterhaltung eines einmal erreichten Grundimpfschutzes nahtlos im Erwachsenenalter fortsetzen. So verwundert es nicht, wenn der Vorsitzende der KV Berlin, Dr. Manfred Richter-Reichhelm im Deutschen Ärzteblatt beklagt, dass nur etwa 40% der betroffenen erwach-

senen Bevölkerung in Berlin das kostenlose Angebot der Indikationsimpfung gegen Influenza wahrnimmt. Angesichts von jährlich circa 5000 Todesfällen durch Influenza bei älteren Menschen eine fast unverständliche Nachlässigkeit.

Die Ergebnisse 2001/2002

Eine vollständige Durchimpfung, die gemäß den STIKO-Empfehlungen 95% einer Altersgruppe umfassen müsste, wurde für keine der Standardimpfungen erreicht (siehe Abb. 1). Selbst die seit Jahrzehnten als Standard geltenden Impfungen gegen Diphtherie, Polio und Tetanus waren bei 20 – 40% der Jugendlichen unvollständig. Die Hälfte der bei dieser Jugenduntersuchung durch den KJGD festgestellten Impflücken wurde unmittelbar im Anschluss an die Untersuchung geschlossen. Daher garantieren nur die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz durch den ÖGD eine derart systematische Erfassung von Impflücken und deren sofortige Korrektur im Bevölkerungsquerschnitt. Weitaus komplexer stellt sich die Situation allerdings für das verfolgte WHO-Ziel einer Eradikation der Masern dar. Sie erfordert eine zweimalige Impfung. Völlig unbefriedigend ist der Impfschutz der Jugendlichen (und damit auch der Erwachsenen) gegen die Hepatitis B und gegen Keuchhusten.

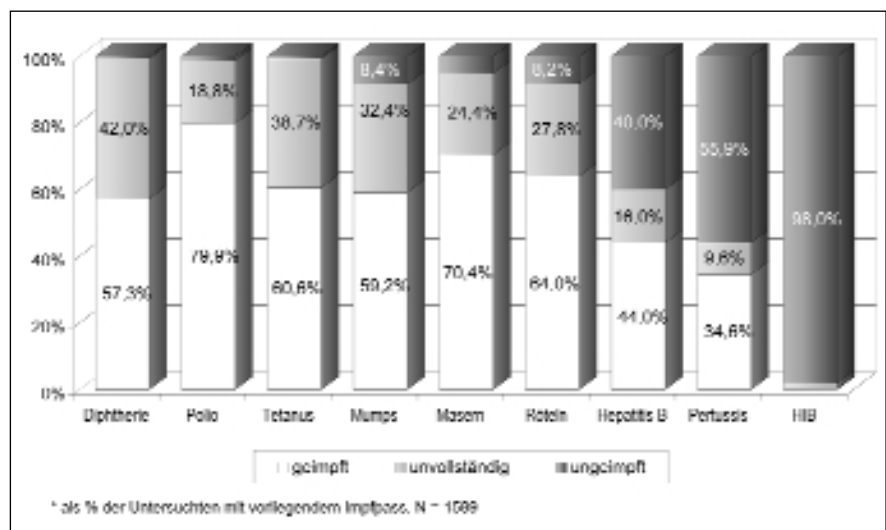


Abb. 1: Durchimpfungsgrad der Zehntklässer in Berlin-Mitte* (2001/2002)

Masern

Die dauerhafte Verhinderung der Masern, einer der weltweit häufigsten tödlichen Infektionskrankheiten bei Kindern, setzt eine zweimalige Impfung von mehr als 95% der Bevölkerung voraus. Die Berliner Jugendlichen (und Erwachsenen) sind hiervon weit entfernt, fehlte doch diese vollständige Immunisierung bei 30% aller untersuchten Jugendlichen. Gerade die Masernimpfung offenbart aber, wie schwierig im Einzelfall die Vermittlung dieses Gesundheitszieles an die Bevölkerung ist. Anders als zum Beispiel bei der Diphtherie, die gerade auch von gut informierten Eltern der mittleren und oberen sozialen Schichten als eine lebensbedrohliche und besser durch Impfung zu verhindernde Infektionskrankheit angesehen wird (siehe Abb. 2), haben zum Teil ideologisierte Auseinandersetzungen über den individuellen Nutzen der Masernimpfung dazu geführt, dass hier vor allem die höheren sozialen Schichten ihre Kinder und sich selbst ungenügend gegen diese Infektionskrankheit schützen, die ja neben den akuten schweren Komplikationen wie Pneumonie und Meningoenzephalitis auch in Zusammenhang steht mit der sich aus einer Infektion möglicherweise entwickelnden subakut sklerosierenden Panenzephalitis SSPE.

Hepatitis B

Nur 44% der Jugendlichen hatten die drei für einen Grundschutz erforderlichen Impfungen gegen Hepatitis B erhalten. Hier besteht nicht nur eine erhebliche gesundheitliche Gefährdung durch diese weltweit verbreitete, auch sexuell übertragbare Erkrankung mit ihren schweren chronischen Folgeschäden (Leberzirrhose, z. T. hepatozelluläres Karzinom). Es mutet zudem angesichts der Kostendiskussion im deutschen Gesundheitswesen geradezu grotesk an, Jugendliche nach dem 15. Lebensjahr und Erwachsene mit dem um ein Drittel teureren Impfstoff, der 10 statt 5 Mikrogramm Wirkstoff pro Milliliter enthält, zu impfen, anstatt dies bereits bis zum 15. Lebensjahr vorzunehmen.

Allein die Impfstoffkosten für die 44% nicht geimpften Jugendlichen Berlins eines einzigen Jahrgangs betragen 2.145.000 Euro. Die gleiche Anzahl Impfdosen für Kleinkinder würden 1.572.000 Euro kosten. Wenn man zu dieser Differenz von 573.000 Euro noch die Verhinderung von Krankenhausbehandlungen und ambulanten Folgekosten der Erkrankung selbst hinzu-rechnet, spricht doch alles für eine möglichst frühzeitige und vollständige Impfung gegen Hepatitis B. Die Verhinderung des individuellen Leidens an einer solchen, in über 10% der Fälle chronischen, schweren Erkrankung dürfte neben den Kosten-Nutzen

Aspekten für sich sprechen. Je früher ein Kind erkrankt, umso höher ist das Risiko einer chronischen Erkrankung und damit möglicherweise einer lebenslangen Kostenbelastung für die Solidargemeinschaft. Für alle staatlichen Stellen (u.a. die KJGDs) im Land Berlin besteht hierbei die paradoxe Situation, dass diese Hepatitis-B-Impfung im Säuglings- und Kindesalter seit 1995 von der STIKO als Standardimpfung zu Lasten der GKV empfohlen und auch übernommen wird. Doch die zuständige Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz hat es über nunmehr bereits acht Jahre versäumt, eine

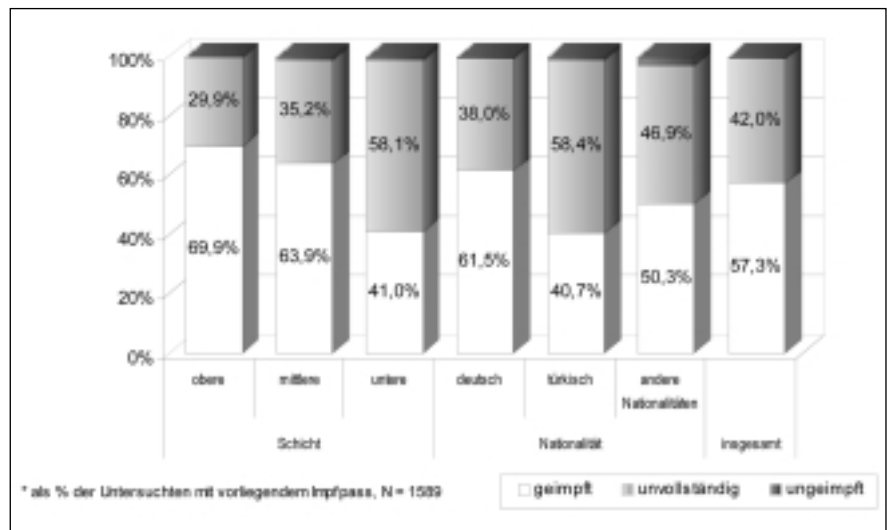


Abb. 2: Durchimpfungsgrad gegen Diphtherie nach sozialer Schicht und Nationalität (JAG 2001/2002)

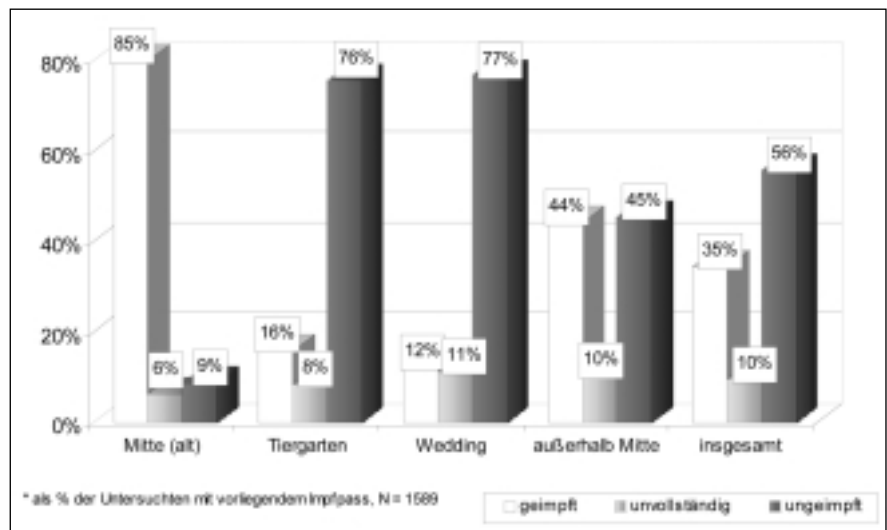


Abb. 3: Impfstatus für Pertussis nach Wohnort (JAG 2001/2002)

entsprechende Rechtsverordnung (VO Hepatitis B) für die Bezirksamter zu erlassen, damit die ärztlichen Mitarbeiter diese Aufgabe des „sozialkompensatorischen“ Impfens auch ohne haftungsrechtliche Risiken für sich selbst durchführen können. Hier besteht dringender Handlungsbedarf!

Pertussis

Die Schutzimpfung gegen Keuchhusten offenbart auch an den Zahlen des neuen Bezirkes Mitte von Berlin den bestehenden Unterschied zwischen ehemals Ost- und Westberliner Bürgern (siehe Abb. 3). Während im ehemaligen Ostteil der Stadt (Mitte alt) immerhin noch 85% der Jugendlichen vollständig gegen Pertussis geimpft waren, waren im ehemaligen Westteil (Tiergarten und Wedding) nahezu ebenso viele Jugendliche gar nicht oder unvollständig geimpft. Das sich hier offenbarende Gesundheitsrisiko betrifft nicht so sehr die gar nicht oder schlecht geimpften Jugendlichen, sondern diese selbst stellen für die jüngsten Geschwister, insbesondere für Neugeborene ein erhebliches Ansteckungsrisiko dar. Auszubildende in den Bereichen Säuglings- und Kleinkinderpflege (Krippen, Kitas, Krankenhäuser) sollten erst nach Sicherstellung eines Grundimpfschutzes ihre Arbeit aufnehmen.

Auffrischungsimpfungen

KBV und BÄK haben mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften bereits 1997 vereinbart, jeden Patientenkontakt fächerübergreifend zu nutzen, um Impflücken aufzudecken und zu schließen. So könnte zum Beispiel eine Gynäkologin nicht nur junge Mädchen gegen

Röteln nachimpfen, sondern, wenn sie die Befähigung gegenüber der KV nach Absolvierung eines entsprechenden Impfpraktikums nachweist, auch eine Auffrischungsimpfung für Tetanus und Diphtherie vornehmen. Gerade die aus Osteuropa wieder drohende Einschleppung der Diphtherie verdient besondere Anstrengungen. Die STIKO empfiehlt seit langem, bei jeder Wundversorgung (Epidemiologisches Bulletin 08.08.2003, Nr. 32) den Tetanusimpfschutz des Patienten zu überprüfen und stets eine Auffrischung mit der fixen Kombination von Td bei Erwachsenen vorzunehmen.

Um diese Empfehlung zu forcieren, haben KV und Ärztekammer Berlin für das 1. Quartal 2004 vereinbart, die fixe Kombination Td bei der postexponentiellen Impfung durch Chirurgen oder andere chirurgisch tätige Ärzte und Ärztinnen mit einer gesonderten Abrechnungsziffer 89001 zu versehen und von der Fortbildungspflicht (10 Std.-Kurs) auszunehmen. Dieses sollte allen Chirurgen in Praxis, Klinik und Rettungsstellen der Stadt vermittelt werden. Hierdurch sollte es möglich sein, den Anteil unvollständig immunisierter Jugendlicher und Erwachsener auch auf diesem Weg nachhaltig zu vermindern (siehe oben).

Fragen Sie nach dem Impfausweis!

Zwei mit einer sozialen Problematik verknüpfte Aspekte fielen uns qualitativ bei der Betreuung der Jugendlichen auf: Besonders häufig waren Migrantinnen und Migranten, die erst im Schulalter nach Deutschland kamen, völlig unzureichend geimpft. Dies liegt natürlich zum einen an der teilweise katastrophalen Situation der Gesundheitsver-

sorgung in den jeweiligen Herkunftsländern. Eine Befragung der Eltern und Schüler ergab aber auch, dass die Jugendlichen hier in Berlin von ihren behandelnden Hausärzten selten oder nie nach einem Impfausweis gefragt worden waren. Nur sehr wenige von ihnen erhielten überhaupt Impfungen und meistens nicht gemäß den STIKO-Empfehlungen. Diese Seiteneinsteiger in unsere Gesundheitsversorgung verdienen aus unserer Sicht deshalb besondere Aufmerksamkeit.

Das neue Gesundheitsreformgesetz vom 1.1.2004 hat Maßnahmen der Prävention – und hierzu zählen die Impfungen – von der Erhebung einer Praxisgebühr ausgenommen. Für Allgemeinmediziner und allgemeinmedizinisch tätige Internisten bieten die Schutzimpfungen (Standard- und Indikationsimpfungen) somit eine ideale Gelegenheit, ein Praxiseinladungssystem aufzubauen und „Kundenbindung“ zu betreiben. Wer sich fachlich entsprechend fortbildet, kann zudem reisemedizinische Beratung und Impfungen mit diesem Servicepaket verknüpfen. Entscheidend ist die systematische Ansprache aller Patientinnen und Patienten. Dieses kann im Rahmen des Praxiseinladungssystems sehr gut von der Arzthelferin geleistet werden.

Schlussfolgerungen

Der Schwerpunkt der Grundimmunisierungen liegt natürlich bei den Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin und wird, wie die Zahlen der gesamtberliner Einschuluntersuchungen 2001/2002 zeigen, auch vorbildhaft realisiert (Delekat 2003). Die dennoch entstehenden Lücken finden sich in sozialen Problemfamilien, für die die staatliche

nachgehende Fürsorge in Form der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste unverzichtbar bleibt, und bei bewussten Impfgegnern in sozial gut bis sehr gut gestellten Bereichen. Hier bleibt Aufklärungsarbeit zu leisten. Zur ärztlichen Sorgfalt gehört nach heutiger Rechtsauffassung auch, jeden Patienten und dessen Angehörige über die möglichen Risiken einer impfpräventablen Erkrankung aufzuklären.

So lobenswert zeitlich befristete Impfaktionen in den Vertragspraxen wie in den zurückliegenden Monaten sind, so wenig werden sie die hier aufgezeigten systematischen Defizite bei der Durchimpfung der jetzt Jugendlichen und der Erwachsenen in Berlin nachhaltig korrigieren. Hier sind aus Sicht der Autoren dauerhafte konzertierte Aktionen im

Netzwerk von Landes- und Bezirksbehörden, Vertragsärzten aller Fachrichtungen und deren Selbstverwaltungsorganen erforderlich.

Eine fortlaufende kritische jährliche Erhebung der vollständigen Impfdaten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz bei der Einschulungsuntersuchung und den Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz durch die KJGD's kann und muss hierbei als Frühwarnsystem erhalten bleiben, denn internationaler Reiseverkehr, Migration, das Infektionsgeschehen selbst und der Strukturwandel im deutschen Gesundheitswesen machen es erforderlich, hier stets die reale Situation in der Bevölkerung zu erfassen und sich nicht auf Empfehlungen allein zu verlassen.

Aus diesem Grund ist eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung nötig, um Gegenden mit niedriger Impfprävalenz identifizieren und gegebenenfalls Interventionsmaßnahmen einleiten zu können. (Deutsches Ärzteblatt – Heft 49, Dez. 2003).

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Carola Börner
Dr. med. Matthias Brockstedt
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
des Bezirksamts Mitte von Berlin
Reinickendorfer Str. 60 b,
13347 Berlin

Jeffrey Butler
Plan- und Leitstelle Gesundheit
des Bezirksamts Mitte von Berlin
Müllerstr. 147,
13349 Berlin

Zum 70sten von Ekkehard Vaubel

Foto: privat



Schon Vater und Großvater waren Ärzte. Von diesen übernahm Prof. Dr. med. Ekkehard Vaubel nicht nur die berufliche Schaf-

fenskraft, sondern auch eine umfangreiche Bibliothek. In dieser Bibliothek findet sich auch die Wurzel zu seiner Passion für die Geschichte der Medizin. Das Studium absolvierte er in München und Frankfurt mit Aufenthalten in London (Guys Hospital) sowie in Paris (Institut de Cancerologie et Immunogénétique). 1972 folgte die Habilitation, 1975 seine Professur. 1983 übernahm er die Leitung der Abteilung „Hand- und plastische Chirurgie, Sonderstation Querschnittslähmung“ des Behring Krankenhauses in Berlin Zehlendorf.

Er verfasste zahlreiche Publikationen, Buchbeiträge und Bücher (z.B. The greater omentum, Springer Verlag), sowie wissenschaftliche Filme. Für Menschen mit einem Handicap verwirklichte er mit Unterstützung zahlreicher Kollegen und Künstler in der Parkklinik Weißensee einen lang gehegten Traum, einen „Park der Sinne“. Seiner Leidenschaft für die Geschichte der Medizin ging er all die Jahre nach. Er zählt zu den Kollegen, die aus dem Betrachten und Analysieren der Vergangenheit Anregungen schöpfen. Dieses Wirken trug auch Blüten: So ließ er das stark zerstörte Mausoleum von Johann Friedrich Dieffenbach auf dem Friedrich-Werder'schen Friedhof renovieren und eine Büste des großen Chirurgen aufstellen. Eine weitere Büste, die er anfertigen ließ, steht heute in der Rotunde der Humboldt-Universität: sie

stellt Georg Christoph Lichtenberg, Physiker und Schriftsteller, dar. Vaubels Vision: Mögen bedeutsame wissenschaftliche und literarische Leistungen auch auf diese Weise in das Bewusstsein der Berliner eingehen.

Anlässlich seines Geburtstags am 20. Januar bittet Ekkehard Vaubel, auf Devotionalien zu verzichten und stattdessen den „Park der Sinne“ in Weißensee zu unterstützen.

Dr. Antje Müller-Schubert

Eine Spende überweisen Sie an MediArt e.V. unter Nennung des Verwendungszwecks „Park der Sinne; Parkklinik Weißensee“ auf das Konto 7622202, Bankleitzahl 36240045, Commerzbank AG Mülheim/Ruhr. Parallel teilen Sie in einem Anschreiben Medi-Art die Überweisung mit dem Hinweis auf die Überweisung einer Spendenbescheinigung mit: Bundesverband Kultur und Gesundheit MEDI-ART e.V., Wertgasse 40, 45466 Mülheim an der Ruhr.

Harald Dutz wird 90

Der frühere Direktor der II. Medizinischen Klinik der Charité, Prof. Dr. med. Harald Dutz, feiert am 14. Januar seinen 90. Geburtstag. Der gebürtige Berliner absolvierte in seiner Heimatstadt sein Medizinstudium und promovierte dort 1938 zum Dr. med. Nach dem 2. Weltkrieg, an dem er als Sanitätsoffizier, zuletzt als Chefarzt eines Feldlazarets teilgenommen hatte, war er teils als Landarzt, teils als Oberarzt an verschiedenen Krankenhäusern der Region tätig.

Seine Hochschullehrtätigkeit begann Harald Dutz 1951 als Oberarzt jener Klinik, der er elf Jahre später für nahezu zwei Jahrzehnte als Direktor vorstehen sollte.



Foto: privat

Schon in jener Zeit schuf er durch seine grundlegenden Untersuchungen zur Funktion der Niere (Habilitationsschrift 1952) die Basis für die Entwicklung einer modernen Nephrologie in der DDR. 1958 übernahm er mit dem Lehrstuhl für Innere Medizin in Rostock auch die Leitung der dortigen Medizinischen Universitäts-Poliklinik. Es entstand das erste nephrologische Zentrum der DDR – mit Nierenstation, ambulanter Versorgung und tierexperimenteller Abteilung. Bereits im Mai 1959 wurde erstmals in der DDR die Hämodialyse bei einem Patienten mit akutem Nierenversagen angewandt.

1962 folgte er dem Ruf nach Berlin, um die Leitung der II. Medizinischen Klinik der Charité zu übernehmen. In Fortführung der in Rostock begonnenen Arbeiten formierte er die Klinik neu und begann, die Nephrologie zu einer Subspe-

zialität der Inneren Medizin auszubauen. Er gehörte zu den Gründungsmitgliedern der Gesellschaft für Nephrologie der DDR, deren Vorsitzender er bis 1975 war. Seiner Initiative ist es zu danken, dass ein umfassendes Netz von nephrologischen Zentren die DDR überspannte, von denen auch die Dispensairebetreuung und die Dialysebehandlung der Patienten übernommen wurden. Nicht zuletzt auch in Würdigung dieses Engagements wurde er 1968 zum Präsidenten der European Dialysis and Transplant Association gewählt.

Für seinen unermüdlichen Einsatz in Lehre, Forschung und Krankenbetreuung wurden Prof. Dutz zahlreiche akademische und staatliche Ehrungen sowie Ehrenmitgliedschaften zuteil. Sein Wirken hat weit über die Grenzen der DDR hinaus Anerkennung gefunden.

PD Bernd-Dieter Bohne
i.A. Alumni-Club der Charité

Zum Tode von Günter Stüttgen

Am 21.10.2003 verlor die Berliner Medizinische Gesellschaft ihr langjähriges Mitglied, Prof. Dr. med. Günter Stüttgen, em. Ordinarius für Dermatologie am Rudolf-Virchow-Klinikum der Freien Universität Berlin. Geboren in Düsseldorf, studierte Günter Stüttgen Medizin in Marburg, Frankfurt und Düsseldorf, wo er 1943 das Staatsexamen ablegte. Nach Kriegsdienst als Militärarzt 1943-45 und nach seiner Ausbildung zum Dermatologen leitete Stüttgen von 1969 bis zu seiner Emeritierung 1990 die Dermatologische Klinik im Rudolf-Virchow-Klinikum; gleichzeitig versah er den Lehrstuhl für Dermatologie an diesem Standort.



Foto: privat

Stüttgen trat 1969 der Berliner Medizinischen Gesellschaft bei und war im Vorstand zunächst Schriftführer und dann später Schatzmeister. In dieser Zeit trug er wesentlich dazu bei, das wissenschaftliche Leben unserer Gesellschaft zu gestalten. Seinen letzten Vortrag hielt Stüttgen am 12. März als „Augenzeuge“ und behandelnder Arzt der Pockenausbrüche in Deutschland im Jahre 1962. Der Unterzeichnende kannte Günter Stüttgen seit 1951, als er ihn zu einer Kongressreise von Düsseldorf nach der Insel Wangerooge begleiten durfte. Als Student der Medizin in Düsseldorf erlebte er Stüttgen als akademischen Lehrer und, seit 1977, als Kollegen an der FU Berlin. „Leitmotiv“ dieser Beziehung, die sich zu einer Freundschaft entwickelte, waren Stüttgens Fröhlichkeit, sein Optimismus, sein kritisches, aber stets positives Urteil und seine Begeis-

terung für eine gute Sache. Immer verstand er, guten Rat zu geben. Sein persönlicher Mut, den er im Krieg unter Beweis stellte, als er 1944 in der Hürtgenwaldschlacht einen Waffenstillstand mit dem US-amerikanischen Gegner aushandelte, um den verwundeten Deutschen und US-Amerikanern das Leben zu retten, zeigte sich immer, wenn er in kritischen Situationen, die Zivilcourage erforderten, Position bezog. Auch hierin war er allen ein Vorbild. Sein Motto:

„Leben – nur leben“ lebte er exemplarisch.

Wir verlieren in Günter Stüttgen einen wahren Weisen, einen Menschen, auf den stets Verlass war, der es verdiente, dass man ihm vertrauensvoll entgegentrat – einen Freund.

Prof. Dr. Dr. h.c. Helmut Hahn
Berliner Medizinische Gesellschaft



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:

Genaue Dienstbezeichnung:

Namensänderung:

Promotion/Habilitation am:

NEUE PRIVATANSCHRIFT:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon:

Bestandene Facharztprüfungen September bis November 2003*

Allgemeinmedizin

Margitta Bardich	9. September 2003
Dr. med. Axel Baumgarten	9. September 2003
Dr. med. Ellen Becker	28. Oktober 2003
Dr. med. Matthias Brockstedt	2. September 2003
Natalie Bröckerbaum	4. November 2003
Hossein Daghigh	30. September 2003
Dr. med. Korinna von Fournier	9. September 2003
Dr. med. Ilona Futterer	2. September 2003
Almut Gerstmeier	4. November 2003
Dr. med. Susanne Hähnert	25. November 2003
Arefaine Haile	18. November 2003
Achim Held	11. November 2003
Dr. med. Carola Kalz-Tosberg	2. September 2003
Dr. med. Halil Karabayir	8. Oktober 2003
Dr. med. Ilka Knur	25. November 2003
Dr. med. Andreas Kopf	21. Oktober 2003
Dr. med. Hannes Lehmann-Waldau	14. November 2003
Susanne Lewkowicz	21. Oktober 2003
Dr. med. Christopher Marchand	11. November 2003
Dr. med. Anke Karen Müller-Krampitz	14. November 2003
Barbara Neuhaus	28. Oktober 2003
Dr. med. Petra Neumann	18. November 2003
Miriam Ortiz	4. November 2003
Dania Prütz	31. Oktober 2003
Sonja Reichenstein	23. September 2003
Dr. med. Babette Sager	30. September 2003
Rüdiger Schmidt	23. September 2003
Dorothy Siegl	21. Oktober 2003
Dr. med. Christoph Staich	25. November 2003
Christof Sievers	23. September 2003
Peter Ternes	31. Oktober 2003

Dr. med. Elke Tolksdorff	14. November 2003
Dr. med. Vera Vollmer	18. November 2003
Thomas Wehrenfennig	14. November 2003
Dr. med. Karolin Wicht	28. Oktober 2003
Frank Horst Wilhelm	11. November 2003

Anästhesiologie

Dr. med. Jörg Barnstedt	29. September 2003
Holger Brewka	29. Oktober 2003
Dr. med. Klaus Engelke	17. September 2003
Guido Finck	29. Oktober 2003
Dr. med. Wiebke Janson	29. September 2003
Volker Hallanzky	17. September 2003
Christina Herbst	13. Oktober 2003
Dr. med. Barbara Hoffmann	13. Oktober 2003
Ludmila Ionis	29. September 2003
Brigitte Langholz	29. September 2003
Dr. med. Karsten Mäding	29. Oktober 2003
Maryam Moshirzadeh Moayed	29. September 2003
Igor Petzold	17. September 2003
Dr. med. Afshin Rahmany	18. September 2003
Dr. med. Barbara Reinartz	29. Oktober 2003
Dr. med. Katrin Stroop	18. September 2003
Gerhard Wagner	13. Oktober 2003
Dr. med. Deborah Welte	17. September 2003

Arbeitsmedizin

Thomas K. Müller	6. November 2003
------------------	------------------

Augenheilkunde

Peter Frank	22. Oktober 2003
Dr. med. Katrin Hermes	22. Oktober 2003
Dr. med. Claudia Scherer	22. Oktober 2003

Chirurgie

Dr. med. René Altenburger	30. September 2003
Dr. med. Cordula Böhm	30. September 2003
Theodoulos Christodoulou	18. November 2003

Ralph Jekat 18. November 2003
Dr. med. Marcus Krüger 18. November 2003

Diagnostische Radiologie

Dr. med. Dorett Gmach 7. Oktober 2003
Veronika Nieber 7. Oktober 2003

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Insa Agha-Mir-Salim 22. Oktober 2003
Dr. med. Philip de Almeida 10. September 2003
Dr. med. Julia Bartley 24. September 2003
Dr. med. Julia Beusch 10. September 2003
Holm Eggemann 26. November 2003
Claudia Ehle 22. Oktober 2003
Dr. med. Tanja Henneberg 12. November 2003
Dipl.-Med. Larisa Liepe 22. Oktober 2003
Dr. med. Berit Matthies 12. November 2003
Gabriela Rosenow 12. November 2003
Dr. med. Bettina Schauß 10. September 2003
Dr. med. Oliver Schmid 24. September 2003
Dr. med. Ulrike Steinhoff 22. Oktober 2003
Marie Ysabel Vornhecke 24. September 2003
Dr. med. Katrin Waellnitz 26. November 2003
Dr. med. Verena Weyer 22. Oktober 2003

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. med. Susanne Meise 8. Oktober 2003

Haut- und Geschlechtskrankheiten

David Börner 5. November 2003
Dr. med. Miriam Zago 5. November 2003

Innere Medizin

Dr. med. Nina Babel 12. November 2003
Richard Bader 3. September 2003
Dr. med. Martin Behrend 1. Oktober 2003
Dr. med. Cornelia Bösche-Brun 24. September 2003
Hiltrud Bultmann 5. November 2003
Dr. med. Stefanie Franz 3. September 2003
Dr. med. Birke-Swantje Klein 3. September 2003
Dr. med. Matthias Koch 5. November 2003
Dorit Kowollik 1. Oktober 2003

Dr. med. Katharina Kräutlein 22. Oktober 2003
Dr. med. Kerstin Kujath 26. November 2003
Dr. med. Susanne Küpferling 24. September 2003
Dr. med. Sylke Kurz 12. November 2003
Dr. med. Hans Peter Luther 22. Oktober 2003
Dr. med. Antje Meinhold 12. November 2003
Dr. med. Daniel Merkel 3. September 2003
Dr. med. Susanne Methling 24. September 2003
Dr. med. Stephan Oertel 3. September 2003
Susanne Rupperecht 26. November 2003
Dr. med. Kay Sacherer 12. November 2003
Dr. med. Karsten Schlieps 3. September 2003
Dr. med. Bianca Schütz 24. September 2003
Dr. med. Olaf Schultz 5. November 2003
Dr. med. Dirk Selbig 1. Oktober 2003
Dr. med. Michela Steinbach 5. November 2003
Angela Tamkus 22. Oktober 2003
Dr. med. Martina Zuberbier 24. September 2003

Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Alexander Agthe 22. Oktober 2003
Dr. med. Lorenz Bayer 1. Oktober 2003
Brigitta Bernhard 8. Oktober 2003
Dr. med. Oliver Günther 26. November 2003
Dr. med. Philipp Henneke 3. September 2003
Dr. med. Rainer Kehrt 8. Oktober 2003
Dr. med. Inga Marie Kirchner 1. Oktober 2003

Dr. med. Heiko Krude	22. Oktober 2003
Dr. med. Holger Lode	3. September 2003
Dr. med. Sven Lolembowski	3. September 2003
Dr. med. Anne-Luise Mängel	3. September 2003
Heidi Meyer	19. November 2003
Dr. med. Dominik Müller	8. Oktober 2003
Dr. med. Silvia Mütter	26. November 2003
Dr. Andrea Neuendank	3. September 2003
Dr. med. Susanne Reich	22. Oktober 2003
Dr. med. Karen Müller-Schlüter	26. November 2003
Dr. med. Hans-Peter Sperling	1. Oktober 2003
Dr. med. Sebastian Voigt	22. Oktober 2003
Dr. med. Annett Wiedenhöft	1. Oktober 2003

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vassily Borisov	25. Februar 2003
Salah Bsar	16. September 2003
Stefan Gürtler	28. Oktober 2003
Dipl.-Med. Steffi Ledwon	25. November 2003
Anke Reinbach	25. November 2003

Klinische Pharmakologie

Dr. med. Stefanie Lindemann	4. November 2003
-----------------------------	------------------

Nervenheilkunde

Dr. med. Regine Blattner	18. September 2003
Stephan Rodde	18. September 2003

Neurologie

Sven-Uwe Block	13. November 2003
Dr. med. Daniela Edler	9. September 2003
Dr. med. Hedda Lausberg	9. September 2003
Andrea Link	20. November 2003
Dr. med. Andreas Meisel	4. November 2003
Dr. med. Friedemann Paul	4. November 2003
Silvia Scheermann	9. September 2003
Ulrike Schwarz	20. November 2003
Susanne Vogel	13. November 2003

Orthopädie

Dr. med. Stefan Berger	24. September 2003
Jörg Franzen	24. September 2003

Michael Quasbarth	24. September 2003
Andrea Wagner	24. September 2003

Pathologie

Dr. med. Claudia Roberts	30. Oktober 2003
Dr. Christoph Loddenkemper	30. Oktober 2003

Physikalische und Rehabilitative Medizin

Serpil Öcal	24. September 2003
-------------	--------------------

Psychiatrie

René de la Chaux	14. Oktober 2003
Christoph Finger	14. Oktober 2003
Franz Griesser	23. September 2003
Dr. med. Matthias Reinhold	9. Oktober 2003
Dr. med. Marion Sengelaub	14. Oktober 2003
Dr. med. Uta Siegel	11. November 2003
Silvia Scheermann	2. September 2003
Dr. med. Annette Eleonore Schrag	21. Oktober 2003
Swantje Studer	30. September 2003

Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Olaf Hardt	2. September 2003
Dr. med. André Kwalek	23. September 2003
Dr. med. Ortwin Lüers	23. Oktober 2003
Petra Zinser	2. September 2003

Psychotherapeutische Medizin

Irene Berndt	30. September 2003
Brita Koßmann	25. November 2003

Urologie

Dr. med. Volko Ebeling	30. September 2003
Jens-Holger Jessen	30. September 2003
Dr. med. Jens Köllermann	30. September 2003

* 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.

Portraits von Kranken

Im Berliner Medizinhistorischen Museum



Foto: Katalog

Wir sehen das Bildnis eines jungen – sehr jungen – Farbigen. Es fängt seine Individualität ein, ist technisch brillant aufgenommen und ästhetisch sehr reizvoll – der Fotograf muss Künstler sein. Zugleich ist dies aber das Bild eines Leidens: der Myasthenia gravis. Bei dieser Autoimmunkrankheit ist die neuromuskuläre Übertragung gestört, mit der Folge einer progressiven Muskelschwäche. Wer die Krankheit kennt, kann sie dem Jungen ansehen.

Am häufigsten sind die Augenmuskeln betroffen, und wer deshalb die Lider nur mit Mühe heben kann, versucht die Augen durch Stirnrunzeln offen zu halten. Zur Behandlung gehört die Thymektomie. Man erkennt die Narbe über dem Brustbein. Ursprünglich war das Bild für den medizinischen Unterricht bestimmt. Der Fotograf muss Arzt sein.

umfasst 54 Schwarz-Weiß-Aufnahmen, eine nach medizinischen und ästhetischen Kriterien getroffene Auswahl aus über tausend Fotografien von Patienten aus dem südafrikanischen Krankenhaus Kalafong in Atteridgeville, einem „schwarzen“ Vorort von Pretoria. Dort hat Ribeiro sich zum Internisten weitergebildet – noch bevor AIDS dominierte und noch in der zu Ende gehenden Ära der Apartheid, und dort hat er zwischen 1981 und 1989 die eigentlich zu Lehrzwecken gedachten Bilder gemacht. Bilder von Menschen mit Tropenkrankheiten wie Lepra, aber auch mit allgemein verbreiteten Leiden wie rheumatoider Arthritis oder Tumoren in so weit fortgeschrittenen Stadien, wie man sie wohl bei uns kaum zu sehen bekommt.

Mit Zustimmung der Portraitierten wurden diese eindrucksvollen Fotos

In der Tat ist dieser Fotokünstler hauptberuflich Arzt, und zwar Internist und Tropenmediziner. Dr. Miguel Ribeiro praktiziert heute in Lissabon, wo er 1952 geboren wurde. Und er fotografiert, aber durchaus nicht nur Kranke, und seine Bilder werden immer wieder öffentlich gezeigt. Zu der Ausstellung, die Sie noch bis Ende Januar sehen können (und nicht versäumen sollten!), kam er selbst nach Berlin. Sie

wegen ihrer hohen Qualität immer wieder ausgestellt, nicht nur in Afrika, sondern zum Beispiel auch in Lissabon, Quebec, Lausanne – und nun im Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité. Dessen Direktor Thomas Schnalke bedankte sich für die Unterstützung dieses Vorhabens nicht nur bei der Botschaft und dem Außenhandelsministerium Portugals, sondern vor allem auch bei einer Gruppe engagierter Studenten des Berliner Reformstudiengangs Medizin.

Unter Leitung der Museumsfachleute erarbeiteten die Studierenden in einem Projektseminar der Lehrveranstaltung „Grundlagen des Ärztlichen Denkens und Handelns“ die Kommentare zu den Fotografien. Dieter Scheffner und Walter Burger vom Reformstudiengang erläuterten, warum diese Bilder – medizinisch, menschlich und ästhetisch gleich ausdrucksstark – den Lehrenden so gut ins Konzept passen. Zu den Reformzielen gehört es, neben der fachlichen auch die persönliche Entwicklung der angehenden Ärzte zu fördern und sie zu kritischer Reflexion ihrer beruflichen Arbeit anzuregen; also auch ihren Blick auf die Profession selbst zu richten und darauf, wie Ärzte Kranke sehen und sehen sollten.

„Auf diesen Bildern sind nicht nur Krankheiten dargestellt, sondern Menschen“, sagte Cornelius Frömmel, Charité-Prodekan für Forschung. Insofern trifft der Titel „Portrait der Krankheit“ nur einen Teilaspekt dieser außergewöhnlichen Ausstellung.

Rosemarie Stein

**Berliner Medizinhistorisches
Museum der Charité,
Schumannstr. 20-21,
bis zum 1.2.04,
täglich außer montags 10-17,
mittwochs bis 19 Uhr,
Katalog 14,80 Euro.**