

„Tödliches Unverständnis“



Foto: Thomas Räse

Dr. med. Günther Jonitz (Chirurg)

Präsident der Ärztekammer Berlin

Mit diesem Titel war ein Artikel im TAGESSPIEGEL am 8. September 2005 überschrieben, der die Analyse zweier fataler Flugzeugabstürze beschrieb. Bei der nächtlichen Wartung wurde der Einbau eines Drehschalters für das Drucksystem vergessen. Das Warnsignal für zu niedrigen Kabinendruck ertönte, wurde jedoch von den Piloten falsch eingeschätzt. Die Englischkenntnisse des Piloten (aus Deutschland) und seines Copiloten (aus Zypern) hätten nicht ausgereicht, um das Problem zu diskutieren. Zitat Ende.

Kommt uns das nicht bekannt vor? Gleich mehrere, eigentlich absolut unnötige Bagatellprobleme führen in der Kombination zu einem tödlichen Fehler. Ursache? Man darf spekulieren, ob es ein „Sparen im Wettbewerb zu Lasten der Qualität“ war. Anzunehmen ist es trotzdem. Die Fliegerei hat noch den Vorteil, dass Ursache und Folge für den Laien einfach zu erkennen sind. In der Medizin, bei uns, ist das anders. Wenn, aus welchen Zwängen und Ursachen heraus auch immer, aus der hypertonen Krise in der Rettungsstelle ein Schlaganfall oder aus der Unterschenkelfraktur ein Kompartment-Syndrom wird, kann es sich sowohl um den unabwendbaren, schicksalhaft-schweren Verlauf einer Erkrankung oder um einen durch Organisation oder Sorgfalt vermeidbaren Schaden handeln. Hinter dieser Argumentation versteckt sich jeder, der behauptet, dass eine Rationierung im

Gesundheitswesens unserer Gegenwart nicht stattfindet. Es ist ja auch bequemer, denn die Letztverantwortung trägt immer der behandelnde Arzt.

Die Schere zwischen Anspruch und Wirklichkeit klafft immer weiter auseinander und ist eine der Ursachen für den einsetzenden Ärztemangel in der unmittelbaren Patientenversorgung. „Wettbewerb“ und „Sparen“ sind immer noch größere Antreiber im harten Alltag der Gesundheitspolitik als medizinische Qualität. Dies gilt bei Vertragsangeboten der Kassen im Rahmen von Versorgungsverträgen ebenso wie beim Dumm-Sparen im Krankenhaus. Unternehmensberater rechnen die Betreuung alter, kranker Menschen auf eine Arztstelle für 30 stationäre Patienten herunter (insgesamt, wohl gemerkt). Risiken sind vorprogrammiert.

Die Ärztekammer und andere verantwortungsbewusste Institutionen im Gesundheitswesen haben deshalb das Thema „Patientensicherheit“ auf die Agenda genommen und ein Aktionsbündnis gegründet (www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de). Auf dieser Ebene dürfte es künftig keine Missverständnisse mehr geben. Ziel muss es sein, diese gemeinsame Sprachregelung bis auf die konkrete Vertragsebene herunter zu bringen. Wir dürfen gespannt sein, wie lange dies dauert.

„Tödliches Unverständnis“ gilt natürlich auch für die Ebene zwischen Arzt und

Politik. Ob die neue Regierung (ob es denn eine neue wird, stand zum Redaktionsschluss noch nicht fest) es schaffen wird, den Ärztinnen und Ärzten zuzuhören und im Konsens anstehende Probleme und Herausforderungen zu meistern? Ob wir selbst es schaffen, den Politikern zuzuhören und auf deren Sicht der Dinge eine Antwort zu finden? Das bloße Beharren auf Standpunkten und Status bringt keine Verbesserungen.

Aus den USA kommt eine neue Stufe der Erkenntnis. „Kaiser Permanente“, eine der großen Managed Care Organisationen, wirbt mit dem Spruch „Unser professionelles Management lässt Ärzte als Ärzte arbeiten. Sie wissen, was das bedeutet: Sie können so noch bessere Ärzte sein“.

Wie lange braucht es diesmal, bis wir die Fehler wiederholt und anschließend aus ihnen gelernt haben? Kleiner Trost: Das Wissen, wie es anders besser ginge, ist immerhin schon da. Fehlen nur noch „Verständnis“ und „konkrete Aktion“. Wünschen wir uns und unserer Regierung in diesem Sinne viel Erfolg. Es ist gut für die Patienten.

Ihr



Haftungsrechtliche Probleme beim fachübergreifenden Bereitschaftsdienst

Fachübergreifende Bereitschaftsdienste sind für viele Klinikärzte ein Reizthema. In Zeiten von Personal- und Kostenreduktion sind sie in vielen Krankenhäusern Alltag. Doch obwohl rechtlich erlaubt, haben die fachübergreifenden Bereitschaftsdienste folgenschwere haftungsrechtliche Konsequenzen. Über die rechtlichen Hintergründe informieren wir Sie hier ausführlich.

Von Klaus Ulsenheimer14

Kommentare von Matthias Albrecht (S. 20) und von Julian Veelken (S. 21)

MEINUNG

Tödliches Unverständnis

Von Günther Jonitz3

BERLINER ÄRZTE aktuell6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Sicher punkten mit neuem Barcode-System

Berliner Ärzte erhalten jetzt von der Ärztekammer einen neuen elektronischen Fortbildungsausweis. Durch einen Barcode auf dem Ausweis werden die Fortbildungspunkte der jeweiligen Veranstaltung schnell und sicher erfasst und auf dem individuellen Punktekonto gutgeschrieben. 24

Sport als Therapiebegleitung

Eine neue Präventionskampagne des Landessportbundes und der Ärzte-

kammer Berlin soll niedergelassenen Ärzten helfen, Patienten Sport als Therapiebegleitung näher zu bringen. Im Mittelpunkt stehen dabei ein spezielles „Rezept“ und besondere Informationsveranstaltungen für Patienten.
Von Sascha Rudat26

Seine Eiligkeit Clown Willi

Lachen macht gesund – Unter dieser Maxime besucht Paul Kustermann als Krankenhausclown Willi chronisch kranke Kinder in Kliniken. In schweren Zeiten möchte Kustermann den kleinen Patienten im Krankenhausalltag ein Stück Unbeschwertheit zurückgeben.
Von Ulrike Hempel 28

ARZT SEIN IN BERLIN

Portrait des Berliner Arztes Kai Schorn

Von Thomas Loy 23

PERSONALIEN.....

In memoriam Dieter Scholz30

Zum Tode von Ulrich Kleine.....30

Walter Scheffler zum 85. Geburtstag31

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen g..... 34

FEUILLETON.....

Das Langenbeck-Virchow-Haus

Mit der Wiedereröffnung des Langenbeck-Virchow-Hauses erhält Berlin einen Mittelpunkt ärztlichen Lebens und Arbeitens in seinem historischen „Medizinviertel“ zurück.

Von Rosemarie Stein35

Impressum 42

Kammer intern

Wechsel in der Öffentlichkeitsarbeit



Sascha Rudat



Sybille Golkowski

Neuer Leiter des Referats Öffentlichkeitsarbeit der Ärztekammer Berlin – und damit verantwortlicher Redakteur der Zeitschrift BERLINER ÄRZTE und Pressesprecher der Kammer – ist seit dem 1. Oktober der Journalist Sascha Rudat. Er löst in diesen Funktionen Sybille Golkowski ab, die ein Baby erwartet und eine zweijährige Erziehungszeit plant. Golkowski leitete das Referat seit 1995.

Sascha Rudat (35) hat in München Journalistik studiert und dort auch die Deutsche Journalistenschule besucht. Er arbeitete zuletzt als Ressortleiter bei der Nachrichtenagentur ddp in Berlin.

Kontakt:
Sascha Rudat
Tel: 40 80 6-1600
Fax: 40 80 6-1699
E-Mail: s.rudat@aekb.de

Ethik-Kommission

Prüfung von Arzneimittelstudien ab sofort beim Land Berlin

Am 30. September 2005 endete die Zuständigkeit der Ethik-Kommission der Ärztekammer Berlin für die Bewertung klinischer Arzneimittelprüfungen nach den §§ 40 – 42 Arzneimittelgesetz.* Für diese Aufgabe hat das Land Berlin durch Gesetz mit Wirkung zum 1. Oktober 2005 eine Ethik-Kommission in unmittelbarer staatlicher Trägerschaft eingerichtet. Diese Kommission führt den Namen „Ethik-Kommission des Landes Berlin“. Dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin obliegt die Geschäftsführung (Geschäftsstelle). Neuanträge sind seit dem 1. Oktober an die Landes-Kommission zu richten.

Die Neuordnung schließt AMG-Forschungsvorhaben ein, die zwischen dem 6. August 2004 und dem 30. September 2005 bei den Ethik-Kommissionen der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Ärztekammer Berlin initial eingereicht und bearbeitet wurden. Diese Prüfungen werden von der Landes-Kommission weiter betreut.

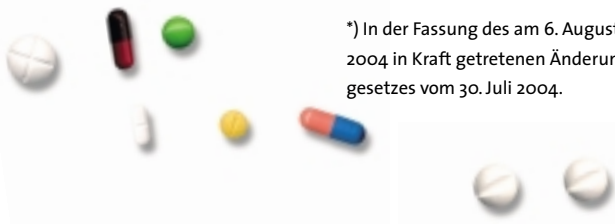
Die Ethik-Kommission des Landes Berlin ist erreichbar unter:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin,
Geschäftsstelle der Ethik-Kommission des Landes Berlin
Sächsische Straße 28
10707 Berlin
Tel.: (030) 9012-7640
Fax: (030) 9012-7634

weitere Informationen unter:
www.lageso.berlin.de

Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Berlin ist weiterhin für klinische Prüfungen von Arzneimitteln bei Menschen zuständig, für die die erforderlichen Unterlagen vor dem 6. August 2004 bei ihr vorgelegt worden sind. Darüber hinaus berät die Kommission Kammermitglieder und den Vorstand der Ärztekammer Berlin in verschiedenen berufsethisch und berufsrechtlich bedeutsamen Feldern. Beispiele dafür sind die epidemiologische Forschung mit personenbezogenen Daten, die Forschung mit Gameten und embryonalem Gewebe sowie grundsätzliche berufsethische Fragen.

*) In der Fassung des am 6. August 2004 in Kraft getretenen Änderungsgesetzes vom 30. Juli 2004.



Asthma

Nationale Versorgungs-Leitlinie verabschiedet

Die Bundesärztekammer hat am 26. August die Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma (NVL Asthma) zustimmend zur Kenntnis genommen. Damit wurde die Leitlinie jetzt von allen Trägern des Programms für NVL (Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) offiziell verabschiedet. Die NVL Asthma richtet sich an Ärztinnen und Ärzte aller Versorgungsbereiche, an alle weiteren Fachberufe im Gesundheitswesen und an betroffene Patienten. Die Kurz- und Langfassung sowie der Leitlinienreport, der die Vorgehensweise bei der systematischen Erstellung erläutert, sind im Internet unter der Adresse www.asthma.versorgungsleitlinie.de zu finden.

Gesundheitssport

Neue Präventionskampagne

„Berlin komm(t) auf die Beine – Mach mit, bleib fit...“ nennt sich eine neue Präventionskampagne, die der Landessportbund Berlin gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin, dem Berliner Sportärztebund und der KV Berlin am 12. Oktober startet. Ziel der langfristig angelegten Kampagne ist es, niedergelassene Berliner Ärzte zu unterstützen, die ihren Patienten Sport als Therapiebegleitung empfehlen. Der Landessportbund stellt interessierten Ärzten neben der bekannten Broschüre „Gesundheitssport“ kostenlos Plakatmaterial, Veranstaltungsinformationen zu Gesundheitsforen sowie ein so genanntes „Rezept für Bewegung“ zur Verfügung.

Weitere Informationen zu der Kampagne sowie ein Bestellformular für das Informationsmaterial finden Sie auf Seite 26/27.



Warnung vor dem Schmalspur-Doktor

Bundesärztekammer, Marburger Bund und Deutscher Hochschulverband warnen vor der Einführung eines dreijährigen Bachelor-Studiengangs für die Ärzteausbildung. Hintergrund ist der so genannte „Bologna-Prozess“, nach dem bis zum Jahr 2010 ein europäischer Hochschulraum entstehen soll. Die nationalen Studiensysteme sollen angeglichen werden – drei Studienphasen Bachelor, Master und Promotion sind vorgesehen. Prof. Manfred Gross, Prodekan der Berliner Charité, vertritt dazu folgende Auffassung: „Die Idee, die Ausbildung in ein zweistufiges System, ein berufsfeldbezoge-

nes und ein wissenschaftliches, einzubetten, ist sicher in anderen Hochschulabschlüssen umsetzbar. Im medizinischen Teil halte ich dies mit dem Abschluss der ärztlichen Ausbildung auf Bachelor-Niveau nicht für möglich.“

Das für die Ausübung des Arztberufes erforderliche Wissen könne auch nach EU-Richtlinien nicht in einer Zeit von weniger als 5500 Ausbildungsstunden vermittelt werden. Die kürzlich in Kraft getretene Approbationsordnung für Ärzte sehe deshalb zu Recht eine Mindestausbildungszeit von sechs Jahren vor, betont Gross.

Dr. Frank Ulrich Montgomery sieht darüber hinaus noch eine andere Gefahr. Der Vorsitzende des Marburger Bundes spricht von einem Lockmittel für „unverantwortliche Politik“. Angesichts miserabler Arbeitsbedingungen und unwürdiger schlechter Bezahlung könnten Politiker auf die Idee kommen, „schnell ausgebildete Basisärzte mit Minimalqualifikation zum Lohndumping auf den Ärztemarkt zu werfen“. Das seien dann Mediziner, aber keine Ärzte, die in die Patientenversorgung geschickt würden. „Wir brauchen keine Billig-Ärzte und wir wollen auch nicht die Differenzierung in



Billig-Mediziner mit Bachelor und wissenschaftliche Ärzte mit Doktorhut“, unterstreicht Montgomery. Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, fordert die Bundesländer deshalb auf, klare und dauerhafte Ausnahmeregelungen für die Ausbildung der Ärzte zu treffen. *ub*

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Vivantes Klinikum Hellersdorf

Mit Zusammenlegung der Kliniken für „Psychiatrie und Psychotherapie – Gerontopsychiatrie“ und „Psychiatrie und Psychotherapie – Suchterkrankungen“ zur Klinik für „Psychiatrie und Psychotherapie“ ist Prof. Dr. med. Tilman Wetterling seit dem 1. Juli 2005 Chefarzt der neuen Einrichtung. Die bisher separaten Einheiten leiteten Wetterling und sein Kollege Prof. Dr. habil. Bernd Nickel. Letzterer führt seit dem 1. Juli als Regionaldirektor Ost die Klinika Hellersdorf und Prenzlauer Berg.

Vivantes Regionaldirektion West

Mit Neueinstellung zum 1. August 2005 wurde Dr. med. Florian Wenzel Regionaldirektor West der beiden Vivantes-Kliniken Auguste Viktoria und Wenckebach. Die Positionen der ärztlichen Direktoren beider Kliniken blieben bestehen. Wenzel kommt vom Universitätsklinikum Friedrich Schiller in Jena. Er leitete dort die Stabsstelle strategische Planung und war Assistent des Vorstandsvorsitzenden.

Schlosspark-Klinik

Seit dem 1. Juli 2005 besteht hier eine neue Abteilung Chirurgie II (Viszeralchirurgie, Zentrum für kolorektale Chirurgie, Proktologie und endokrine Chirurgie) unter Leitung von Prof. Dr. med. Karl-Heinz Treutner. Treutner war über mehrere Jahre Leitender Oberarzt am Universitätsklinikum Aachen. Die Chirurgie I, das Zentrum für minimalinvasive Chirurgie und endoskopische Operationen, wird wie bisher von Prof. Dr. med. Volker Lange geleitet.

Prof. Dr. med. Carl Erb wird ab 1. Oktober 2005 neuer Chefarzt in der Abteilung Augenheilkunde der Schlosspark-Klinik. Erb, bislang Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor der Universitätsaugenklinik Rostock, löst Prof. Dr. med. Heinrich Bleckmann ab, der sich bereits zu Beginn des Jahres in den Ruhestand verabschiedete und zwischenzeitlich durch Oberarzt Dr. med. Christoph Niederstadt vertreten wurde.

St. Hedwig Kliniken

Seit dem 1. September 2005 hat Dr. med. Eric Petrus Maria Lorenz die Leitung der Klinik für Viszeral- und Gefäßchirurgie der St. Hedwig Kliniken Berlin, Standort St. Hedwig Krankenhaus in Berlin-Mitte inne. Lorenz war zuletzt Chefarzt für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie der Caritas-Klinik in Pankow. Er löst Dr. med. Dietrich Leder ab, der auf eigenen Wunsch ausgeschieden ist.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-1601/-1600, Fax: -1699
E-Mail: e.piotter@aekb.de

Therapieempfehlungen

Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Die Techniker-Krankenkasse (TK) hat die Broschüre „Periphere arterielle Verschlusskrankheit – Eine Information für Patienten und Angehörige“ neu aufgelegt. Die Broschüre entstand unter wissenschaftlicher Beratung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Basierend auf der ärztlichen Therapieempfehlung der AkdÄ zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) wird über die Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten informiert. Die Broschüre ist im Internet unter www.akdae.de/45/pAVK.pdf kostenlos abrufbar oder kann über die TK-Geschäftsstellen bezogen werden.



Erfolgreiche Arztfachhelferinnen



16 Frauen haben am 27./28. August 2005 erfolgreich die Weiterbildungsprüfung zur Arztfachhelferin abgeschlossen und feierlich ihre Urkunde überreicht bekommen. Die Prüfung war der Abschluss eines berufsbegleitenden Kurses von insgesamt 400 Stunden, der nach einem von der Bundesärztekammer zertifizierten Curriculum durchgeführt wird. Der Kurs qualifiziert für leitende Tätigkeiten in der anspruchsvollen Arztpraxis. So finden sich Themen zur effizienten Praxisorganisation einschließlich EDV, zu wichtigen Fragen des Arztrechts und zur Personalführung sowie zum Konfliktmanagement im Pflichtteil. Er umfasst 280 Stunden, darüber hinaus werden im Wahlteil medizinische Themen vertieft, die auch speziellen fachspezifischen Weiterbildungen entsprechen.

Die Auswahl der zusätzlichen Curricula hängt jeweils von der Fachrichtung der Teilnehmerinnen ab. Im gerade abgeschlosse-

nen Kurs wurde im Wahlteil das Curriculum für hausärztliche Versorgung absolviert. In Berlin werden Pflicht- und Wahlteil als Kompaktkurs angeboten, dieser findet, verteilt über 15 bis 18 Monate an 10 bis 11 Wochenenden jeweils von Freitagnachmittag bis Sonntagnachmittag und in drei achttägigen Blöcken ganztätig statt. Die Wochenenden liegen außerhalb von Schulferien und Abrechnungszeiträumen, in der Regel am jeweils dritten Wochenende eines Monats. Im Dezember und Juli finden keine Kursteile statt.

Die Dozenten kommen den Themen entsprechend aus unterschiedlichen Gebieten, verfügen über umfangreiche eigene praktische Erfahrungen und sind geübt im Unterrichten. Während des Kurses findet eine begleitende Evaluation der Dozenten durch die Teilnehmenden statt, eventuell notwendige Anpassungen der Themen oder Methoden sind gewährleistet. Am Ende des Kurses steht eine

schriftliche Prüfung aus zwei Teilen, die insgesamt fünf Stunden dauert. Den Abschluss bildet eine mündlich-praktische Prüfung jeder Teilnehmerin in vier Untergebieten.

Insgesamt nehmen 12-16 Teilnehmerinnen an den Kursen teil, die insgesamt 1600 Euro kosten. Eine Ratenzahlung ist selbstverständlich möglich. Ein Zuschuss kann in seltenen Fällen vom Arbeitsamt oder über die Begabtenförderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gewährt werden.

Außerdem kann für die Weiterbildungsmaßnahme Meister-Bafög beantragt werden, das einen Darlehensanteil und einen Zuschuss umfasst.

Für das kommende Jahr sind folgende Termine geplant: 20.-22. Januar, 17.-19. Februar, 17.-19. März, 5.-13. Mai, 23.-25. Juni, 18.-20. August, 22.-24. September, 20.-22. Oktober und 10.-18. November 2006. Interessenten melden sich unter der Telefonnummer 40 80 6-22 03 bei Frau Hartmann.

Kongress

Armut und Gesundheit

Zum elften Mal wird am 18. und 19. November 2005 in Berlin der Kongress „Armut und Gesundheit“ stattfinden. Im Jahr 1995 aus einer studentischen Initiative entstanden, ist er inzwischen die bundesweit größte Public-Health-Veranstaltung. 2004 wurden bereits 1500 Teilnehmer/innen registriert. In diesem Jahr stehen über 50 Foren, Workshops und Diskussionen unter dem Motto „Präventionsziele gegen Armut: Gesunde Lebenswelten gemeinsam gestalten“.

Der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung und der Deutsche Ärztetag 2005 sprechen von 13,5 Millionen Menschen, die unterhalb der Armutsgrenze leben. Dies hat nachhaltige Wirkungen auf die gesundheitliche Lage der Betroffenen. Auf dem Kongress werden Konzepte und Netzwerke zum Abbau der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen vorgestellt. Gemeinsam diskutieren Vertreter von Initiativen, freien Trägern, Krankenkassen aus Politik, Wissenschaft und Verwaltung über ihre Erfahrungen.

Weitere Informationen zu dem Kongress erhalten Sie über die Homepage www.armut-und-gesundheit.de oder über Gesundheit Berlin, Kongress Armut und Gesundheit Friedrichstr. 231, 10969 Berlin, Tel. 030 – 44 31 90 60, Fax 030 – 44 31 90 63, kongress@gesundheitberlin.de

St. Hedwig Krankenhaus

Kriseninterventionszentrum mit neuem Leistungsspektrum

Das Kriseninterventionszentrum der psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung des ehemaligen Krankenhauses Moabit befindet sich jetzt an einem neuen Standort. Nach der Auflösung des Krankenhauses Moabit im Jahr 2001 und dem Übergang der Abteilung in die Trägerschaft des St. Hedwig Krankenhauses, erfolgte kürzlich der Umzug an den Standort Mitte in der Großen Hamburger Straße. Dort, im restaurierten und modernisierten Josefs Haus, wird nunmehr der Betrieb mit erweitertem Leistungsspektrum fortgesetzt.

Neben der Kurzzeitbehandlung im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe und antisuizidalen Intervention bei Menschen in Krisen können nun auch Patienten mit Depressionen und Angsterkrankungen behandelt werden. Dieser Neuerung Rechnung trägt der Name der

neuen Abteilung „Depressions- und Kriseninterventionszentrum (DeKIZ)“. Der Schwerpunkt liegt auf psychotherapeutischen Methoden im Sinne der kognitiv-psychologischen Therapie einerseits und tiefenpsychologischen Verfahren in der Gruppe andererseits.

Die früheren Therapiemodule und die im Schichtdienst rund um die Uhr tätigen Behandlungsteams unter der Leitung von Dr. med. Joachim Albrecht sind erhalten geblieben. Fortgesetzt wird die enge Zusammenarbeit mit dem Berliner Krisendienst.

Depressions- und Kriseninterventionszentrum am St. Hedwig Krankenhaus
Leitung: Chefarzt Dr. med. Joachim Albrecht
Große Hamburger Straße 5-11
10115 Berlin (Mitte)
Telefon: 2311-2119/-2779

Fortbildung

Gutachter-Kurs zu psychischen Traumafolgen

Nach dem durchschlagenden Erfolg der bisherigen Kurse bietet die Ärztekammer Berlin eine weitere Fortbildung zur Begutachtung psychischreaktiver Traumafolgen an. Sie findet in zwei Teilen an folgenden beiden Herbst-Wochenenden statt:

Samstag/Sonntag
22./23. Oktober 2005

Samstag/Sonntag
26./27. November 2005.

Die Fortbildung vermittelt die Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen, die Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer und Behandlungszentrum für Folteropfer entwickelt haben. Der Kurs versetzt die Teilnehmer in die Lage, kompetente Fachgutachten in aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren zu erstellen. Jeder von ihnen muss zudem drei Gutachten erstellen, die fachlich supervidiert werden.



Bild (Ausschnitt): Edward Hopper

Nach erfolgreicher Teilnahme können die Absolventen in die Liste der Fachgutachter aufgenommen werden, die die Kammern den Verwaltungsgerichten und Behörden diesbezüglich zur Verfügung stellt. Die Kursgebühr beträgt 360 Euro. Informationen und Anmeldung bei Frau Maier und Frau Andresen-Langholz, Tel. 40 80 6-1301/-1303.

Ausbildung

Ausgezeichneter Studiengang



Der Berliner Reformstudiengang Medizin hat kürzlich höchste Anerkennung erhalten. Die Gutachter des internationalen Advisory Board lobten den Studiengang als ein Modell für die moderne Ärzteausbildung. Allerdings geht ihnen die Reform noch nicht weit genug. Sie empfehlen, das Curriculum zunächst weiterzuentwickeln und langfristig zur Grundlage der gesamten Ärzteausbildung an der Charité zu machen. Das gilt vor allem für seine Hauptelemente, das studentenzentrierte und problemorientierte Lernen in Kleingruppen und die integrative Erarbeitung des Stoffes.

Vorgelegt wurde das Gutachten anlässlich des Ehrensymposiums für den langjährigen Dekan der FU-Medizin am Charité Virchow-Klinikum, Prof. Dr. med. Dieter Scheffner. Denn ihm und den Studenten ist es zu verdanken, dass das „Berliner Modell“ nach zehnjähriger Vorbereitung 1999 zustande kam und nun von den

ersten beiden Studentenjahrgängen erfolgreich absolviert wurde. Scheffners Nachfolger als Leiter der „Arbeitsgruppe Reformstudiengang“, Prof. Dr. med. Walter Burger, äußerte sich allerdings kritisch zum Plan der Charité, Reform- und Regelstudiengang schon 2008 zusammenzuführen – ohne die nötige Infrastruktur und ohne gründliche Vorbereitung der Dozenten auf die modernen didaktischen Formen.

Dekan Prof. Dr. med. Martin Paul und sein Studiendekan Prof. Dr. med. Manfred Gross bekräftigten dennoch die Absicht der Charité, in der Lehre so führend zu werden wie in der Forschung und der Versorgung. Paul bekannte sich zumindest zur Weiterentwicklung des Reformstudiengangs und zu Reformen in der gesamten Ausbildung. Er kündigte eine Umschichtung von Forschungsmitteln für die Lehre an, die künftig ebenfalls leistungsbezogen honoriert werden soll. R.St.

Klinikärzte

Marburger Bund entzieht Verdi das Mandat

Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (mb) hat der Gewerkschaft Verdi die Verhandlungsvollmacht für Tarifverhandlungen und –abschlüsse entzogen. Hintergrund der Entscheidung auf der 108. mb-Hauptversammlung am 10. September in Berlin war, dass sich die Klinikärzte bei den Verhandlungen für einen neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) durch Verdi nicht mehr ausreichend vertreten sahen. Konkret ging es um die von Verdi geführten Verhandlungen mit der Vereinigung kommunaler Arbeitgeber (VKA), die aus mb-Sicht nicht akzeptabel waren. Künftig will der mb deshalb selbst mit den Arbeitgebern im öffentlichen

Dienst verhandeln. Dazu sollten Mitte September direkt Gespräche mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) aufgenommen werden.

Der Geschäftsführer des mb-Landesverbandes Berlin/Brandenburg, Manfred Husmann, betonte mit Blick auf die Verhandlungen mit der Charité, es sei Ziel, einen „eigenen Tarifvertrag für Ärzte und Wissenschaftler zu installieren“. Bis zum Redaktionsschluss von BERLINER ÄRZTE gab es von Seiten der Charité noch keine Stellungnahme zum Bruch des mb mit Verdi. „Es kommt jetzt auch darauf an, wie Verdi in den Landesverbänden auftritt“, fügte Husmann hinzu.

RKI-Symposium

Infektionskrankheiten im Blick



Robert Koch

Infektionskrankheiten sowie alte und neue Seuchen stehen im Mittelpunkt eines zweitägigen Symposiums, das das Robert-Koch-Institut anlässlich des 100. Jahrestages der Nobelpreisverleihung an seinen Namensgeber am 28. und 29. Oktober veranstaltet. Zu den Schwerpunkten des Symposiums gehören die Themen AIDS, Vogelgrippe, neueste Erkennt-

nisse der Infektionsabwehr sowie Prävention/Vakzine-Entwicklung. Alle Vorträge finden auf Englisch statt. Ort der Veranstaltung ist das neu eröffnete Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin (Mitte). Interessierte können sich per Mail unter hundredyears-nobelprize@rki.de oder per Fax unter der Nummer 4547-2631 anmelden.

Symposium

Sorgloser Umgang mit HIV

Ärzte beklagen eine zunehmende Sorglosigkeit im Umgang mit HIV und AIDS. Dies ist das Ergebnis des Symposiums „HIV im Dialog“ mit den Schwerpunkten Prävention und internationale Zusammenarbeit, das am 20. August im Roten Rathaus stattfand.

Die Veranstalter waren unter anderem der Arbeitskreis AIDS Niedergelassener Ärzte in Berlin e.V. und das Robert-Koch-Institut. Privatdozent Dr. Keikawus Arastéh, Sprecher von „HIV im Dialog“, betonte, dass ungeschützter Geschlechtsverkehr selbst für bereits Infizierte riskant sei. HIV-Patienten könnten sich im Rahmen von Mehrfachinfektionen mit weiteren Virusstämmen anstecken, die bereits medikamentenresistent sind.

„Eine zusätzliche Resistenz-Akquise durch Sexualität ist immer ein weiteres Risiko“, sagt Arastéh. Prinzipiell seien solche Fälle allerdings nur schwer nachzuweisen. „Für den Arzt wird es auffällig, wenn die Therapie, die gut funktioniert hat, plötzlich nicht mehr anschlägt – obwohl der Patient die Medikamente eingenommen hat.“ Ein möglicher Grund sei, dass sich ein neues Virus durch einen sexuellen Kontakt eingeschlichen habe. Zahlenmaterial zu solchen Fällen existiere zwar nicht, „es gibt aber gesicherte Einzelfälle“, erklärte der Mediziner.

Eine handfeste Datenlage gibt es dagegen bei Patienten, die bereits als frisch Infizierte Resistenzen aufweisen. „Bei elf bis 13 Prozent haben wir Primärresistenzen entdeckt, obgleich die Betroffenen noch nie Medikamente genommen haben“, erläuterte Arastéh. Es sei davon auszugehen, dass die Quote in Berlin wesentlich höher ist als in ländlichen Regionen. Prinzipiell sei bei diesen Patienten die Medikation zwar nicht unmöglich, allerdings müsse der Arzt unter Umständen früher umstellen. Arastéh empfiehlt daher, einen Resistenztest zu machen, bevor der Patient in die Therapie einsteigt. Der Mediziner beklagte zudem, dass sich Aufklärungskampagnen immer an nicht HIV-Positive richteten. Er fordert deshalb auch Kampagnen für HIV-Patienten. Viele Patienten seien allerdings desinteressiert, so dass es schwierig sei, sich Gehör zu verschaffen.

ah



Ausstellung

Zwischen Leben und Tod

„Leben bis zuletzt“ nennt sich eine spannende Fotoausstellung, die derzeit im Foyer der Ärztekammer Berlin zu sehen ist. Sechs Fotoschüler der Berufsfachschule für Design am Berliner Lette-Verein setzten sich für ein Projekt über mehrere Monate intensiv mit dem Thema „Sterben und Tod“ auseinander. Dazu begleiteten die Schüler Patienten, Personal und ehrenamtliche Mitarbeiter des Berliner Lazarus-Hospizes mit der Kamera. Dabei wurden sie von der dortigen Pflegedienstleiterin, Claudia Toporski, unterstützt.

Für die Fotoschüler im Alter von 22 bis 28 Jahren war es die erste Berührung mit einem Hospiz. Jeder von ihnen hatte sich für seine Projektarbeit ein Thema ausgesucht. So beschäftigte sich beispielsweise Matthias Leitzke mit der Frage nach den „Letzten Wünschen“. Dabei zeigt er auf seinen Fotos Patienten, die sich vor ihrem Tod noch einmal frisieren lassen oder noch einmal einen Adventsgottesdienst besuchen wollten.

Fotoschülerin Katja Zimmermann wiederum begleitete eine ehrenamtliche Mitarbeiterin, die sich Patienten und deren Verwandten im Lazarus-Hospiz widmet. Thomas Straub konzentrierte sich auf eine an Leberkrebs erkrankte Patientin. Ihn beschäftigte die Frage, wie ein Mensch im Angesicht des bevorstehenden Todes seinen



Alltag bewältigt. Seine Fotos zeigen, dass man „bis zum Schluss in Würde leben kann“. Für alle Fotoschüler war die Beschäftigung mit dem Thema Sterben eine besondere Erfahrung. Anfängliche Berührungsängste wichen schnell einem großen Respekt vor der Arbeit der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter des Hospizes. Mit ihren Schwarz-Weiß-Fotos zeigen die Lette-Schüler eindrücklich die besondere Bedeutung des Hospizgedankens, ein selbstbestimmtes „Leben bis zuletzt“ zu führen.



DAAR! Den uitg. Büro Pinkpop postbus 207 130 AE Sittard tel. 04490-18804, druk W&R Den Bosch.

DIE RECHTSPRECHUNG

Die Rechtsprechung hat sich zur Problematik des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes wiederholt geäußert und ihn nicht grundsätzlich im Sinne von „ausnahmslos“ für unzulässig erklärt. Die beiden grundlegenden Entscheidungen stammen interessanterweise von Verwaltungsgerichten, die normalerweise mit derartigen Fragestellungen und Arzthaftungsproblemen nichts zu tun haben. In beiden Fällen ging es konkret um die Streichung von einer oder zwei Stellen in der geburts-hilflich-gynäkologischen Abteilung, was

dazu führte, dass ein interdisziplinärer Bereitschaftsdienst dort durch den Einsatz von Ärzten der Chirurgie bzw. der Urologie eingerichtet werden musste.

Der Bayer. Verwaltungsgerichtshof führte dazu in seinem Urteil vom 12.11.1981 (KRS 81.097, S. 17 ff) aus:

„Einen fachübergreifenden gemeinsamen Bereitschaftsdienst mehrerer Abteilungen zur besseren Auslastung der Ärzte kann der Landkreis für sein Kran-

kenhaus organisieren. Auch die Chefärzte der betroffenen Abteilungen unterliegen insoweit seinem Direktionsrecht. Sie müssen nicht zustimmen (Art. 64 Abs. 2 Satz 1 BayBG). Denn hierdurch wird nicht in die Rechtsstellung oder den typischen Aufgabenbereich des Chefarztes belastend eingegriffen; es wird vielmehr nur eine Frage der Aufgabenzuteilung an die nachgeordneten Ärzte, die den Bereitschaftsdienst durchzuführen haben, geregelt. Dies bedeutet nicht, dass die Chefärzte nicht ihre Bedenken gegen einen sol-



HAFTUNGSRECHTLICHE PROBLEME BEIM FACHÜBERGREIFENDEN BEREITSCHAFTSDIENST

In einigen Berliner Krankenhäusern ist es das Thema Nr. 1: Fachübergreifende Bereitschaftsdienste. Denn bei zunehmender Personalreduzierung kommen lückenlose Dienstpläne anders kaum mehr zustande. Doch das ungeliebte Instrument hat seine Tücken: Fachübergreifende Bereitschaftsdienste sind zwar rechtlich erlaubt, haben aber für die beteiligten Ärzte wie auch für ihre Chefs weitreichende haftungsrechtliche Folgen. Hier informieren wir über die aktuelle Rechtslage zum Thema. Im Anschluss geben wir zwei Kommentatoren aus der Berliner Ärzteschaft Raum für eine berufspolitische Bewertung.

Von Klaus Ulsenheimer

chen Organisationsakt aus ärztlicher Sicht geltend machen können. Hieran ist der Landkreis aber nicht gebunden.

Wie das Verwaltungsgericht zutreffend ausgeführt und auch der Landkreis nicht bestritten hat, bedingen auch die Besonderheiten der Frauenheilkunde und der Geburtshilfe nicht einen ausschließlich fachspezifischen Bereitschaftsdienst dieser Abteilung. Aufgabe des Bereitschaftsdienstes ist es ja nicht, eine intensive fachärztliche Behandlung der Kranken auch zur Nachtzeit sowie

an Sonn- und Feiertagen, wenn der jeweilige Facharzt nicht auf der Station anwesend ist, sofort zu ermöglichen. Der Bereitschaftsdienst soll immer nur sicherstellen, dass in während diesen Zeiten auftretenden akuten Notfällen erste Hilfsmaßnahmen für die Kranken ergriffen werden. Auch ein fachspezifisch besetzter Bereitschaftsdienst beschränkt sich im Übrigen hierauf, da er sonst seine Aufgabe, für alle akuten Notfälle seiner Abteilung sofort zur Verfügung zu stehen, nicht gerecht werden könnte.

Vermögen diese Maßnahme nicht eine, sei es auch vorübergehende Beruhigung der Krankheitserscheinung zu bewirken, sondern bedarf es sofortiger intensiver fachärztlicher Betreuung, etwa in Gestalt einer Operation, so muss der zuständige Facharzt umgehend zur Übernahme der Behandlung herbeigerufen werden, wenn der Arzt des Bereitschaftsdienstes nicht selbst über die entsprechenden Fachkenntnisse verfügt und durch Entlastung vom Bereitschaftsdienst die Behandlung übernehmen kann. Daher muss der Arzt des



Bereitschaftsdienstes nicht alle fachspezifischen Feinheiten der einzelnen Gebiete beherrschen, sondern nur Grundkenntnisse des jeweiligen Fachgebiets aufweisen, um die Bedeutung und Ursache des Notfalls erkennen und erste Hilfsmaßnahmen einleiten zu können.

Hinzu kommt, dass bei dieser Organisation eines gemeinschaftlichen Bereitschaftsdienstes beider Abteilungen der Landkreis von den dort tätigen Assistenzärzten verlangen kann, dass sie zur ordnungsgemäßen Erledigung ihrer Aufgaben nicht mehr aktuelles Wissen auf dem anderen Gebiet durch Studium der entsprechenden Lehrbücher wieder auffrischen und so genügend einsatzfähig sind“.

**VG Hannover,
Urteil vom 22.1.1990 – KRS 90.043:**

Das Verwaltungsgericht Hannover teilte diese Ansicht und hielt unter Hinweis auf die zitierten Ausführungen des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs einen fachübergreifenden Bereitschaftsdienst in der gynäkologisch-geburtshilflichen Fachabteilung unter Hinzuziehung von Chirurgen und, wie das Gericht ausdrücklich hervorhebt, auch von Urologen für medizinisch vertretbar. Auch das LG Augsburg (Fall s. Kasten)

EIN FALL AUS AUGSBURG



Vor einigen Monaten verhandelte eine Große Strafkammer beim Landgericht Augsburg in einer dreitägigen öffentlichen Hauptverhandlung folgenden Fall:

„Nach einer erfolgreichen, komplikationslosen subtotalen Strumaresektion beidseitig kam die Patientin zunächst in den Aufwachraum und von dort gegen 16.00 Uhr in wachem und ansprechbarem Zustand auf die chirurgische Normalstation. Dort war zum nächtlichen Bereitschaftsdienst ein Assistenzarzt der Inneren Abteilung eingeteilt, während der Oberarzt der Chirurgischen Abteilung Rufbereitschaft hatte. Auf seine telefonische Nachfrage gegen 18.00 Uhr erhielt er von der Stationsschwester die Mitteilung, es lägen bei der Patientin keinerlei Besonderheiten vor.

Als um 19.10 Uhr und um 19.30 Uhr die Redondrainagen jeweils mit 200 ml Blut gefüllt waren und der Blutdruck erhöht war (170/80 mmHg), ließ der Dienst habende Assistenzarzt (der Inneren Abteilung) den Hb-Wert bestimmen und legte einen zusätzlichen venösen Zugang sowie eine wei-

tere Infusion an, ordnete aber keine Blutdruckmessungen an, ebenso wenig die Überwachung der Atmung. Er verzichtete auch auf die Information des rufbereiten Oberarztes, obwohl die Dienst habende Schwester wegen des ihr nicht stabil erscheinenden Zustands der Patientin die Übernahme auf die Intensivstation anregte.

Als der Assistenzarzt gegen 20.00 Uhr erneut zur Patientin gerufen wurde, war ihr Zustand bereits lebensbedrohlich, so dass der Assistenzarzt sie intubierte, dabei jedoch den Tubus nach Ansicht der Staatsanwaltschaft statt in die Luftröhre in die Speiseröhre schob. Außerdem veranlasste er die Verständigung der zuständigen Anästhesistin, die bei ihrem Eintreffen 1 Minute später sofort die möglicherweise fehlerhafte Intubation korrigierte und Reanimationsmaßnahmen einleitete, so dass das Herz der Patientin nach gut 20 Minuten wieder zu schlagen begann.

Der von dem Notfall ebenfalls telefonisch um 20.15 Uhr verständigte Oberarzt der Chirurgischen Abteilung kam innerhalb von 15 Minuten in die Klinik und begann um 21.30 Uhr mit der Nachoperation, bei der er nach dem Entfernen der Drainagen und der

hat das Tätigwerden eines internistischen Assistenzarztes nachts auf der Chirurgischen Station nicht schlechthin für unzulässig erachtet, sondern auf den konkreten Fall abgestellt und das Organisationsverschulden des Chefarztes wie folgt begründet: ihm wäre es „ein Leichtes“ gewesen, ohne finanziellen Mehraufwand eine sachgerechte und fachlich angemessene Überwachung der Patienten zu erreichen, wenn er zum Beispiel an den Tagen, an denen chirurgische Risikopatienten auf Station liegen, für den Bereitschaftsdienst nicht einen „internistischen“, sondern „chirurgischen“ Assistenzarzt eingeteilt hätte.

Darüber hinaus hätte eine Fortbildung der internistischen Kollegen und – wie unter den Internisten damals bereits üblich – eine ordnungsgemäße Übergabe der Patienten an den Bereitschaftsdienst stattfinden können und müssen.

Im medizinischen und juristischen Schrifttum sind die Meinungen wesentlich restriktiver bis hin zur vollständigen Ablehnung.

Fundstellenzitate:

a) Entschließung des 103. Deutschen Ärztetages 1998

Hämatomausräumung eine spritzen- de Blutung aus der Arterie des oberen Schilddrüsenpols rechtsseitig vorfand, die er operativ versorgte. Anschließend kam die Patientin auf die Intensiv- station, doch ist sie infolge der über 20-minütigen mangelnden Sauerstoff- zufuhr ein Vollpflegefall.

Die Staatsanwaltschaft erhob gegen den Chefarzt der Chirurgischen Abteilung und den Assistenzarzt der Inneren Abtei- lung Anklage wegen fahrlässiger Körper- verletzung mit folgender Begründung:

A) GEGEN DEN ASSISTENZARZT:

Er hätte spätestens um 19.30 Uhr nach Feststellung des vermehrten Blutver- lustes entweder sofort den zuständi- gen Oberarzt der Chirurgie verständi- gen oder aber die Rückverlegung der Patientin auf die Intensivstation anordnen müssen. Angesichts der dra- matischen Zuspitzung des Gesund- heitszustands der Patientin hätte er deren Situation erkennen können und wissen müssen, dass er fachkundige Unterstützung benötigt.

Außerdem hätte er die Fehlintonation bei sorgfältigem Handeln sofort fest- stellen können, da die starke Blähung des Leibes augenfällig gewesen sei.

B) GEGEN DEN CHEFARZT DER CHIRURGISCHEN ABTEILUNG:

Das Fehlverhalten des Assistenzarztes zeige, dass er ohne die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten im alleini- gen Nachtdienst nicht hätte einge- setzt werden dürfen. Der Chefarzt hätte angesichts der allgemein bekann- ten Risiken nach Schilddrüsenoperatio- nen wissen können und müssen, dass die Einteilung eines Assistenzarztes der Inneren Abteilung im fachübergreifen- den Bereitschaftsdienst ein nicht ver- tretbares Risiko für Patienten darstelle. Seine Aufgabe wäre es daher gewesen, gegenüber der Geschäftsführung des Krankenhauses darauf hinzuweisen und gegebenenfalls geltend zu machen, dass „wirtschaftliche Überle- gungen die Bereitstellung zweier paral- leler Bereitschaftsdienste rund um die Uhr nicht verhindern dürfen, soll nicht das Leben und die Gesundheit der Patienten gefährdet werden“.

Im Ergebnis wurde der Chefarzt der Chi- rurgischen Abteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen verurteilt, das Verfahren gegen den Assistenzarzt der Inneren Abteilung wurde gegen Zahlung einer Geldauflage von 3.000 € eingestellt.

b) Publikation der Deutschen Gesell- schaft für Gynäkologie und Geburts- hilfe, 1994, „Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und orga- nisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen“,

c) Günzburger Tagung der Abteilung Rechtsmedizin des Instituts für Patho- logie und Rechtsmedizin am Klinikum der Universität Ulm in Zusammen- arbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht, dem Berufsverband Deutsche Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirur- gen, 1987.

DARAUS FOLGT ...

Durchmustert man die vorstehend refe- rierten gerichtlichen Entscheidungen und einschlägigen Literaturstellungnah- men, so findet man die meisten maßge- benden rechtlichen Aspekte genannt, wenngleich nicht immer mit der nöti- gen Deutlichkeit bzw. zutreffenden Kon- sequenz. Ich will daher die tragenden Gesichtspunkte zusammenfassen und daraus die gebotenen Schlussfolgerun- gen ableiten:

Jeder Patient hat zu jedem Zeitpunkt Anspruch auf den Standard eines erfah-

ÜBRIGENS:

Auch die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat sich am 26. September – nach Redaktionsschluss dieses Heftes – mit dem Thema befasst. Einen Bericht über das Ergebnis der Debatte bringen wir in der nächsten Ausgabe.

renen Facharztes, auf die so genannte „Facharztqualität“, anders ausgedrückt, die „Regeln der ärztlichen Kunst“ oder auch den „Stand der Wissenschaft“. ¹⁷⁾ Dabei wird der Standard inhaltlich als das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis und Erfahrung bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesicherte, von einem durchschnittlich befähigten Facharzt verlangte Maß an Kenntnis und Können umschrieben. Dabei ist anerkannt, dass der Sorgfaltsmaßstab für die ärztliche Behandlung und Haftung situationsorientiert, abhängig von den verfügbaren ärztlichen, pflegerischen, räumlichen, apparativen und sonstigen therapeutischen Mitteln, ist, so dass „in Grenzen der zu fordernde medizinische Standard je nach den personellen und sachlichen Möglichkeiten“ Unterschiede aufweist. ¹⁸⁾

Daraus folgt: Da der Patient aus der Übernahme seiner Behandlung durch das Krankenhaus vertraglich und deliktisch einen Anspruch auf ärztliche Betreuung hat, die dem Standard eines Facharztes entspricht, darf aus der Übertragung einer ärztlichen Tätigkeit auf einen noch in der Weiterbildung zum Facharzt stehenden Arzt für den Patienten „kein zusätzliches Risiko entstehen“. ²²⁾

Beim fachübergreifenden Bereitschaftsdienst mag zwar ein in seinem Fachgebiet erfahrener Arzt tätig sein, aber im fremden Fachgebiet hat er mit Sicherheit keine große Praxis, sondern nur Grundkenntnisse. Deshalb ist er in diesem Bereich einem unerfahrenen Arzt gleichzustellen, so dass beim fachübergreifenden Bereitschaftsdienst ein besonderes Risiko gegeben ist – und der

Augsburger Fall macht dies ja besonders deutlich – dass nämlich der in seinem Fachgebiet qualifizierte, gewissenhafte Arzt den rufbereiten Hintergrundarzt des fremden Fachgebiets nicht rasch genug herbeiholt, weil er die aufgetretene medizinische Komplikation nicht oder nicht schnell genug erkennt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Urteile des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs und des Verwaltungsgerichts Hannover sind im Ergebnis abzulehnen. Sie haben vorwiegend fiskalisch-finanzielle Erwägungen angestellt, die haftungsrechtliche Seite des Problems „fachübergreifender Bereitschaftsdienst“ dagegen weitgehend außer Acht gelassen.

Fachübergreifende Bereitschaftsdienste sind zwar nicht schlechterdings unzulässig, sondern nur in bestimmten Fachgebieten und Kliniken aus medizinischen und rechtlichen Gründen unstatthaft, im übrigen aber zulässig, wenn bestimmte, klar definierte Vorgaben erfüllt sind.

Auf dem Gebiet der Anästhesiologie und in den geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen widersprechen fachübergreifende Bereitschaftsdienste dem dort geforderten Facharztstandard. Denn dieser ist das Ergebnis einer medizinischen Auseinandersetzung und wird von den Fachgesellschaften unter Akzeptanz der praktisch tätigen Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung bestimmt. Anästhesisten und Gynäkologen haben sich insoweit klar geäußert und wegen der Schwere möglicher Komplikationen, der überaus raschen Reaktionsnotwendigkeit, sowie der erforderlichen spezifischen fachlichen Kenntnisse und Erfahrungen gegen fachübergreifende Bereitschaftsdienste im Interesse von Schutz und Sicherheit der Patienten (Patientinnen) entschieden und damit die rechtliche Beurteilung präjudiziert. Diese erscheint auch dem Laien sachdienlich für die Bereiche Anästhesiologie und Gynäkologie einleuchtend, fraglich dagegen für die operative Gynäkologie,

für die ein fachübergreifender Bereitschaftsdienst durch Ärzte aus der chirurgischen Abteilung meines Erachtens durchaus diskutabel ist.

In Universitätskliniken und Akutkrankenhäusern bzw. Spezialkliniken muss eine sofortige fachspezifische Behandlung möglich und daher der Bereitschaftsdienst fachspezifisch besetzt sein.

Zulässig ist der fachübergreifende Bereitschaftsdienst – und insoweit ist der Rechtsprechung zu folgen – jedoch in allen anderen Fachabteilungen und Kliniken, allerdings unter einschränkenden, unbedingt zu beachtenden Kautelen:

Kein Einwand lässt sich meines Erachtens gegen den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst aus dem so genannten „Facharzturteil“ des Bundesverfassungsgerichts ²⁵⁾ und der dort bestätigten „grundsätzlichen Beschränkung des Facharztes auf sein Fachgebiet“ herleiten. Denn die Judikatur hat stets hervorgehoben, dass „das Verbot der Betätigung außerhalb des Fachgebiets nicht uneingeschränkt und ausnahmslos gelten könne“. ²⁶⁾ Insoweit gilt der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Diesem wird „das Verbot der Betätigung außerhalb des Fachbereichs nur gerecht, wenn es als allgemeine Richtlinie gilt“, die Ausnahmefälle zulässt. Die schon in früheren Formulierungen des Verbots enthaltenen Worte „grundsätzlich“ oder „im wesentlichen“ dürfen daher „nicht engherzig“ gehandhabt werden. „Nur bei einer solchen Auslegung löst sich auch der Widerspruch, der zwischen einem ausnahmslos geltenden Verbot und der grundsätzlichen Heranziehung der Fachärzte zum Not- und Bereitschaftsdienst bestehen würde“. ²⁷⁾ Diese Argumentation gilt auch für den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst, der ja gleichfalls nur nachts, an Sonn- und Feiertagen sowie für jeweils einzelne Ärzte besteht.

Der fachübergreifende Bereitschaftsdienst sollte sich, wenn möglich, auf verwandte Fächer, zum Beispiel die operativen Gebiete (Chirurgie, Urologie, Orthopädie) oder auf Subspezialisierung

gen (z.B. innerhalb der Chirurgie) beschränken. Dies ist allerdings kein „Muss“.

Im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst sind nach Möglichkeit keine Berufsanfänger einzusetzen, vielmehr sollten die Dienst habenden Ärzte neben ihrem theoretischen Wissen schon über ausreichende praktische Erfahrungen verfügen. Auf keinen Fall dürfen sie mit der Übernahme des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes offensichtlich oder wahrscheinlich überfordert sein, da dies ein Organisationsverschulden seitens des Krankenhausträgers (der für die Einteilung verantwortlichen Chefärzte) und auf Seiten des Assistenzarztes ein Übernahmeverschulden darstellen würde.

Es ist zu prüfen, ob der fachübergreifende Bereitschaftsdienst an jedem Tag der Woche notwendig ist. Wenn nicht, muss durch eine entsprechende Operationsplanung dafür gesorgt werden, dass Risikopatienten an den Tagen operiert werden, an denen in der folgenden Nacht kein fachübergreifender Bereitschaftsdienst Platz greift.

Im Falle eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes muss der Hintergrunddienst für jede der daran teilnehmenden Abteilungen mit einem Facharzt besetzt, spätestens 20 Minuten nach seiner Verständigung einsatzbereit in der Klinik sein und dort qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Es wäre sicherlich ein Organisationsverschulden, wenn vor Ort ein Berufsanfänger in einem ihm fachfremden Gebiet tätig wird und er sich dabei nur auf nicht ausgebildete, unerfahrene Pflegekräfte stützen kann.

Die Übergabe des Patienten an den fachübergreifenden Dienst muss besonders ausführlich, sorgsam und vorsichtig sein. Der Dienst habende Arzt muss deshalb über die Eingriffe, die bei den einzelnen Patienten vorgenommen wurden, deren Gesundheitszustand, etwaige Begleiterkrankungen, den Verlauf der Operation, besondere Komplikationsge-

fahren des Eingriffs u.a. unterrichtet und auf eine unter Umständen besonders engmaschige Überwachungsnotwendigkeit hingewiesen werden.

Der Krankenhausträger bzw. die am fachübergreifenden Bereitschaftsdienst beteiligten Chefärzte müssen schriftliche Anweisungen für die jeweils Dienst habenden Assistenzärzte geben, bei welchen Indikationen der rufbereite Facharzt zu informieren und wie bei bestimmten Krankheitsbildern im einzelnen vorzugehen ist. Derartige Anweisungen sind regelmäßig mit den Assistenz- und Fachärzten zu besprechen.

Besonderes Gewicht hat bei Einrichtung eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes die kontinuierliche und spezielle Fortbildung der Dienst habenden Ärzte. So ist es meines Erachtens unverzichtbar, dass Internisten, die zum Beispiel an einem chirurgischen Bereitschaftsdienst teilnehmen, sich regelmäßig im Notfall-Management fortbilden, etwa an Reanimationsmaßnahmen teilnehmen, Intubieren üben und darin geschult werden, eine Notfallversorgung bei Patienten sicherzustellen.

Mit Recht hat der Bayerische Verwaltungsgerichtshof darauf hingewiesen, dass der Bereitschaftsdienst nicht die fachärztliche Behandlung der Kranken zur Nachtzeit sowie an Sonn- und Feiertagen gewährleisten will, sondern nur sicherstellen soll, dass in akuten Notfällen während dieser Zeiten „erste Hilfsmaßnahmen für die Kranken ergriffen werden“. Dies aber setzt voraus, dass der Dienst habende Arzt solche Gefahrensituationen rasch genug erkennt und dann weiß, was er zu tun hat, das heißt sein allgemeines medizinisches Wissen ständig aktualisiert und sich auf mögliche spezifische Risikofälle während seines Dienstes vorbereitet.

Wenn die mit dem fachübergreifenden Bereitschaftsdienst naturgemäß verbundenen höheren Risiken durch die vorstehend aufgeführten besonderen Organi-

sationsmaßnahmen ausgeglichen werden, dann – aber auch nur dann – ist der fachübergreifende Bereitschaftsdienst eine zulässige Organisationsform. Selbstverständlich bedarf diese einer zwingenden sachlichen Begründung und darf nicht etwa aus Bequemlichkeit oder ähnlichen Erwägungen der Ärzteschaft eingerichtet werden.²⁸⁾



Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer
Rechtsanwalt
Maximiliansplatz 12
80333 München
E-Mail: Ulsenheimer@uls-frie.de

*Gekürzter Nachdruck aus den Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 2/2005.
In voller Länge finden Sie den Beitrag mit Literaturangaben auf unserer Homepage www.aerztekammer-berlin.de im Archiv BERLINER ÄRZTE.*

AM ENDE WERDEN ES DIE ÄRZTE AUSBADEN MÜSSEN

Kommentar von Dr. med. Matthias Albrecht



Foto: Privat

Dr. med. Matthias Albrecht
Marburger Bund

Fachübergreifende Bereitschaftsdienste sind, dank des wirtschaftlichen Druckes im Krankenhausbereich und der zum 01.01.2006 endlich umzusetzenden EU-Richtlinie zur ärztlichen Arbeitszeit, in aller Munde. Und damit ist auch bereits das Problem beschrieben: Die wirtschaftliche Not lässt Krankenhausträger über fachübergreifende Dienste nachdenken oder diese bereits durchführen und nicht etwa medizinische Erwägungen zur Patientenorientierung. Ginge es um die Patienten, würde niemand fachübergreifende Dienste in Erwägung ziehen.

Auf den Seiten 14 bis 19 lesen wir zum fachübergreifenden Bereitschaftsdienst, die Einschätzung eines renommierten deutschen Juristen, dessen unbestrittene Kompetenz auf dem Arzt- und insbesondere dem Arzthaftungsrecht liegt.

Die von Prof. Ulsenheimer vertretene Ansicht benennt eindrücklich die Gefahren, vor denen der Marburger Bund bereits seit längerer Zeit warnt: Das Direktionsrecht der Klinikbetreiber ermöglicht (z.B. aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen heraus) einen fachüber-

greifenden Bereitschaftsdienst, mit dessen Ausgestaltung die Klinikdirektoren und Institutsleiter verantwortlich beauftragt werden. Wird dieser Auftrag ausgeführt, verbleibt das haftungsrechtliche Risiko einerseits auf der Ebene des Klinikdirektors und Institutsleiters und – wie der Augsburger Fall zeigt – geht es andererseits auch auf den Arzt über, der fachübergreifend tätig wird. Die zuständige Aufsichtsbehörde, die Senatsverwaltung für Gesundheit, hat auf Anfrage des MB bestätigt, dass die Gestaltung der Bereitschaftsdienste Sache der Krankenhausträger sei und man nichts unternehmen könne, solange nicht etwas schiefliegt.

Der MB hat wiederholt (zuletzt durch einen Entschließungsantrag beim 108. Deutschen Ärztetag im Mai 2005) gefordert, diesen Missstand zu beseitigen und für Rechtssicherheit zu sorgen: Die medizinischen Fachgesellschaften sind hier eindeutig aufgerufen, klare Positionen zu beziehen!

Die Problematik der Urteile, auf die sich die bisherige Rechtsprechung zum fachübergreifenden Bereitschaftsdienst bezieht, liegt darin, dass sie ausschließlich aus verwaltungstechnischer Sicht beleuchtet wurden und deshalb zu dem Ergebnis kommen mussten, dass vom Grundsatz her diese Art der Ausgestaltung der ärztlichen Fürsorge nicht rechtswidrig ist. Welche Konsequenzen sich aber daraus für den täglichen Ablauf an den Kliniken ergeben, bleibt bei dieser Betrachtung unberücksichtigt. Natürlich kann in der Auffassung eines Juristen die Verantwortung des Arztes klar definiert werden. Es ist auch möglich, Alternativ-Szenarien zu benennen, die möglich gewesen wären, um im Vorfeld mögliche Gefahrenpotenziale für einen operierten Patienten abzuwehren: „Es wäre ein Leichtes gewesen, ohne finanziellen Mehraufwand eine sachgerechte und fachlich angemessene Über-

wachung der Patienten zu erreichen, wenn er zum Beispiel an den Tagen, an denen chirurgische Risikopatienten auf Station liegen, für den Bereitschaftsdienst nicht einen internistischen, sondern chirurgischen Assistenzarzt eingeteilt hätte.“

Bei dieser Urteilsbegründung wird der haftungsrechtliche Maßstab angelegt, nicht der verwaltungsrechtliche. Die Crux an der richterlichen Entscheidung besteht aber darin, dass aus der nachträglichen Betrachtung des Vorfalls heraus, nämlich nach dem Auftreten von Komplikationen, die vom behandelnden Arzt nicht beherrscht wurden und die zu einer schweren Schädigung der Patientin geführt hatten, die Auffassung vertreten wird, dass postoperativ eine besondere Risikokonstellation bestanden hatte und deshalb bei der Nachbetreuung dafür Sorge zu tragen gewesen wäre, dass die Patientin durch das Vorhandensein eines qualifizierten Arztes adäquat behandelt worden wäre.

Wo will man hier die Grenze ziehen? Wer definiert den Punkt, an dem ein vermeintlich ordnungsgemäß abgelauener Routineeingriff plötzlich ein besonderes Risiko darstellt, was bereits im Vorfeld zu organisatorischen Maßnahmen hätte führen müssen? Wie soll ein Klinikleiter, dem nur ein begrenztes Kontingent an Fachpersonal zugebilligt wird, tatsächlich Bereitschaftsdienstregelungen entwickeln, die allen Eventualitäten



gerecht werden sollen? Hier besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen juristischer Forderung und klinischer Realität. Die Folge wird sein, dass der Hintergrunddienst im Zweifelsfall immer zu Rate gezogen werden wird, so dass sich die Frage stellt, inwieweit der ökonomische Vorteil des fachübergreifenden Dienstes nicht durch vermehrte Leistungsvergütungen des Rufdienstes vernichtet wird.

Problematisch ist auch, dass die beschriebenen Urteile zum fachübergreifenden Bereitschaftsdienst aus den Jahren 1981 und 1990 stammen. Inzwischen hat sich einerseits das medizinische Wissen vervielfacht, wodurch zweifelsohne eine zunehmende Spezialisierung erfolgt, andererseits hat die Entwicklung der Ökonomisierung des Krankenhauswesens zu einer deutlichen Verdichtung der Arbeitsbelastungen in den Kliniken geführt. Hieraus generieren sich Risiken, die in der Urteilsbegründung nicht berücksichtigt werden: Die fehlende Fachkenntnis in einer nicht dem eigenen Fach entsprechenden Disziplin unter einer erheblich gesteigerten Arbeitsbelastung.

Gleichzeitig die Anwesenheit von „erfahrenem“ Pflegepersonal zu fordern, wenn weniger erfahrenes ärztliches Personal Bereitschaftsdienst fachübergreifend leistet, mag zwar im Einzelfall hilfreich sein, kann aber nicht die Lösung des Problems darstellen. Selbst erfahrenes assistierendes Fachpersonal wird sich im Ernstfall immer auf die Notkompetenz des Arztes verlassen und berufen, insbesondere dann, wenn Komplikationen während der Behandlung entstanden sind.

Schließlich bleibt zu klären, in welchem Maße juristisch vertretbare Verwandtschaftsgrade der Fachgebiete festgelegt werden, oder salopp formuliert, wer schließlich mit wem darf: Der Urologe mit der Gynäkologin? Der Viszeralchirurg mit dem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen? Hier ist abzusehen, dass jede von Klinikdirektoren kreierte fachübergreifende Kombination beim Auftreten von Komplikationen der gleichen Würdigung des

Sachverhaltes unterzogen werden wird, wie die im Augsburger Fall dargestellte Konstellation „Internist – Chirurg“.

Der fachübergreifende Bereitschaftsdienst ist aus verwaltungsrechtlicher Sicht zwar nicht verboten, er wird in manchen Kliniken der Grund- und Regelversorgung auch ein Instrument bleiben, mit dem ein 24-Stunden-Betrieb über das Jahr hinweg aufrecht erhalten werden kann. Dennoch stellt er aus haftungsrechtlicher Sicht ein gefährliches Instrument dar, das für Kliniken, in denen Fachabteilungen vorgehalten

werden, weder in Frage noch zum Einsatz kommen dürfte. Hier muss starke Überzeugungsarbeit geleistet werden, dass der ökonomischen Dimension des Handelns unter dem Aspekt der Patientensicherheit ein qualitativer Mehrwert für den Patienten gegenübersteht, der auch für den Klinikbetreiber von Vorteil sein wird. Oder umgekehrt, wenn wir Ärzte uns, in dieser Zeit der hochspezialisierten Versorgung, auf das Abenteuer der fachübergreifenden Dienste einlassen, werden am Ende auch wir Ärzte die Dummen sein.

VIELE UNSICHERHEITEN BLEIBEN

Kommentar von Julian Veelken

In einem Berliner Schwerpunktkrankenhaus beschließt der Träger, dass zukünftig der nächtliche neurologische Bereitschaftsdienst zusätzlich durch die internistischen Diensthabenden zu leisten ist. Eine internistische Weiterbildungsassistentin fragt daraufhin, wer denn für ihre eventuellen Fehler in dem fremden Fach verantwortlich sei, der neurologische oder ihr eigener internistischer Chef, die beide diese Organisation akzeptiert hätten. Ihr Oberarzt antwortet darauf, dass das schon ihre Verantwortung sei, sie habe im Rahmen ihres Studiums ja auch einen Neurologischen Untersuchungskurs absolviert und sei somit ausreichend kompetent...

Diese Episode, wie auch der im Kasten auf Seite 16/17 geschilderte Fall aus Augsburg werfen Schlaglichter auf die bisher trotz gegenteiliger Behauptungen ungeklärte Haftungssituation und große Unsicherheit bei der Organisation und Durchführung fachübergreifender Bereitschaftsdienste.

Das von Prof. Klaus Ulsenheimer im Leitbeitrag zitierte Urteil des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes, auf das sich die Befürworter fachübergreifender Bereitschaftsdienste häufig beziehen, bejaht zwar das Recht von Krankenhasträgern, diese auch gegen den Willen der Leitenden Ärzte anzuordnen; aller-



Foto: Rühmkorf

Julian Veelken, Fraktion Gesundheit

dings scheint das Urteil in einem bisher nicht diskutierten Kontext zu stehen, wenn es dort heißt: „Einen fachübergreifenden ... Bereitschaftsdienst mehrerer Abteilungen zur besseren Auslastung der Ärzte kann der Landkreis organisieren“. Offenbar erschien dem Träger in dem betroffenen Krankenhaus die Vorhaltung zweier Bereitschaftsdienste für Innere und Chirurgie auf Grund eines zu geringen Arbeitsanfalles unangemessen.

Insofern unterscheidet sich die dortige Lage erheblich von der Berliner Situation zumindest in den großen Kliniken, in denen die Belastung der Bereitschaftsdienste in der Regel an der tariflich erlaubten zeitlichen Grenze von 50% Inanspruchnahme und häufig darüber liegt; was an sich die Einführung von fachspezifischen Schichtdienst nach sich ziehen müsste.

Die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern legen fest, dass Fachärzte nicht regelmäßig außerhalb ihres Fachgebietes tätig sein dürfen; dieses schließt natürlich nicht das Tätigwerden in Notfallsituationen aus, oder wenn spezifische Fachabteilungen an einem Krankenhaus nicht vorhanden sind.

Eine Teilnahme von Fachärzten am Bereitschaftsdienst eines anderen Faches stellt jedoch meines Erachtens eine regelmäßige Betätigung außerhalb des eigenen Faches dar und eine Klarstellung der zuständigen Ärztekammern wäre hier in der laufenden Diskussion wünschenswert.

Politisch muss aus meiner Sicht gefordert werden, dass dort, wo eine entspre-

chende Fachabteilung vorhanden ist, auch ein entsprechender Bereitschaftsdienst vorgehalten wird.

Ulsenheimer differenziert bei der Diskussion fachübergreifender Dienste zwischen Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen und verneint deren juristische Zulässigkeit bei Kliniken der Maximal- und Spezialversorgung und somit bei einer großen Zahl der Berliner Kliniken, für die solche Dienste zur Zeit diskutiert werden.

Die von den Gerichten erklärte prinzipielle Zulässigkeit fachübergreifender Bereitschaftsdienste bedeutet aber nicht, dass deren Einführung für die Krankenhausträger, die solche Dienste anordnen, ohne Risiko ist.

Offen ist etwa die Frage, wie verwandt Disziplinen sein müssen, damit für sie ein gemeinsamer Dienst organisiert werden darf. Ulsenheimer bejaht dies etwa für chirurgische Subspezialitäten, wie etwa Gefäß- oder Viszeralchirurgie. Solche Dienste in Subspezialitäten werden in den meisten Häusern auch schon lange gemeinsam abgedeckt. Ist es aber zulässig, dass in einem Haus Chirurgen zunächst mittels vier DIN A 4-Bögen voller Flussdiagramme als Handlungsanleitung gleichsam zu „Barfuß-Urologen“ angelernet werden, um dann für einen Patienten, der sich an die Fachabteilung wendet, zu entscheiden, ob eine urologische Beratung des Patienten erforderlich ist oder nicht?

Ulsenheimer hält dies für die Fächerkombination Chirurgie/Urologie für möglich. Ich bin mir jedoch sicher, dass jede denkbare Fächerkombination auf

die Dauer, und zwar immer dann, wenn ein Fehlervorwurf im Raum steht, unter Haftungsfragen gerichtlich überprüft werden wird.

Dies erscheint schon deshalb unvermeidlich, da vor dem Hintergrund der Spezialisierung, die die Medizin in den letzten Jahrzehnten erfahren hat, es offensichtlich erscheint, dass fachübergreifende Bereitschaftsdienste medizinisch nicht sinnvoll sein können.

Für die Bereitschaftsdienst leistenden Ärzte – und auch deren Chefs – besteht die Situation, dass die Verwaltung nach Auftreten eines Fehlervorwurfs wegen der nur dort vorhandenen medizinischen Kompetenz auf die Ärzte verweisen wird. So ist das Risiko für den fachübergreifenden Dienst leistenden Kollegen – Stichwort Übernahmeverschulden – noch deutlich größer als für den Träger, wie der im Kasten auf Seite 16/17 beschriebene Fall aus Augsburg zeigt. Offensichtlich war der Verlauf bei der betroffenen Patientin sehr dramatisch; ich bin mir nicht sicher, ob ein chirurgischer Bereitschaftsdienst bereits früher den Hintergrund verständigt hätte.

Durch die Vorhaltung des internistischen Kollegen bekommt die angenommene unterlaufene Fehleinschätzung jedoch sofort den zusätzlichen Geruch von Fahrlässigkeit.

Der fachfremde Kollege läuft nämlich Gefahr, dass er bei einem unterlaufenen vermuteten oder tatsächlichen Fehler nicht nur diesen zu verantworten hat, wie der fachinterne Kollege es auch müsste, sondern sich darüber hinaus zu rechtfertigen hat, warum er ex ante seinen drohenden Fehler nicht erkannt und den fachspezifischen Hintergrund nicht gerufen hat.

In dieser Situation gibt es aus meiner Sicht keine Verteidigung gegen den Vorwurf, dass das Auftreten des Fehlers bei vorhandenem fachspezifischen Bereitschaftsdienst weniger wahrscheinlich gewesen wäre.



Kai Schorn

Facharzt für Systemtherapie

Dünne Papierstapel, sorgfältig mit gelben Fähnchen markiert, liegen in Doppelreihe auf dem rechten Schreibtischflügel. Weiter hinten eine steil aufragende Regalwand aus schwarz-weißen Ordnerrücken. Neben der Tür ein vierstöckiges Ablagesystem. Das Büro von Kai Schorn erzählt von Ordnung und Übersicht, von einer Welt klar strukturierter Denkprozesse. Es erzählt von Konzentration und Ruhe. Damit es im Sommer nicht zu heiß wird zum Denken, steht ein schubkräftiger Ventilator bereit. Kai Schorn ist Referent im Dezernat Medizin der Deutschen Krankenhausgesellschaft, ein Vorbereiter und Mitgestalter der Reformen im Gesundheitswesen.

In den Papieren auf seinem Schreibtisch geht es um „evidenzbasierte Medizin“ und „Qualitätssicherung“, sagt Schorn. Behandlungsmethoden und Arbeitsabläufe in Kliniken sollen nachprüfbar und effizienter gemacht werden. Damit gestaltet Schorn einen Teil des Prozesses mit, den viele Praktiker als lästiges Eindringen von bürokratischer und ökonomischer Kontrolle ablehnen. Schorn spricht dagegen von Demokratisierung und Patientenorientierung. Vielleicht komme zu schnell zu viel Neues, was als zusätzliche Belastung empfunden werde. Aber „Bewegung ist besser als Stillstand“.

Bis vor etwa anderthalb Jahren war Schorn selbst noch Praktiker, als Assistenzarzt in der Kardiologie des Westend-Klinikums. Den Wechsel von der täglichen Überdosis Aktivität in den Gleichtakt seiner neuen Arbeitsstelle habe er unterschätzt, sagt er. Der Stress, den er früher manchmal verfluchte, fehlt ihm jetzt. Dafür hat er jedes Wochenende Zeit für seine Familie. Und er kann „große Sachen ins Rollen bringen“, sagt eine Freundin. Das sei ihm immer wichtig gewesen. Schorn ist sicher, das Richtige getan zu haben, auch wenn das Hin- und Hergerissensein bleibt. Das kennt er schon.

Viele innere Stimmen mischen sich ein, wenn es um seine Zukunft geht. Als er sich entschied, das Krankenhaus zu verlassen, war er gerade 40 geworden und ohne konkrete Aussicht auf eine Stelle als Oberarzt. Sein Chef hatte ihn mal gefragt: „Was wollen sie eigentlich sein: Kardiologe oder Gesundheitspolitiker?“ Die Frage traf ins Schwarze.

Schon auf dem Gymnasium fühlte sich Kai Schorn zu politisch-sozialen Fragen, aber auch zu den Naturwissenschaften hingezogen. Als integrierte Lösung bot sich die Medizin an. Statt Wehrdienst verpflichtete er sich auf 10 Jahre dem Katastrophenschutz und machte nebenher als Rettungsassistent bei den Johannitern mit. Drei Jahre musste er auf den Studienplatz warten, also arbeitete er als Kraftfahrer für ein Zahnlabor oder als Sargträger. Danach begann er eine Krankenpfleger-Ausbildung.

Schorn war immer ein „engagierter Typ“. Er machte in der Friedensbewegung mit, protestierte gegen die nukleare Aufrüstung und wurde einer der Wortführer im großen FU-Streik 1988/89. Nach den Protesten gegen die Schließung eines linken Instituts formierten sich in Kreisen der Medizinstudenten zwei Lager: Die Realos, die einzelne Reformen anstoßen wollten, und die „Generalkritiker“, die das gesamte Gesundheitssystem umkrepeln wollten. Schorn war Generalkritiker. „Viel Gequatsche“, sagt er heute lapidar. Es ermüdet ihn, davon zu erzählen. War alles nur sinnlose Zeitverschwendung? Dann doch wieder klares Dementi: „Ich war noch nie so drauf zu sagen: Das bringt doch alles nix. Man kann extrem viel erreichen.“ Evidenz: Der Reformstudiengang Medizin an der Charité.

Mit etwas Verspätung - auch wegen der Familiengründung - macht Schorn 1995 Examen. Eigentlich möchte er Kinderarzt werden, Kinderkardiologe, aber im Herzzentrum gibt es keine Stelle. Dann eben das Westend. Inzwischen sind zwei eigene Kinder geboren, und Schorn ist froh, dass es mit der Kinderkardiologie nicht geklappt hat. „Das wäre eine extreme Belastung gewesen für die Familie.“

Schorn akzeptiert - wie viele Männer seiner Generation - das Entweder-Oder klassischer Rollenbilder im Leben nicht mehr. Er will beides, wird Assistentensprecher, engagiert sich im Betriebsrat, kümmert sich um eine Arbeitszeitreform, Qualitätsmanagement, macht seine Fortbildungen, will natürlich auch ein guter Vater sein und ein guter Arzt sowieso.

2004 steigt er aus. Er gehöre aber nicht zur „Gruppe frustrierter Klinikärzte“, betont Schorn. Der neue Job sei auch eine „neue Herausforderung“. Vielleicht die größte bisher. Der Patient Gesundheitssystem ist ein zäher Brocken.

Thonas Loy
(Journalist)

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

Sicher punkten mit neuem Barcode-System

Berliner Ärztinnen und Ärzte können sich künftig bei Fortbildungsveranstaltungen mit Hilfe eines neuen scheckkartengroßen Fortbildungsausweises oder mit speziellen Barcode-Aufklebern registrieren. Der Vorteil für Ärzte ist dabei, dass die Fortbildungspunkte für die jeweilige Veranstaltung sicher und schnell elektronisch erfasst und auf ihrem individuellen Fortbildungspunktekonto bei der Ärztekammer Berlin gutgeschrieben werden.

Alle aktiven Berliner Ärzte erhalten ab Mitte Oktober von der Ärztekammer Berlin auf dem Postweg den neuen persönlichen Fortbildungsausweis sowie zwei DIN-A-4-Bögen mit vorgefertigten Klebeetiketten. Mit dem Fortbildungsausweis (s. Abb.) können sich Ärzte bei größeren Veranstaltungen künftig vor Ort registrieren und ihre Fortbildungspunkte auf Fortbildungspunktekonten, die bei der Ärzte-

weis einlesen oder dies zu einem späteren Zeitpunkt über die Barcode-Klebeetiketten mit aufgedruckter EFN erledigen. Die Etiketten sollten beim Besuch von Fortbildungsveranstaltungen immer dann zum Einsatz kommen, wenn der Veranstalter nicht unmittelbar vor Ort mittels Barcode-Scanner die EFN vom persönlichen Fortbildungsausweis einliest. Es empfiehlt sich also, beim Besuch von Fortbildungsveranstal-

worbenen Fortbildungspunkte jedem Fortbildungsteilnehmer sicher zugeordnet werden. Beim Umzug eines Arztes in einen anderen Kammerbereich folgt das elektronische Fortbildungspunktekonto einfach nach.

Der rechtliche Hintergrund

Seit jeher gilt gemäß Berufsordnung für alle Ärzte eine Fortbildungspflicht. In diesem Zusammenhang sind seit dem 1. Juli 2004 alle Vertragsärzte verpflichtet, ihre Fortbildungsaktivitäten zu dokumentieren und ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in einem Fünf-Jahres-Zyklus vorzulegen. Als Nachweis dient das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern. Dies wird erstellt, wenn der Arzt in fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte erworben hat.

Der Nachweis muss erstmalig bis spätestens 30. Juni 2009 erbracht werden. Ärzte, die sich nur unzureichend oder

So sieht der neue Fortbildungsausweis aus



kammer für sie geführt werden, elektronisch „buchen“ lassen. Auf dem Ausweis befindet sich ein Barcode (Strichcode, bekannt zum Beispiel von der Preisbeschriftung im Einzelhandel) mit einer für jeden Arzt individuell vergebenen und bundesweit einheitlichen elektronischen Fortbildungsnummer (EFN).

Veranstalter von ärztlichen Fortbildungen können entweder vor Ort mit einem universell kompatiblen Barcode-Scanner die EFN vom Fortbildungsaus-

tungen grundsätzlich den persönlichen Fortbildungsausweis mit sich zu führen, zusätzlich aber auch für den Bedarfsfall ein bis zwei Klebeetiketten in der Brieftasche parat zu halten.

Die betreffenden Ziffern-Codes des Ausweises oder der Klebeetiketten werden vom Fortbildungsveranstalter Internetbasiert an einen Server versandt. Der Server verifiziert nun die Daten, ordnet sie den jeweiligen Adressaten zu und übermittelt sie an die entsprechenden Ärztekammern, so dass die aktuell er-

gar nicht fortbilden, müssen mit Vergütungsabschlägen oder sogar mit Entzug der Kassenzulassung rechnen. Das SGB V sieht außerdem eine Pflicht zur Dokumentation der Fortbildungsaktivitäten bei Fachärzten im Krankenhaus vor.

Elektronische Verwaltung von Fortbildungspunkten

Um den Ärzten das Punktesammeln so unbürokratisch und einfach wie möglich zu gestalten, führen die Ärztekammern

nun für ihre Mitglieder treuhänderisch und kostenlos Fortbildungspunktekonten. Bisher wurden diese Konten manuell gepflegt, das heißt, der Punktestand wurde in der Regel anhand von eingesandten Teilnehmerlisten und Teilnahmebescheinigungen in den Kammern geprüft und individuell aktualisiert.

Gab es im Jahr 2002 allein im Kammerbereich Berlin monatlich etwa 300 zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen, so sind es mittlerweile jeden Monat bis zu 700 solcher Veranstaltungen, die von der Kammer erfasst werden. Eine wechselseitige Anerkennung der Fortbildungsveranstaltungen unter den Ärztekammern macht es möglich, dass Ärzte anerkannte Fortbildungsveranstaltungen im gesamten Bundesgebiet nutzen können.

Das große Volumen fortbildungsrelevanter Daten legte es nahe, eine bundeseinheitliche Administration der anerkannten Fortbildungsveranstaltungen und individuellen Punktekonten zu entwickeln. Durch stetiges Einpflegen können Buchungsanstürme zur Ausfertigung der Fortbildungszertifikate in zu erwartenden Stoßzeiten, zum Beispiel zum 30. Juni 2009, wenn der erste für Vertragsärzte relevante Fünf-Jahres-Zyklus ausläuft, zumindest entzerrt werden. Dies beinhaltet, dass die Punktemeldung zeitnah zum Veranstaltungsende und auf elektronischem Wege von den Veranstaltern

Das Wichtigste in Kürze

EFN – Einheitliche Fortbildungsnummer: erhält jeder Arzt von seiner Ärztekammer. Die Nummer ist 15-stellig und bundesweit einheitlich aufgebaut. Mit der EFN registriert der Arzt sich zukünftig bei Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung.

EIV – Elektronischer Informationsverteiler: Verfahren für die elektronische Meldung der Fortbildungspunkte. Innerhalb des Verfahrens wird mit dem EIV auch der zentrale Server benannt, der die Prüfung und Verteilung der Daten vornimmt.

VNR – Veranstaltungsnummer: erhält ein Veranstalter bei der Anerkennung seiner Fortbildungsveranstaltung von der für ihn zuständigen Ärztekammer. Die Nummer ist 19-stellig und beinhaltet Basisdaten zur Veranstaltung sowie zu Punktekategorien.

Barcode: Strichcode, der hier die EFN darstellt. Mit Hilfe eines Scanners, der an einen PC angeschlossen ist, kann der Barcode gelesen und im PC wieder in eine Nummer umgewandelt werden. So werden Fehler beim Eintippen sehr langer Nummern vermieden; zudem wird der hohe Erfassungsaufwand extrem verkürzt.

vorgenommen wird. Verlagert man auf diese Weise die Meldung der erworbenen Fortbildungspunkte von den Ärzten auf die Veranstalter, muss sichergestellt sein, dass die Punkte eines jeden Teilnehmers zur jeweils zuständigen Ärztekammer gelangen. Als weiterer Vorteil dieses Verfahrens erweist sich die datenschutzrechtlich einwandfreie Entkopplung des Fortbildungsverhaltens von Ärzten von anderen Registrierungssystemen. Auf diese Weise wird verhindert, dass Daten zum Fortbildungs- und beispielsweise Verord-

nungsverhalten zusammengeführt werden können.

Referat Fortbildung d. Ärztekammer Berlin

*Weitere Informationen zum Thema:
www.eiv-fobi.de (Internetseite mit bundeseinheitlich geltenden Informationen zum elektronischen Fortbildungsausweis; hier finden sich auch unterstützende Hinweise für Fortbildungsveranstalter)
E-Mail-Adresse für Anfragen:
fobi-zert@aekb.de, Tel. (Referat Fortbildung): 030 / 40 80 6-1201 bis -1206*

Sport als Therapiebegleitung

Mit einer neuen Präventionskampagne wollen der Landessportbund Berlin (LSB) und die Ärztekammer Berlin die erfolgreiche Arbeit des seit 1997 bestehenden Netzwerkes „Sport und Gesundheit“ ausweiten. In Zusammenarbeit mit der KV Berlin und dem Berliner Sportärztebund startet am 12. Oktober die Aktion „Berlin komm(t) auf die Beine – Mach mit, bleib fit...“. Dabei will der LSB niedergelassenen Ärzten helfen, Patienten den positiven Einfluss von Therapie begleitenden Sportangeboten näher zu bringen. Im Mittelpunkt stehen dabei Erkrankungen des Stoffwechselsystems, des Stütz- und Bewegungsapparates, des vegetativen sowie des Herz-Kreislauf-Systems. Zum Start der Kampagne werden der LSB und die Ärztekammer Berlin eine gemeinsame Pressekonferenz ausrichten.



Ein Schwerpunkt des Materials für niedergelassene Ärzte, das kostenlos beim LSB mit nebenstehendem Faxvordruck bestellt werden kann, stellt das sogenannte „Rezept für Bewegung“ dar. Dieses „Rezept“ ist nicht mit üblichen Rezepten vergleichbar und auch nicht zur Abrechnung vorgesehen. Vielmehr soll es die Empfehlungen des Arztes zu sportlicher Bewegung als Therapiebegleitung

verbindlicher machen. Zusammen mit dem Rezept für Bewegung sollen Ärzte dem Patienten die kürzlich erschienene Broschüre „Gesundheitssport 2005/2006“ aushändigen. In dieser Broschüre finden sich die mit dem Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“ ausgezeichneten gesundheitsorientierten Bewegungs- und Sportangebote der Vereine in Berlin. Alle Angebote sind nach gemeinsam zwischen

Bundesärztekammer und Deutschem Sportbund abgestimmten Qualitätskriterien als Präventionsangebot zertifiziert. In Einzelfällen kann der Arzt auf dem „Rezept“ zudem spezielle Empfehlungen für die richtige Sportgruppe und für deren Übungsleiter notieren. Auf dem „Rezept“ wird der Patient darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an präventiven Bewegungsprogrammen von manchen Krankenkassen finanziell unterstützt wird. Voraussichtlich wird sich das Rezept für Bewegung auch über den Praxidrucker ausstellen lassen.

Daneben können interessierte Ärzte beim LSB kostenlos attraktive DIN-A3-Plakate für ihre Wartezimmer ordern, die als erste Aufforderung oder Motivation für Patienten dienen sollen. Dort heißt es: „Zu Angeboten für Bewegung und Sport fragen Sie Ihren Arzt oder Trainer. Wir beraten Sie gerne.“

Abgerundet wird die Präventionskampagne durch regelmäßige Gesundheitsforen, die Ärzten und Patienten interessante Informationen zum therapieergänzenden positiven Effekt von Sport und Bewegung bei bestimmten Erkrankungen bieten sollen. Die Einladungen zu den Gesundheitsforen zum Auslegen in der Praxis können beim LSB bestellt werden.

Das erste Gesundheitsforum der Kampagne findet am 19. Oktober zum Thema „Diabetes und Bewegung“ statt. Ärzte, Patienten und deren Angehörige können sich um

18 Uhr beim Landessportbund Berlin, Haus des Sportes, Jesse-Owens-Allee 2, 14053 Berlin

über den positiven Einfluss von Sport bei Stoffwechselerkrankungen, insbesondere Diabetes, informieren. Erfahrene Ärzte und Sporttherapeuten stellen die Wirkungen und Inhalte spezieller Bewegungsprogramme vor. Interessierte können die anwesenden Experten befragen. Außerdem präsentieren Berliner Sportvereine ihr Angebot. Interessenten sollten sich beim Landessportbund unter Tel. 30002-0, Fax 30002-107 oder per E-Mail unter diabetes@lsb-berlin.org anmelden.

Das zweite Gesundheitsforum findet am 19. Januar 2006 zum Thema „Arthrose und Bewegung“ statt. Weitere Themen und Termine sind geplant.

Sascha Rudat

Seine Eiligkeit Clown Willi

Brückenbauer zwischen Scheitern und Siegen

Paul Kustermann arbeitet seit Mitte der 90er Jahre in medizinischen und therapeutischen Einrichtungen als Clown. Lachen ist Leben und macht gesund, sagt er. Immer mehr Krankenhäuser und Ärzte befürworten die Arbeit von ROTE NASEN e.V. – Clowns im Krankenhaus.

Von Ulrike Hempel

Zuerst ist da diese Stimme, die rufend über den Flur geeilt kommt. Wie im Zirkuszelt. Er ruft ein bisschen zu laut, ein bisschen zu fröhlich. Mit leichtem amerikanischem Akzent. Ein Hauch fabelhafte Welt weht mit Paul Kustermann, „Seine Eiligkeit Clown Willi“, durch den Türrahmen in den Raum. Plötzlich steht er da, groß, auffordernd, ein buntes Tuch um den Hals gelegt und bietet mit vollendeter Geste einen roten Schaumstoffball dar. Ein Geschenk, eine Clowns-nase. Paul Kustermann vereint die Freude am Schabernack mit dem Ernst des Grüblers. Zudem verfügt er über eine beeindruckende Eloquenz. „Wir Clowns geben mit dem fröhlichen Chaos ein Stück Hoffnung“, sagt er.

Die ClownSprechstunde gibt es seit 1995 in Berlin. An jedem Tag der Woche besuchen die Clowns des ROTE NASEN e.V. pflegebedürftige Menschen, vor allem chronisch kranke Kinder. Clown Willi bereitet sich auf seine Auftritte am Krankenbett vor wie auf eine Verabredung mit einer schönen Frau. Schöne Schuhe, schönes Kostüm und die Augen werden besonders hübsch gemacht. Einen Unterschied gibt es aber doch: Beim Patienten dürfen die medizinischen Hintergrundinformationen nicht fehlen, denn sie müssen im Eifer der ClownSprechstunde berücksichtigt werden. Kustermann sagt: „Du kannst Dich nicht wirklich darauf vorbereiten. Jeder Tag ist anders. Deshalb gehe ich rein mit Offenheit und gucke, wie das Kind auf mich reagiert. Wir haben ein Spiel miteinander und wir vergessen alles andere. So muss es sein.“



Foto: privat

Wandeln auf schmalem Grat

Nicht immer und nicht von Anfang an war die Zusammenarbeit mit den Ärzten und dem Stationspersonal optimal. Da waren Neidgefühle von Seiten der Einrichtung nach dem Motto: Die Krankenhausclowns kommen, sind lustig und wir machen die Drecksarbeit. Die kriegen die Presse und wir haben den Stress. „Erst wenn der Clown den Ärzten und dem Personal auf der Station nahe kommt, sieht er, wie schwer ihre Arbeit wirklich ist“, fasst Kustermann seine ersten Jahre im Krankenhaus zusammen. Aber auch die Clowns hatten ihre Startschwierigkeiten. Sie mussten erkennen, wo die Grenze ihres Tätigkeitsfeldes liegt. Die Krankenhausregeln gelten eben auch für Clowns. Nicht alle Patienten wollen laut, ausgelassen und lustig sein. Im geordneten Krankenhaussystem wandert der Clown auf

einem schmalen Grat zwischen Wollen, Dürfen und Können.

Manchmal suchen die Ärzte bewusst die Nähe zum Clown. Paul Kustermann erinnert sich mit lautem Lachen: „Ich habe es erlebt, dass ein Arzt reinkommt und an sich selbst eine Amputation vornimmt. Er schneidet sich einen Arm ab und tut so, als würde er nur mit einem Stumpfen weiter machen können.“ Nicht alle Ärzte sind für diesen Rollenwechsel talentiert. Kustermann sagt: „In solchen Momenten versuche ich, eine Brücke zu bauen, über die wir alle gemeinsam gehen können. Er als Arzt, ich als Clown und der Patient. Meist funktioniert das.“

Der Schlüssel in der Beziehung zwischen Klinik-Clown und Arzt ist das Gespräch, sagt Kustermann. Gemeinsam müssen sie sich die Frage stellen, was das Richtige für den Patienten ist und wie sie den Kranken bestmöglich versorgen. Jeder in seinem Fach. Der Clown muss nachweisen können, dass er seine Arbeit professionell macht. Kustermann meint auf die Frage, was ihm das bedeutet: „Qualitätsmanagement ist nicht dafür da, um den Clown oder den Arzt auf einen Code zu reduzieren. Qualitätsmanagement ist in der menschlichen Beziehung und in der Klinik ein langer interaktiver Prozess, der allen mehr Sicherheit gibt“. Das Wort „Management“ passt nicht zum Clown. Es klingt für ihn wie aus einer anderen Welt. Wie eine DIN-Norm. Ein Clown im Krankenhaus braucht Einfühlungsvermögen und medizinisches und therapeutisches Grundwissen. Er sollte immer am Gespräch mit dem Klinikpersonal interessiert sein und muss sich an die Regeln der Einrichtung halten.

Die Freude und das gemeinsame Lachen, darum geht es Kustermann, wenn er die Menschen im Krankenhaus in ihren unterschiedlichen Lebenslagen aufsucht. Die seelischen und körperlichen Belastungen einer schweren und langwierigen Krankheit können manchmal für einige Momente vergessen werden, wenn Krankenhausclown Willi und seine fröhlichen Kollegen das Krankenzimmer mit ihren Späßen erfüllen.



Foto: ROTE NASEN Deutschland e.V.

Paul Kustermann, der 1955 in den USA geboren wurde, hat mit zehn Jahren angefangen, in seiner Garage Zaubershow zu machen und den Clown zu geben. Bald merkte er, dass sein Publikum lieber lachen wollte als sich von ihm beeindrucken zu lassen. Die Leidenschaft, vor und für andere zu spielen, ließ ihn nicht mehr los. Als Bühnenenthusiast prägte Kustermann von Jugend an das komödiantische Genre und auch das körper-sprachliche Theater, die Pantomime. Die Lust an der Verwandlung, die Leidenschaft für brüchige Lebensmomente, das stumme Spiel aus dem Augenblick heraus, das in seiner Stummheit zugleich Moment höchsten pathetischen Ausdrucks ist. Clown, Komödiant, Mime und Maskenspieler, die Freude an der einfachen Fragestellung „wie wär's wenn...“ und an der daraus resultierenden Verwandlung begleitet Kustermann auf den vielseitigen Stationen seines Bühnendaseins seit nunmehr 35 Jahren.

Lachen ist ein Schwebezustand

Die halbe Welt bereiste er. Anfang der 80er Jahren kam er von Amerika nach Amsterdam und zog sieben Jahre lang durch 16 Länder, studierte die Blicke, die

Gebärden, die Empfindungen der Menschen. „Wichtig war vor allem, dass ich frühzeitig meine kriminellen Energien in kreative Bahnen gelenkt habe“, gesteht er. „Statt dem Kindheitstraum nachzugehen, ein international beschäftigter Juwelendieb zu sein, lernte ich Reiten, Fechten, Tennis, Skilaufen,

Tanzen, Fliegen, Rettungsschwimmen, Theaterspielen, Zirkusakrobatik, Jonglage und Reisen. Später konnte ich durch meine Kunst anderen Glücksmomente der Distanz vom Alltag ermöglichen.“

Das Krankenhaus scheint Kustermann hierfür ein besonderer Ort. Wir alle kennen Momente, in denen wir Krankheit als Niederlage erleben. Dann braucht der Mensch einen Platz, an dem er sich wieder sammeln und stärken kann. Das Krankenhaus ist so ein Ort. Mit Hilfe der Ärzte und des Pflegepersonals sagt man irgendwann: „Ab jetzt kann ich wieder kämpfen!“ Langwierige Aufenthalte chronisch Kranker erfordern deshalb auch eine besondere Gestaltung des Lebensraums Krankenhaus. „Ich will mich zu dem kranken Menschen gesellen“, sagt Kustermann. „Und zu ihm sagen, ‚schau, ich habe ein kleines Fenster zur Welt. Ich kann lustige Momente finden und dich damit wieder aufrichten‘. Lachen ist ein Schwebezustand der Erleichterung zwischen den Schicksalsschlägen der Schwerkraft.“

Die größte Motivation für die Arbeit im Krankenhaus ist Dankbarkeit, sagt Paul Kustermann. Er ist dankbar, dass er selbst kräftig und gesund ist. Dass er viel Erfolg gehabt hat und weiterhin hat. Oft denkt er, das Leben besteht aus mehr als Geldverdienen und „Plakate machen“ für seine nächste Vorstellung. „Die Dankbarkeit der Patienten, der Ärzte und der Eltern zu erleben, das tut einfach gut. Ich werde dadurch selber dankbar.“ Seit 2004 leitet und promotet Kustermann den Verein „ROTE NASEN Deutschland e.V. Clowns im Krankenhaus“. Die Clowns gehen überall dorthin, wo Krisen, Leiden und Krankheiten im Mittelpunkt stehen: Altersheime, psychiatrische Einrichtungen, Kinderkliniken. Zwei große Wünsche hat Paul Kustermann alias Clown Willi: Unbegrenzte finanzielle Mittel für Clownsprojekte in Kliniken und für alle Beteiligten die Weisheit, sich um dieses Geld nicht zu streiten.

Ulrike Hempel
Ärztekammer Berlin

Spenden- und Kontaktdaten:

Clowns im Krankenhaus
ROTE NASEN Deutschland und CLiK e.V.
machen sich gemeinsam
stark für's Lachen

Fröbelstr. 15 Haus 13, 10405 Berlin
Tel. (030) 498 55 901
Fax: (030) 498 55 902
E-Mail: office@ROTENASEN.de
Internet: www.ROTENASEN.de

Bankverbindung
ROTE NASEN Clowns im Krankenhaus
Berliner Sparkasse
BLZ 100 500 00, Konto: 6400 34 101
Gemeinnütziger Verein zur
Förderung von Humor und Lachen
und Leichtigkeit bei der Bewältigung
von Krankheit und Krisen

In memoriam Dieter Scholz

Foto: Golkowski



Am 12. August 2005 ist in Überlingen der Kinderarzt Medizinaldirektor i. R. Dr. med. Dieter Scholz gestorben. Scholz wirkte

lange Zeit als leitender Jugendarzt im Bezirk Tempelhof und engagierte sich auch in der ärztlichen Standespolitik Berlins stark.

Als Sohn eines Ministerialbeamten wurde er am 26. April 1920 in Berlin geboren. 1940 bestand er das Abitur am Friedrich-Wilhelms-Gymnasium. In den Kriegsjahren begann Scholz sein Medizinstudium, das er im Wintersemester 1945/46 an der Universität Marburg fortsetzte. 1948 legte er das medizinische Staatsexamen ab.

Nach Berlin zurückgekehrt, erhielt er nach der Pflichtassistentenzeit an der

Universitäts-Frauenklinik Marburg, der Chirurgischen Abteilung im Städtischen Krankenhaus Moabit und der Hautklinik des Städtischen Behring Krankenhauses seine Weiterbildung zum Kinderarzt im Städtischen Krankenhaus Neukölln. Er gehörte damals zu den Begründern des Bundes der Assistenzärzte (BBA). 1955 ging er als Assistenzarzt an die Schöneberger Kinderheilstätte in Wyk auf Föhr.

Im Gesundheitsamt Tempelhof wurden ihm 1956 zwei halbe Stellen als Fürsorgearzt übertragen. Aus dieser Position heraus setzte er sich für die Verschmelzung des Schulgesundheitsdienstes und der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge ein. Scholz wurde zu einem angesehenen Vertreter der deutschen Sozialpädiatrie, nicht zuletzt durch zahlreiche Vorträge auf internationalen Kongressen, auch im Ausland.

Nach der Absolvierung eines Sportärztelehrgangs 1958 war er Sportarzt im Bezirk Reinickendorf. 1959 wurde er

Medizinalrat, 1963 Obermedizinalrat und 1971 Medizinaldirektor. Bei der Akademie für Staatsmedizin in Hamburg nahm er am 23. Amtslehrgang teil und legte die Staatsärztliche Prüfung 1966 ab. Er gehörte unter anderem dem Verband der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes Berlin, auch als langjähriges Vorstandsmitglied, an. Der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin gehörte er ab der zweiten Legislaturperiode dieses Gremiums bis zum Ende der 90er Jahre durchgängig an. Zeitweilig war er auch im Vorstand und verschiedensten anderen Gremien Mitglied. Mit Unterbrechungen arbeitete er als ärztliches Mitglied des Gutachterausschusses für Heilpraktiker mit.

Mit glänzender Rhetorik begabt, verstand er es, kritische Sachverhalte auf den Punkt zu bringen und sich mit Humor, gelegentlich auch Sarkasmus, energisch für die Beseitigung von Missständen im Gesundheitswesen seiner Zeit einzusetzen.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

Zum Tode von Ulrich Kleine

Foto: privat



Nach langer schwerer Krankheit ist am 15. August Dr. med. Ulrich Maria Kleine im Alter von 50 Jahren gestorben. Zuletzt war er

Chefarzt der Chirurgie im Vivantes-Klinikum am Prenzlauer Berg.

Ulrich Kleine wurde in Baden-Baden geboren und studierte Soziologie und Humanmedizin in Freiburg, wo er promovierte und 1982 seine Approbation erhielt.

Im gleichen Jahr wechselte er nach Berlin und trat eine Assistentenstelle in der Anästhesie-Abteilung des Evan-

gelischen Waldkrankenhauses Spandau an, von der er nach sechs Monaten in die 1. Chirurgische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Moabit wechselte. Kurze Zeit unter Prof. Dr. P. Geisler und die längste Zeit unter Prof. Dr. E. Kraas wurde er zum Facharzt für Chirurgie ausgebildet. Seine Anerkennung erhielt er im April 1989.

Neben seiner reichen operativen Tätigkeit erlernte Ulrich Kleine frühzeitig die diagnostische und therapeutische Endoskopie und setzte diese als Chirurg außerhalb und im OP als ergänzendes Verfahren ein. In seiner Oberarztzeit im Krankenhaus Moabit von 1990 bis 1994 baute Ulrich Kleine die Extrakorporale Stoßwellen-Lithotripsie auf. Von Anfang an war er bei der Entwicklung der minimal-invasiven Chirurgie maßgeb-

lich beteiligt. Diese wurde zum ausgesprochenen Schwerpunkt im Krankenhaus Moabit. Ulrich Kleine lehrte im Rahmen der Akademie für ärztliche Fortbildung, war Tutor und Instruktor bei Kursen in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und leitete Operationskurse in Zusammenarbeit mit dem European Surgical Institute in Hamburg-Norderstedt und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen.

1994 wurde Ulrich Kleine Chefarzt der Allgemein- und Gefäßchirurgie im Klinikum Neuruppin/Brandenburg. Er baute dort die Abteilung neu auf und führte die Fachabteilungen für Viszeral- und Gefäßchirurgie und später Thoraxchirurgie ein. 2002 wechselte er als Chefarzt der Chirurgischen Klinik in das Vivantes-Klinikum Prenzlauer Berg. In knapp zwei Jahren hat er auch dort viel aufgebaut – bis die Krankheit Mitte 2004 begann.

Wir trauern um einen Kollegen, der sich nicht nur der Chirurgie verschrieben hatte, sondern zum Wohle der Patienten die interdisziplinäre, die konservative, die weniger eingreifende Medizin

in sein therapeutisches Repertoire integriert hat. Er hat sein Können und Wissen an viele Kollegen weitervermittelt. Als Chefarzt hat er zwei Abteilungen aufgebaut und durch seine

menschliche Art bei Patienten und Mitarbeitern ein hohes Maß an Ansehen und Beliebtheit gewonnen.

Dr. med. Gabriele Ehren

Walter Scheffler zum 85. Geburtstag



Foto: privat

Anlässlich seines 85. Geburtstages am 22. Oktober gilt es, Walter Scheffler zu würdigen; einen Arzt, der Berlin immer

verbunden blieb und an vielen Stellen die Berliner Ärzteschaft prägend beeinflusste, ohne dabei je die eigene Person in den Vordergrund zu stellen. Einen Mann, der immer für andere da war: Als Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik der FU unter Schäfer und als niedergelassener Gynäkologe für seine Patientinnen, als berufspolitisch interessierter Arzt für seine Kolleginnen und Kollegen, als Freund für seine Freunde und Mitstreiter.

Es gilt, einen Menschen zu würdigen, der mit Gedankenschärfe, sonorer Rhetorik und geschliffenen Argumenten zu überzeugen versteht, ohne sich anzubiedern und der dennoch auch zu Kompromissen fähig ist, sofern diese rational vertretbar sind.

Walter Scheffler gehört zu den Kollegen der ersten Stunde der wiedererrichteten

Ärztekammer Berlin, war in den Jahren 1967-1987 und erneut in der Wahlperiode von 1994-1998 Mitglied der Delegiertenversammlung, ursprünglich als Vertreter und langjähriger Sprecher der „Liste aus Klinik und Praxis“, zuletzt als Vertreter von Äskulap/Allianz Berliner Ärzte, ehe er aus Altersgründen auf eine erneute Kandidatur verzichtete.

Als Listensprecher und damit zugleich Mitglied des Ältestenrates beteiligte er sich mit klar strukturierten Beiträgen an den Debatten und brachte dabei nicht nur die eigenen Vorstellungen auf den Punkt, sondern zuweilen auch die zuvor vielleicht etwas wolkig formulierten Ideen der Debattengegner. So hielt er einmal dem damals amtierenden Ärztekammerpräsidenten vor: „Eure Rede aber sei: ja, ja, nein, nein. Was darüber ist, das ist von Übel“ (Matthäus 5,37).

Walter Scheffler wollte dabei nicht polarisieren: Klarheit und Ehrlichkeit waren seine Ziele in der berufspolitischen Auseinandersetzung. Und er reagierte empfindlich, wenn Heuchelei und Verleumdungen allzu krass bemerkbar wurden, zum Beispiel als diese dem früheren Ärztekammerpräsidenten Wilhelm Heim widerfuhren.

Sein besonderes Engagement galt dem Versorgungswerk der Ärztekammer Berlin, für dessen ärztliche Selbstverwaltung er Einigkeit und Solidarität einforderte (und über viele Jahre auch erreichte!). Von 1983-2003 war er im Aufsichtsausschuss des Versorgungswerkes tätig, die letzten 12 Jahre als stellvertretender Vorsitzender!

Alle, die Walter Scheffler in dieser Tätigkeit erlebt haben, wissen, wie sehr er sich für die sozialen Belange der Ärzteschaft einsetzte. Eine Listen- sprich „Parteien“- Zugehörigkeit spielte dort keine Rolle.

Bleibt zu ergänzen: dass ihm im Jahre 1984 das Bundesverdienstkreuz verliehen wurde, dass er auch außerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung vielfältig engagiert war und sich deshalb größter Wertschätzung erfreuen darf. Mehr noch, dass ihm daraus viele Freunde erwuchsen, die mit und um ihn bangen, wenn das Alter dabei ist, wieder eine tiefe Kerbe in seinen Lebensbaum zu schneiden.

Wir wünschen ihm, dass endlich die lang ersehnte positive Wendung in gesundheitlicher Hinsicht eingetreten ist und ihm von nun an noch viele gute und lebenswerte Jahre vergönnt sein mögen. Danke, Walter Scheffler!

Dr. med. Elmar Wille
Dr. med. Hans-Herbert Wegener

*Sibutramin***Amnesie**

In einem zusammenfassenden Kommentar zu unterschiedlichen Berichten zu zerebralen Funktionsstörungen nach der Einnahme des Appetitzüglers Sibutramin (Reductil®) wird insbesondere das Auftreten von Amnesien diskutiert. Das Absetzen bewirkte bei 10 Fällen ein Verschwinden der Phänomene (neben Amnesie u.a. auch Blutdruckanstieg, Ver-

wirrheitszustände, Schwindel, Sehstörungen). Die Kommentatoren vermuten neben einer durch Sibutramin verursachten generellen Auslösung einer zerebrovaskulären Insuffizienz auch eine Arzneistoff-bedingte Erhöhung der Serotoninkonzentration im synaptischen Spalt, wie sie auch bei anderen Serotonin-Wiederaufnahmehemmern bekannt ist.

Quelle: Arzneimittelbrief 2005; 39: 47

Kommentar: Dem Rat der Kommentatoren, Sibutramin und andere zentral wirkende Appetitzüglern in der Therapie der Adipositas grundsätzlich nicht einzusetzen, kann man zustimmen – auch wegen einer oft gleichzeitig bestehenden Hypertonie bei Adipositas.

*Analgetika***Arzneimittel-induzierter Kopfschmerz**

Durch Arzneimittel (insbesondere Analgetika) induzierter Kopfschmerz ist nach Angabe eines Experten die dritthäufigste Ursache von Kopfschmerzen. Analgetikamissbrauch ist zusätzlich mit dem Risiko von Spätfolgen verbunden (u.a. Nierenschäden, Tumore der ableitenden Harnwege, rezidivierende Magen-/Darmulzera). Typische Kandidaten für das Entstehen dieser Kopfschmerzvariante sind Patienten mit u.a. Migräne (zu 65 %), Spannungs-

kopfschmerzen (27 %), mittlerem Alter von 46 Jahren, Bestehen des Kopfschmerzes seit 20 Jahren, Analgetikaeinnahme seit 10 Jahren, Dauerkopfschmerz seit 6 Jahren, Einnahme von circa 5 Tabletten/Tag; zwei Drittel sind Frauen.

Abrupter Entzug der Analgetika sei der einzig sinnvolle Weg, auch wenn während des Entzuges mit verstärkten Symptomen gerechnet werden muss. Eventuell könnte die Gabe von Prednison die Symptome lindern, eine Pilotstudie lässt hoffen.

Quelle: Ärztezeitung v. 24.06.2005, S. 16

*Candesartan***Stomatitis/ Geschmacksverlust**

Die AkdÄ berichtet über einen 46-jährigen Patienten, bei dem nach 6-monatiger Therapie mit 4 mg/d Candesartan (Atacand®, Blopress®) u.a. Geschmacksverlust, aphthöse Ulzera und Stomatitis auftraten. 2 bis 3 Wochen nach Absetzen verschwanden die Symptome. We-

nige Fälle mit ähnlichen Symptomen wurden der AkdÄ auch nach Gabe von Irbesartan, Losartan und Valsartan berichtet. Die AkdÄ folgert, dass es sich um sehr seltene unerwünschte Wirkungen (UAW) aller AT₁-Rezeptorantagonisten handelt, auf die in den Fachinformationen nicht hingewiesen wird.

Quelle: Dt. Ärztebl. 2005; 102(27): C 1578

*Voriconazol***ZNS-Wirkungen**

Halluzinationen, Verwirrheitszustände, Psychosen und Sehstörungen sind unerwünschte Wirkungen (UAW) auf das ZNS, die die AkdÄ mit der Einnahme des Antimykotikums Voriconazol (Vfend(r)) in Verbindung bringt. Voriconazol sei das ein-

zige liquorgängige Azol-Antimykotikum. Trotz der bekannten Datenlage (in den Fachinformationen wird auf ZNS-UAW hingewiesen) werden nach Angaben der AkdÄ die Behandler immer wieder davon überrascht.

Quelle: Dt. Ärztebl. 2005; 102(23): C 1342

Anmerkungen: Bei systemisch angewandten Azol-Antimykotika (Fluconazol, Itraconazol, Ketoconazol) wird zumindest von einzelnen Herstellern Fluconazol-haltiger Präparate über ZNS-Störungen wie Krämpfe und Tremor berichtet. Häufiger oder gefährlicher ist jedoch das Auftreten schwerer Leberzellschäden bis hin zum Leberversagen; ferner können allergische Reaktionen bis hin zur Anaphylaxie unter allen Azol-Antimykotika auftreten.

*Fentanyl-haltiges Pflaster***Missbrauch**

Die kanadische Gesundheitsbehörde warnt vor einem Missbrauch Fentanyl-haltiger Schmerzpfaster (Durogesic(r)) durch Jugendliche. 28 bis 84 % des aktiven Arzneistoffes können nach einer dreitägigen Anwendung noch im Pflaster gefunden werden. Missbrauch ist durch Schlucken, intravenöse Injektion, Inhalation nach Verdampfen, durch die Anwendung mehrerer gebrauchter

Pflaster oder Aufbringen der erhitzten Pflaster möglich. Drei Jungen im Alter von 14 - 17 Jahren starben, ein weiterer hat sich bis jetzt noch nicht erholt. Die Behörde weist auf besondere Vorsicht beim Verordnen, Aufbewahren und Entsorgen dieses Arzneimittels hin, dessen Wirkstoff bereits in niedrigen Konzentrationen Atemdepression verursachen kann.

Quellen: Canad. Adv. Drug React. Newsl. 2005; 15 (3): 1; Rheinische Post vom 20.07.05

Anmerkung: Nach Presseberichten untersucht die amerikanische Gesundheitsbehörde FDA derzeit 120 mögliche Todesfälle in Zusammenhang mit Durogesic®. Das BfArM verlautbart, dass „in den USA bisher die Warnhinweise nicht deutlich genug waren und dies hierzulande anders sei.“ Hinsichtlich missbräuchlicher Anwendung des Pflasters von Kindern wird in der Fachinformation ausgeführt „Durogesic® Pflaster sollen vor und nach dem Gebrauch für Kinder unzugänglich aufbewahrt werden“. Es bleibt zu hoffen, dass sich alle daran halten.

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.

Per Telefon: 0211/4302-1589, per Fax: 0211/4302-1588, per E-Mail: dr. hopf@aekno.de

Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

Das Langenbeck-Virchow-Haus

Geschichtsträchtiges Ärztezentrum mit Zukunft

Die Wiedereröffnung des Langenbeck-Virchow-Hauses am 1. Oktober ist für die Berliner Ärzteschaft ein freudiges Ereignis. Nach langem Provisorium ist das Gebäude in der Luisenstraße, gleich bei der Charité, nun fit für eine tragende Rolle im medizinischen Leben Berlins und darüber hinaus.



Foto: Prof. Dr. Helmut Hahn

Was für ein schöner und zugleich zweckmäßiger Bau das ist, wird erst jetzt wieder sichtbar, nachdem der Neu-Ulmer Architekt Jürgen Pabst ihn umgebaut hat – mit ebenso viel Gespür für seine fast ein Jahrhundert alte Gestalt wie praktischem Sinn für moderne Nutzbarkeit.

An der nun steingrauen Fassade wurden die beiden seitlichen Eingänge neu akzentuiert, von denen ursprünglich einer für die Berliner Medizinische Gesellschaft, der andere für die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie bestimmt war. Beide waren von Anfang an eng verbunden und besaßen schon den Vorgängerbau in der Ziegelstraße gemeinsam. Bernhard Langenbeck gründete übrigens als Präsident der Berliner Medizinischen Gesellschaft die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. In Höhe des Schriftzuges „Langenbeck-Virchow-Haus“ wurden über diesen Eingängen wieder Porträtköpfe der beiden Namensgeber angebracht, neu geschaffen vom Potsdamer Bildhauer Markus Golter.

Erst von der anderen Straßenseite aus entdeckt man den behutsamen Eingriff in die Dachzone: das „Implantat“; so nennt es Helmut Hahn, Vorsitzender der Berliner Medizinischen Gesellschaft. Bei unveränderter Höhe des Hauses wurde viel Raum hinzugewonnen. Im vierten und fünften Obergeschoss – mit weitem Blick über Berlin – befindet sich jetzt ein „Äsculapium“, eines der chirurgischen Schulungszentren

der Instrumentenfirma Äsculap, die hier auch osteuropäische Mediziner fortbilden will. Im Erdgeschoss stellt die Firma Braun-Melsungen, die seit kurzem mit Äsculap einen Konzern bildet, einen kleinen Teil ihrer medizinischen Verbrauchsmaterialien in einem „Expertisium“ aus.

Wer das Haus betritt, wird von einem lichtdurchfluteten Foyer empfangen. Das schöne Treppenhaus mit seinen im Original erhaltenen Geländern und den zurückhaltend getönten und ornamentierten Glasfenstern kommt wieder gut zur Geltung – nach der „Enthasentalung“ des hinteren Teils. So bezeichnet Hahn die Öffnung der kleinteilig zugebauten Rückfront zum Park, mit Blick vom großen Balkon auf den Waldeyer-Bau der Charité-Anatomie und ins Grüne. Neu in diesem Bereich sind eine Cafeteria und eine Lounge.

Der jahrelang baupolizeilich gesperrte Hörsaal mit seiner guten Akustik ist wieder nutzbar. Bis zur Eröffnung des „Palasts der Republik“ 1976 diente er der DDR-Volkskammer (danach, als

Kinosaal, der Ost-Akademie der Künste). Die fürs Zentralkomitee der SED angeklebte „Apsis“ ist ebenso beseitigt wie das hohe Podium. So konnten vorn zwei Sitzreihen gewonnen werden. Mit 502 Plätzen (in drei Segmenten) fasst der Saal etwa so viele Hörer wie das Auditorium im Charité-Hochhaus. Die Stühle sind leuchtend blau bezogen, passend zu den antikisierenden Deckenreliefs mit ihren weißen Figurengruppen auf blauem Grund, die ärztliche Szenen darstellen. Der Saal hat jetzt wegen des Äsculapiums kein natürliches Oberlicht mehr, sondern ein künstliches, das aber natürlich wirkt.

Schon nach Fertigstellung des Hauses 1915 wurden die vorderen Parterreräume an die Industrie vermietet. Und nur so war es jetzt möglich, den Bau schon knapp zwei Jahre nach der endlich gelungenen Rückübertragung an die Ärzteschaft (siehe BERLINER ÄRZTE Heft 7/2003) wieder voll „beispielbar“ zu machen und seine architektonische Würde wiederherzustellen. Im Grundbuch steht aber als alleinige Eigentümerin die „Langenbeck-Virchow-Haus-Gesellschaft bürgerlichen Rechts“, der nur die genannten beiden ärztlichen Fachgesellschaften angehören.

Sie trugen die Hälfte der Umbaukosten von 9,5 Millionen Euro (mit Hilfe einer Kombination aus Sponsoring und einem in 15 Jahren getilgten Kredit), die andere trug Braun-Äsculap. Jährlich sind Mieteinnahmen von 400.000 Euro zu erwarten.

Neben den beiden Eigentümer-Gesellschaften haben in den letzten Jahren etwa 20 Fachgesellschaften und Berufsverbände, die zusammen rund 75.000 Ärzte repräsentieren, Geschäftsstellen und Büros ins Langenbeck-Virchow-Haus verlegt, außerdem Stiftungen und Fachverlage. So ist der Bau jetzt weit mehr als ein – technisch aufgerüstetes – Kongresszentrum und Fortbildungshaus, vielmehr ein wieder gewonnener Mittelpunkt ärztlichen Lebens und Arbeitens im historischen „Medizinischen Viertel“ Berlins, mit überregionaler, vielleicht auch internationaler Ausstrahlung.

Rosemarie Stein

BERLINER ÄRZTE

10/2005 42. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Herausgeber:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion:

Dipl. jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
LMD Dr. sc. med. Manfred Dückert
Daniel Sagebiel

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-1600/-1601, FAX -1699
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungsaustausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Anne Gentzsch, Silke El Gendy
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 61,40 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 40,90 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,20 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 01.01.2005.

Die Leipziger Verlagsanstalt GmbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784